

# Report Annuale --- 2020



## XIII Report Health Search

Istituto di ricerca della SIMG:  
Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



# XIII REPORT HEALTH SEARCH

ISTITUTO DI RICERCA DELLA SIMG:  
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

edizione 2020



*La riproduzione e la divulgazione dei contenuti del presente report sono consentite fatti salvi la citazione della fonte ed il rispetto dell'integrità dei dati utilizzati; si faccia riferimento alla nota in calce circa la licenza OPEN ACCESS.*

© Copyright 2020 by S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)  
Via del Sansovino, 179 – 50142 Firenze

*Impaginazione e grafica:*  
Fabio Mazzoni

Questo report è disponibile per libera consultazione e download nel sito web: [www.healthsearch.it](http://www.healthsearch.it)

Per informazioni in merito ai dati in esso contenuti è possibile contattare l'istituto di ricerca SIMG-Health Search alla casella e-mail: [info@healthsearch.it](mailto:info@healthsearch.it)

## **Contributi**

Si ringraziano i responsabili delle seguenti Macro-Aree Cliniche e Progettuali SIMG: Pierangelo Lora Aprile (Fragilità), Damiano Parretti (Cronicità), Gerardo Medea (Prevenzione), Alessandro Rossi (Patologie Acute).



**OPEN ACCESS**

Tutti i contenuti del presente XIII Report Health Search (SIMG) sono divulgati in base alla licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale) e possono essere usati indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

# Health Search, Istituto di Ricerca della S.I.M.G.

*(Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)*

**Presidente SIMG:** Claudio Cricelli

**Direttore della Ricerca:** Francesco Lapi

**Consulente scientifico:** Ettore Marconi

**Analisi Statistiche HS:** Elisa Bianchini, Alessandro Pasqua,  
Serena Pecchioli, Monica Simonetti

## **Gruppo di lavoro del presente Rapporto**

**Coordinamento Scientifico:** Francesco Lapi, Ettore Marconi.

**Autori:** Pierangelo Lora Aprile, Elisa Bianchini, Ovidio Brignoli, Claudio Cricelli, Iacopo Cricelli, Francesco Lapi, Gerardo Medea, Alessandro Pasqua, Serena Pecchioli, Monica Simonetti, Francesco Paolo Lombardo.

## **Ricercatori del Network “Health Search”**

I nostri ringraziamenti vanno in particolare a tutti i medici ricercatori del network Health Search-IQVIA LPD che partecipano e collaborano al Progetto Health Search con pazienza, senso del dovere, competenza ed interesse (per ragioni legate alla normativa attuale in tema di privacy non è purtroppo possibile pubblicare l'elenco dei nominativi).

## **IQVIA**

IQVIA è un'azienda globale di analisi avanzate, soluzioni tecnologiche e servizi di ricerca clinica per il settore Life Science. Sfruttando le caratteristiche degli elementi distintivi dell'IQVIA CORE™, IQVIA offre insight unici combinando la capacità di esecuzione con analytics su enormi quantità di dati, tecnologia d'avanguardia e competenza di settore. Nata dalla fusione tra IMS Health e Quintiles, IQVIA è presente in oltre 100 paesi con 67.000 dipendenti.

Per saperne di più, visita [www.iqvia.com](http://www.iqvia.com)

# Introduzione

a cura del Presidente Nazionale SIMG

*Claudio Cricelli*

Ci sono voluti più di venti anni perchè **Health Search** fosse riconosciuto come una delle risorse dati di riferimento per la popolazione Italiana dall'Istat, l'istituzione dello Stato che riceve, analizza i dati e genera informazioni e statistiche per il nostro Paese.

Ma a conferma della maggior età raggiunta, un'altra istituzione dello Stato utilizzerà tra poco i dati dei Medici di Famiglia della SIMG. Infatti il Ministero della Salute, attraverso l'Ufficio della Programmazione Sanitaria, ha fatto analoga richiesta di utilizzazione di Health Search per realizzare alcuni progetti finalizzati che consentiranno alla Pubblica Amministrazione di analizzare dati e flussi amministrativi integrati con i dati clinico-assistenziali della Medicina Generale.

Inoltre è stata riattivata la storica collaborazione con **AIFA** per la realizzazione del **rapporto Osmed**. Infine Health Search e SIMG stanno per avviare un percorso di integrazione con la **Fondazione ReS** che svolge tra le altre funzioni di analisi dei fenomeni sanitari e che svilupperà ricerche integrate sui ricoveri ospedalieri e le SDO.

Queste collaborazioni hanno un triplice significato e generano ulteriore inestimabile valore aggiunto:

1. Health Search è ormai un riferimento scientifico per tutte le realtà di salute pubblica Nazionali e Internazionali. Istat procederà alla sua validazione come Database rappresentativo della complessiva Popolazione Italiana, confermando il rigore e la attenzione con la quale lo abbiamo realizzato, costruito e mantenuto negli anni, insieme ai nostri attuali partner di **IQVIA** (precedentemente Cegedim e poi IMS).
2. Health Search apporta inoltre dati carenti o assenti nei database sanitari pubblici e privati. Anzi è l'unica fonte riconosciuta di dati clinici di tutta la popolazione adulta del nostro Paese consentendo al SSN ed alla Pubblica Amministrazione italiane di elaborare analisi e progetti per rendere maggiormente efficiente il nostro Sistema Sanitario ed il Sistema Paese.
3. Health Search, attraverso il contributo ormai ventennale offerto alla ricerca Scientifica anche mediante le sue pubblicazioni internazionali, si pone come la fonte autorevole di analisi dei fenomeni sanitari in relazione alle soluzioni regolatorie, di organizzazione sanitaria, di efficienza dei servizi sanitari, di ottimizzazione dei processi professionali della Medicina Generale e di aumento di efficacia della nostra professione attraverso la pesatura degli "outcome" clinici.

Generazione di evidenze scientifiche epidemiologiche e demografiche, di informazioni complesse derivanti dalla attività della Medicina Generale, analisi economica grazie alla collaborazione con gli Economisti dell'Università di Tor Vergata, il contributo sull'evoluzione delle Cronicità nel nostro Paese contenuto nel **Rapporto "Osservasalute" dell'Università Cattolica di Roma** e innumerevoli altre collaborazioni, fanno di Health Search, Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale una istituzione centrale e determinante per tutti i processi informativi sanitari, sociali e dell'organizzazione sanitaria italiani.

Un risultato straordinario il cui merito va alla SIMG ed in particolare all'opera preziosa, infaticabile e rigorosa dei suoi ricercatori che giunti ormai alla terza generazione testimoniano con la loro opera non solo una straordinaria professionalità ma la eccellenza e la qualità delle Cure che i Medici di famiglia Italiani garantiscono ai cittadini di questo Paese. Da ventidue anni noi dimostriamo che è possibile offrire una grande Sanità Pubblica delle Cure primarie, offrendo al contempo la totale valutabilità del lavoro. Siamo nei fatti la prima professione totalmente aperta alla terra promessa della "Accountability" da tutti auspicata ma mai realmente praticata.

*Claudio Cricelli*  
*Presidente Nazionale SIMG*

# IL NETWORK

I medici e la popolazione in studio



**830** MEDICI RICERCATORI

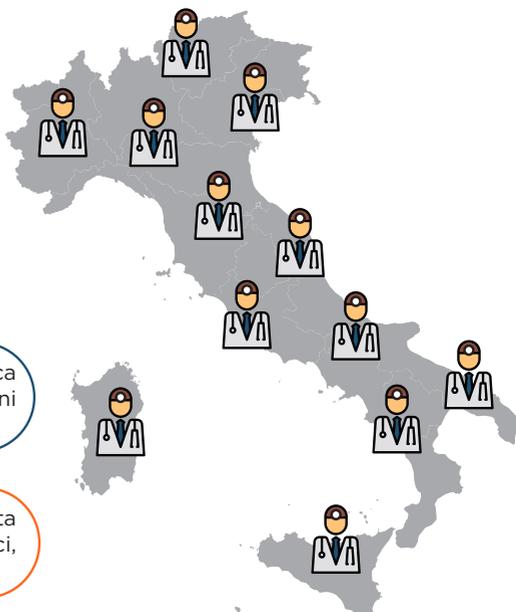
**800** RICERCATORI VALIDATI

 Possibilità di confronti Geografici e Temporal

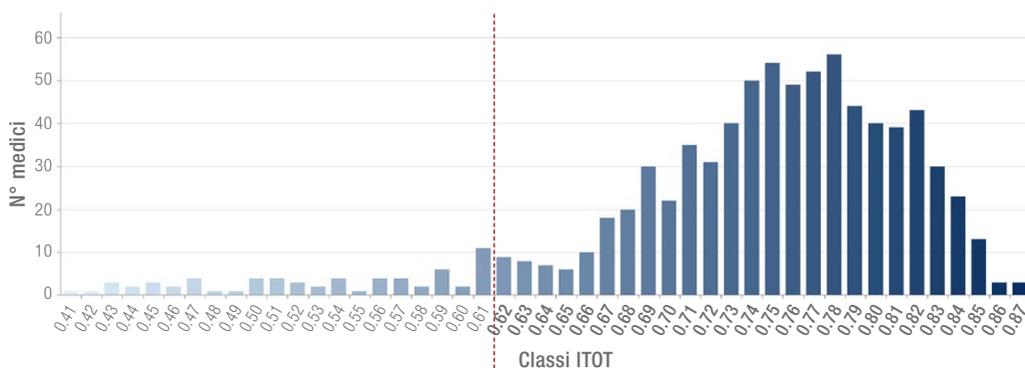
 Popolazione HS sovrapponibile a popolazione italiana ISTAT

 Analisi di "compliance" circa linee guida e/o raccomandazioni clinico-terapeutiche

 Rilevazione del dato accurata e completa sugli aspetti clinici, diagnostici e terapeutici



## DISTRIBUZIONE DI FREQUENZA DELL' **INDICE ITOT**

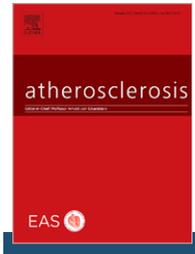
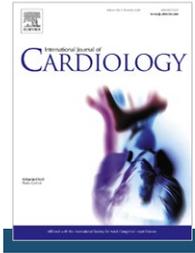


Soglia per arruolamento con affidabilità sufficientemente elevata

# IL NETWORK

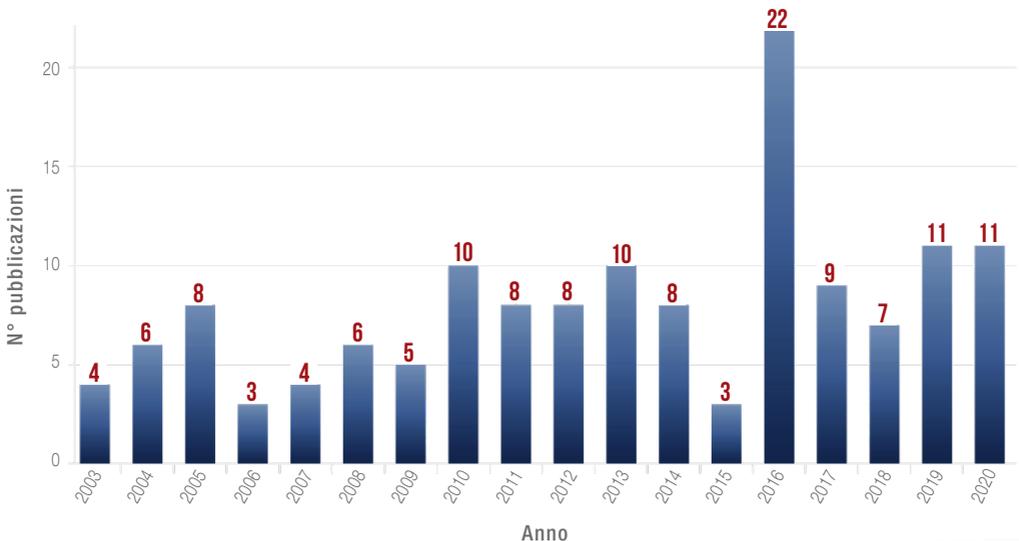
I medici e la popolazione in studio

## STUDI EPIDEMIOLOGICI PUBBLICATI SU RIVISTE SCIENTIFICHE NAZIONALI ED INTERNAZIONALI



DISTRIBUZIONE PER ANNO DEGLI

## STUDI PUBBLICATI SU RIVISTE INDICIZZATE SU PubMed



# IL CARICO DI LAVORO

Contatti con i propri assistiti e prestazioni erogate

## AUMENTO CONTATTI/PAZIENTE/ANNO

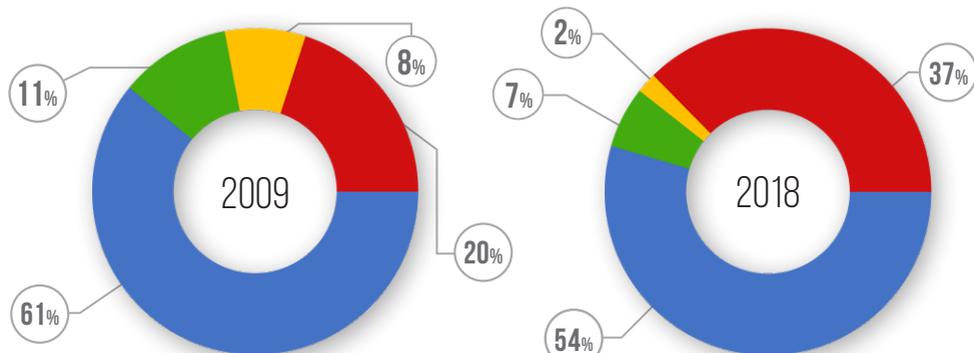


2018

CONTATTI/PAZIENTE/ANNO  
PER **ULTRA 85ENNI**

23,5 22,0

## DISTRIBUZIONE PERCENTUALE (%) PER TIPO DI VISITA NEGLI ANNI



- Richiesta Farmaci/Prestazioni
- Telefonata Paziente Diretta/Indiretta

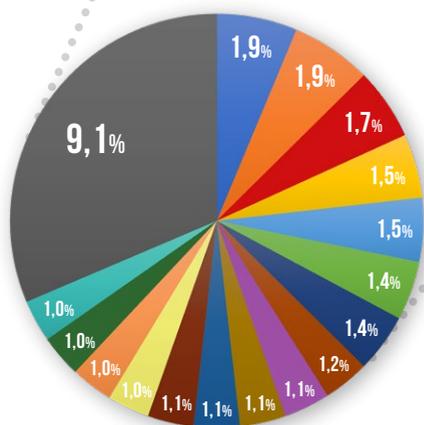
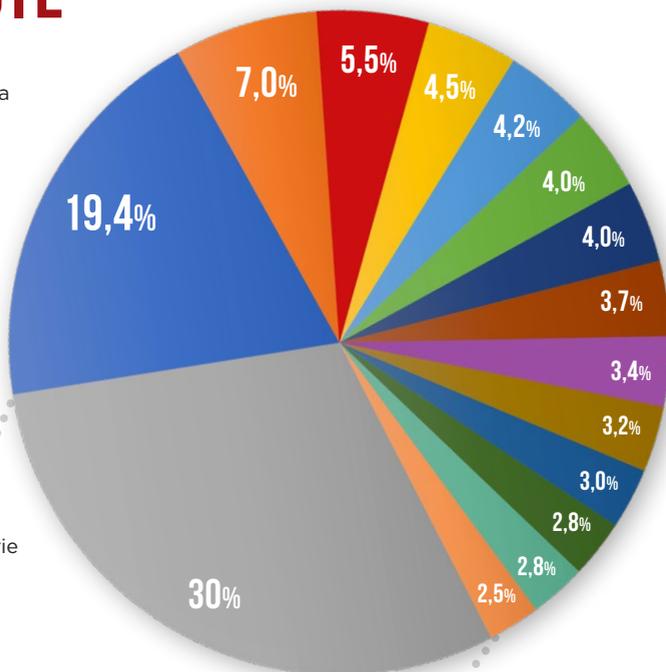
- Altre\*
- Visita Ambulatoriale

# IL CARICO DI LAVORO

Contatti con i propri assistiti e prestazioni erogate

## PATOLOGIE CON MAGGIOR NUMERO DI CONTATTI

- Ipertensione non complicata
- DM tipo 2
- Dislipidemia
- Malattie Ischemiche
- MRGE
- Disfunzioni della tiroide
- Dorsopatie
- Malattie della prostata
- Osteoporosi
- Depressione
- Malattie dell'occhio
- Fibrillazione atriale
- Tumori senza metastasi\*
- Infezioni delle vie respiratorie
- Altre



- Osteoartriosi
- Ictus ischemico
- Ipertensione con complicazioni
- Aritmie cardiache
- BPCO
- Gastroduodenite
- Asma
- Sintomi respiratori
- Disturbi nevrotici
- Malattia renale cronica
- Anemie
- Gotta e Iperuricemia
- Patologie dei vasi linfatici
- Artrite reumatoide
- Scenpenso cardiaco
- Demenza
- Altre

# LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO

Prevalenza di malattia e modalità di impiego dei farmaci

## IPERTENSIONE ARTERIOSA



30,3%

Aumento nella prevalenza di Ipertensione arteriosa dal 2009 (25,7%) al 2018 (30,3%).



La prevalenza risulta maggiore nelle donne (30,7%) rispetto agli uomini (29,9%).



Nel 2018 l'impiego dei sartani e beta bloccanti continua ad essere in crescita a discapito delle altre classi di farmaci che rimangono stabili o in leggera diminuzione.

## ICTUS ISCHEMICO



4,7%

Netto aumento nella prevalenza di Ictus ischemico passando dal 2,7% nel 2009 al 4,7% nel 2018.



La prevalenza risulta maggiore negli uomini (4,9%) rispetto alle donne (4,4%).



L'impiego di farmaci antipertensivi e antitrombotici è risultato sostanziale stabile, mentre è emerso, tra il 2009 e il 2018 un netto aumento nell'uso della politerapia.

## MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE



4,3%

Leggera crescita nella prevalenza delle Malattie ischemiche del cuore, che raggiunge il 4,3% nel 2018.



Valori di prevalenza nettamente più elevati negli uomini rispetto alle donne (5,8% vs. 2,9%).



Aumentano i pazienti in trattamento farmacologico per tutte le categorie di farmaci, in particolare quelli in politerapia.

# LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO

Prevalenza di malattia e modalità di impiego dei farmaci

## SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO

Si osserva un lieve aumento della prevalenza di malattia dal 2009 (1,0%) al 2018 (1,3%).

1,3%



Nessuna rilevante differenza nelle stime in base al genere.



Le terapie con beta bloccanti e diuretici risultano in aumento mentre si riducono i trattamenti con ACE-inibitori e glicosidi cardiaci.



## DIABETE MELLITO DI TIPO 2 (DM2)

La prevalenza di DM2 è aumentata dal 7,0% del 2009 all'8,0% del 2018.

8,0%



Gli uomini sono caratterizzati da stime di prevalenza maggiori rispetto alle donne (8,9% vs. 7,1%).



Costante incremento dell'impiego dei farmaci ipoglicemizzanti, ad eccezione delle sulfaniluree (32,2% nel 2009 vs. 14,7% nel 2018).



## MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO (MRGE)

La prevalenza di MRGE è fortemente aumentata, raggiungendo il 18,7% nel 2018.

18,7%



Le donne sono caratterizzate da stime di prevalenza nettamente maggiori rispetto agli uomini (20,8% vs. 16,5%).



Tutte le categorie terapeutiche analizzate hanno mostrato un costante calo nel loro impiego tra il 2009 e il 2018.



# LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO

Prevalenza di malattia e modalità di impiego dei farmaci

## BPCO / ASMA



Le prevalenze di BPCO e Asma bronchiale nel 2018 hanno raggiunto un valore rispettivamente di 3,0% e 7,7%.



La BPCO interessa maggiormente gli uomini, in particolare quelli ultra 85enni (17,9%), mentre l'Asma risulta globalmente più frequente nelle donne (8,3%) e nei giovani adulti tra i 15 e i 24 anni (10,1% maschi e 7,2% femmine).



Nella terapia per la BPCO emerge un aumento nell'uso dei broncodilatatori dal 2009 al 2018, ed un calo drastico per i corticosteroidi in monoterapia. Nel caso dell'Asma, le terapie calano progressivamente tra il 2009 e il 2018.

## DEPRESSIONE



Emerge un aumento nella prevalenza di malattia tra il 2009 (3,6%) ed il 2018 (5,2%).



Si riscontra maggiormente nelle donne rispetto agli uomini (6,9% vs. 3,5%)



Nel trattamento della Depressione, risultano in calo SSRI e triciclici, mentre restano costanti gli SNRI.

## DEMENTIA



La prevalenza di Demenza è in continua crescita: dall'1,4% del 2009 al 2,9% del 2018.



Nettamente maggiore nelle donne rispetto agli uomini (3,7% vs. 2,1%), ed aumento proporzionale nella prevalenza all'aumentare dell'età.



Aumenta l'uso degli antipsicotici atipici e della memantina, a differenza degli altri farmaci caratterizzati da un progressivo calo dal 2009 al 2018.

# LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO

Prevalenza di malattia e modalità di impiego dei farmaci

## TUMORE DEL COLON-RETTO

La prevalenza di Tumore del colon-retto è aumentata, raggiungendo un valore pari al 7,6% del 2018.



Tale patologia risulta maggiore negli uomini rispetto alle donne (8,4% vs. 6,8%), con il picco di prevalenza negli ultra 85enni.



## TUMORE DELLA MAMMELLA

La prevalenza di Tumore della mammella è aumentata raggiungendo un valore pari al 15,1% nel 2018.



Stime nettamente più elevate nelle donne rispetto agli uomini. Queste mostrano un trend crescente nei valori di prevalenza che variano dal 22,4% del 2009 al 28,9% 2018.



## MELANOMA MALIGNO

La prevalenza di Melanoma maligno è aumentata raggiungendo un valore pari al 4,3% nel 2018.



Stima globale più elevata nelle donne rispetto agli uomini. Inoltre, le donne mostrano valori di prevalenza superiori agli uomini fino alla fascia di età 55-64 anni.



# INDICE

INFOGRAFICA.....	8
1. PRAFAZIONE.....	16
2. ORGANIZZAZIONE DEL REPORT.....	17
3. IL NETWORK DEI MMG.....	18
3.1 MMG attivi e qualità del dato.....	18
3.2 Popolazione di pazienti dei MMG validati.....	19
4. IL CARICO DI LAVORO.....	20
4.1 I contatti con gli assistiti.....	21
4.2 Le prestazioni erogate.....	22
5. LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO SOCIALE.....	23
6. LE RICERCHE DEI MMG RICERCATORI HS (2019-2020).....	56
7. PUBBLICAZIONI SU RIVISTE INDICIZZATE PUBMED.....	118

## 1. PRAFAZIONE

Il Report Health Search anche quest'anno **si presenta in due formati: il classico report statico e la versione dinamica web-based**. Questa pluralità ha lo scopo di raggiungere il maggior numero di fruitori di questo strumento: dai Medici di Medicina Generale (MMG) agli epidemiologi, dagli amministratori sanitari ai ricercatori. Infatti, **il Report Health Search consente di scattare una fotografia nitida e obiettiva della Medicina Generale Italiana, scegliendo il punto di osservazione più adeguato alle proprie necessità**; ad esempio selezionando i dati di una o più regioni, oppure individuando il lasso temporale da monitorare o, ancora, specifici gruppi di pazienti. Le informazioni presenti nelle diverse sezioni del report forniscono **un'analisi sistematica delle diverse sfaccettature dell'operato dei MMG**: dal carico di lavoro, alla prevalenza e management delle patologie a maggior impatto sociale, fino all'attività di ricerca riguardante le tematiche a maggior interesse clinico e scientifico. **Questo documento presenta una sintesi delle principali evidenze emerse dalle analisi realizzate sui dati disponibili dal 2009 al 2018**, al fine di favorire una più ampia diffusione dei contenuti di questo strumento.

## 2. ORGANIZZAZIONE DEL REPORT

Il report è organizzato in diverse sezioni che descrivono il lavoro del MMG nella sua totalità e complessità.

1

La **PRIMA SEZIONE** fornisce informazioni sul **network dei MMG Health Search** che costituiscono il pilastro portante del Report stesso.

2

La **SECONDA SEZIONE** descrive il **carico di lavoro in Medicina Generale**, in termini di contatti con i propri assistiti nonché prestazioni erogate.

3

Il nucleo centrale del Report è costituito dalla **TERZA SEZIONE** in cui si presenta nel dettaglio **l'epidemiologia delle patologie a maggior impatto sociale e in carico alla Medicina Generale: patologie croniche e tumori che incidono sull'operato dei MMG**. Il quadro epidemiologico presentato all'interno del Report è di estremo valore scientifico, come dimostrato dalle numerose collaborazioni nazionali e internazionali e dagli studi pubblicati nella letteratura scientifica internazionale. In questa sezione il Report, oltre a fornire il quadro epidemiologico di diverse patologie, restituisce informazioni sul **management terapeutico di tali patologie**, descrivendo le scelte prescrittive dei MMG, in termini di molecola e di impiego dei farmaci generici.

4

Un'**ULTIMA SEZIONE** del Report descrive le più recenti **ricerche condotte proprio dai MMG ricercatori Health Search** che, più di chiunque altro, sono in grado di individuare le problematiche cliniche e terapeutiche di maggior interesse e con un elevato impatto sul Sistema Sanitario Nazionale.

i

*Per le analisi contenute in questo Report sono stati selezionati i pazienti attivi (vivi e non revocati) dal 1 Gennaio 2009 al 31 Dicembre 2018.*

## 3. IL NETWORK DEI MMG

In questa sezione viene illustrato il coinvolgimento dei MMG nel Network Health Search, nonché la qualità dei dati da essi raccolti e dei processi messi in atto per il loro controllo, al fine renderli idonei alla realizzazione di analisi epidemiologiche accurate e attendibili.

### 3.1 MMG ATTIVI E QUALITÀ DEL DATO

Il coinvolgimento dei MMG ricercatori nel progetto Health Search si può dividere in due fasi ben distinte: (i) dal 2001 al 2003, in cui il numero dei MMG partecipanti è aumentato da 660 a 684 e (ii) dal 2004 al 2014, in cui, dopo una flessione del numero dei MMG partecipanti, si è registrata una crescita fino a raggiungere **830 MMG nel 2018**.

Il dati raccolti da questi MMG sono continuamente sottoposti a un processo di validazione, al fine di garantire una numerosità campionaria e un'affidabilità

sufficiente per condurre studi epidemiologici. Tale processo prevede sia la verifica della sovrapponibilità tra la popolazione contenuta nel database con quella generale descritta dall'ISTAT, sia il calcolo di un indice complessivo di qualità della registrazione. In particolare, tale indice, definito "Indice complessivo di qualità della registrazione (ITOT)" valuta la completezza, la correttezza e la stabilità dei dati registrati dal MMG partecipante al progetto Health Search / IQVIA Health LPD) sulla propria cartella informatica. In generale gli studi condotti sul database hanno dimostrato che un MMG con un ITOT pari o superiore a 0,62 assicura un'affidabilità sufficientemente elevata per l'arruolamento nel panel degli "MMG validati".



Sul totale degli 830 MMG partecipanti alla fine del 2018 ne **sono stati validati 800**, ovvero coloro che assicuravano un dato affidabile e rappresentativo della regione di appartenenza. Negli anni di attività di Health Search, **il numero dei medici validati è aumentato progressivamente da 290 del 2003 all'attuale 800**.

Tutte le analisi presentate nel report si riferiscono, pertanto, alla coorte degli 800 MMG validati.

### 3.2 POPOLAZIONE DI PAZIENTI DEI MMG VALIDATI

La popolazione di soggetti adulti, in carico agli 800 MMG "validati", è pari a **1.014.016 pazienti**. Confrontando la distribuzione regionale della popolazione Health Search con la popolazione residente in Italia al 01/01/2018 rilevata dall'ISTAT, emerge una sostanziale sovrapposizione tra le due popolazioni. Leggere differenze sono riscontrate solo per Lazio, Emilia Romagna e Veneto che risultano leggermente sottorappresentate in Health Search.



Al contrario, nel Friuli-Venezia Giulia e nella Campania il numero dei pazienti inclusi nel database risulta essere superiore al necessario, probabilmente a seguito dell'ampia partecipazione da parte dei MMG a progetti specifici promossi dalla SIMG e da Health Search.

La distribuzione per sesso e fasce d'età della popolazione Health Search risulta **sovrapponibile alla popolazione generale stimata dall'ISTAT**, con un rapporto femmine:maschi che aumenta al crescere dell'età, fino a raggiungere un rapporto di circa 2:1 tra gli ultra 85enni (5,6% di donne vs. 3,1% di uomini).

## 4. IL CARICO DI LAVORO



Questa sezione riporta un quadro oggettivo e aggiornato sul carico di lavoro del MMG, inteso **sia come contatti con i propri assistiti, sia come prestazioni erogate**, ossia interventi diagnostico-terapeutici. Occorre precisare che la stima derivante da queste analisi descrive il carico di lavoro dei MMG dovuto dalla sola attività clinica, mentre, con buona probabilità, essa non tiene conto di tutta l'attività burocratica svolta quotidianamente dai MMG e che incide per oltre il 50% sul tempo lavorativo.



Per **“contatti”** si intendono tutte le visite in ambulatorio che terminano con la registrazione di una diagnosi, di una prescrizione farmaceutica, di un'indagine diagnostico strumentale e/o di qualunque altro intervento che il MMG registra nella cartella clinica informatizzata (es. richiesta di visita specialistica, registrazioni di pressione arteriosa, BMI, etc.). Si precisa che la registrazione di una o più diagnosi e/o di una o più terapie nel corso della stessa giornata di ambulatorio per un dato paziente viene considerate come un singolo contatto.

Per **“prestazioni erogate”** si intendono il numero di interventi diagnostico-terapeutici. È stato calcolato il rapporto tra il numero di contatti che culminano con la registrazione di almeno una prestazione (indagine diagnostico-strumentale e di laboratorio, prescrizione farmaceutica, visita specialistica) su 100 contatti effettuati dal MMG (denominatore). Si precisa che la registrazione di due o più richieste di visite specialistiche e/o due o più prescrizioni farmaceutiche nel corso di una stessa visita costituisce un singolo contatto attribuibile alla visita specialistica e uno da attribuire alla prescrizione.

## 4.1 I CONTATTI CON GLI ASSISTITI

In tutti gli anni osservati si nota **un graduale e costante incremento del carico di lavoro, con un raddoppio tra il 2009 e il 2018** (da 7,1 contatti/paziente/anno nel 2009 a 10,1 contatti/paziente/anno nel 2018). Questo andamento è comune sia tra i pazienti di sesso femminile (da 7,7 contatti/paziente/anno nel 2009 a 11,0 contatti/paziente/anno nel 2018), sia per quelli di sesso maschile (da 6,4 contatti/paziente/anno nel 2009 a 9,1 contatti/paziente/anno nel 2018).

In tutti gli anni considerati (2009-2018) **la maggior parte dei contatti medico-paziente è rappresentata dalle visite di tipo "ambulatoriale" seguite dalla "richiesta di farmaci e prestazioni"**. Il peso delle visite ambulatoriali sul totale dei contatti medico-pazienti è diminuito progressivamente negli ultimi anni, andando dal 74% del 2011 al 54% del 2018.

A questo andamento si contrappone **la quota di contatti per effettuare una richiesta di farmaci e prestazioni, che è aumentata considerevolmente dal 17% del 2011 al 37% del 2018**. Infine, le visite domiciliari, così come le telefonate al paziente o altri tipi di prestazioni (es. consultazione cartelle cliniche) rappresentano una percentuale più bassa del carico di lavoro complessivo del MMG in tutti gli anni considerati.



**Il numero medio di contatti annuali** registrati nel 2018, stratificato per fasce di età e sesso, **cresce all'aumentare dell'età dei pazienti in entrambi i sessi**, fino a raggiungere 23,5 contatti/paziente/anno per gli uomini ultra 85enni e 22,0 contatti/paziente/anno per le donne della stessa fascia d'età. Inoltre, mentre il numero di contatti/paziente/anno delle donne è superiore a quello degli uomini nelle fasce d'età più giovani, dopo i 74 anni si osserva un'inversione, con gli uomini che fanno registrare un maggior numero di contatti rispetto alle donne.

L'analisi per area geografica indica **un numero di contatti maggiori per i MMG che operano nel Centro-Sud** (in particolare, Puglia, Abruzzo, Molise, Umbria e Campania per l'anno 2018).



## 4.2 LE PRESTAZIONI EROGATE

**La distribuzione del carico di lavoro in funzione della tipologia di prestazioni erogata rimane costante in tutto il periodo considerato (2009-2018).**

Nel 2018 le richieste di prescrizioni farmaceutiche rappresentano il 61,2% dei contatti, seguite dalle richieste di indagini diagnostico-strumentali e di laboratorio (27,7%) e dalle richieste di visite specialistiche (11,1%).

**Tra le patologie che hanno generato**

**il maggior numero di contatti, l'ipertensione non complicata** è quella maggiormente rappresentata (19,4% dei contatti totali nel 2018), seguita dal **diabete mellito di tipo II** (7,0%), dalla **dislipidemia** (5,5%) e dalle **malattie ischemiche** (4,5%).

## 5. LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO SOCIALE

Questa sezione riporta l'epidemiologia delle principali patologie croniche caratterizzate da un elevato impatto sociale in carico alla Medicina Generale Italiana. Diversamente dagli studi epidemiologici basati su specifiche raccolte dati e da quelli che impiegano flussi sanitari di carattere amministrativo, come le schede di dimissione ospedaliera (SDO), i dati contenuti nel database Health Search consentono di mappare le patologie croniche in maniera completa e continuativa, a prescindere dalla manifestazione o meno di un evento acuto con conseguente ricorso alla struttura ospedaliera. Inoltre, essi consentono di descrivere nel dettaglio tutte le dinamiche assistenziali del territorio. **Queste informazioni, pertanto, rappresentano un importante strumento di politica ed economia sanitaria, in quanto, consentono di conoscere la distribuzione di una determinata patologia a livello territoriale e, di conseguenza, permettono di stimare il consumo di risorse e il relativo carico di spesa.**

Oltre a fornire il quadro epidemiologico aggiornato, per ogni condizione clinica presa in considerazione **si analizzano le scelte prescrittive operate dal MMG, in termini di molecola impiegata e ricorso ai farmaci generici, al fine di giungere a valutazioni sull'appropriatezza di impiego dei farmaci e sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.**



### PER OGNI PATOLOGIA SONO STATE ANALIZZATE:

**Prevalenza "lifetime" di patologia** standardizzata per fasce d'età e stratificata per sesso dal 2009 al 2018. Essa misura la proporzione cumulativa di individui di una popolazione che, entro la fine di un dato periodo di osservazione, ha avuto una diagnosi di patologia.

**Prevalenza d'uso di farmaci** per la specifica patologia. Essa viene calcolata dividendo il numero di soggetti che, nel corso dell'anno di osservazione, hanno ricevuto almeno una prescrizione di un determinato farmaco per il totale dei pazienti affetti dalla patologia considerata nell'anno

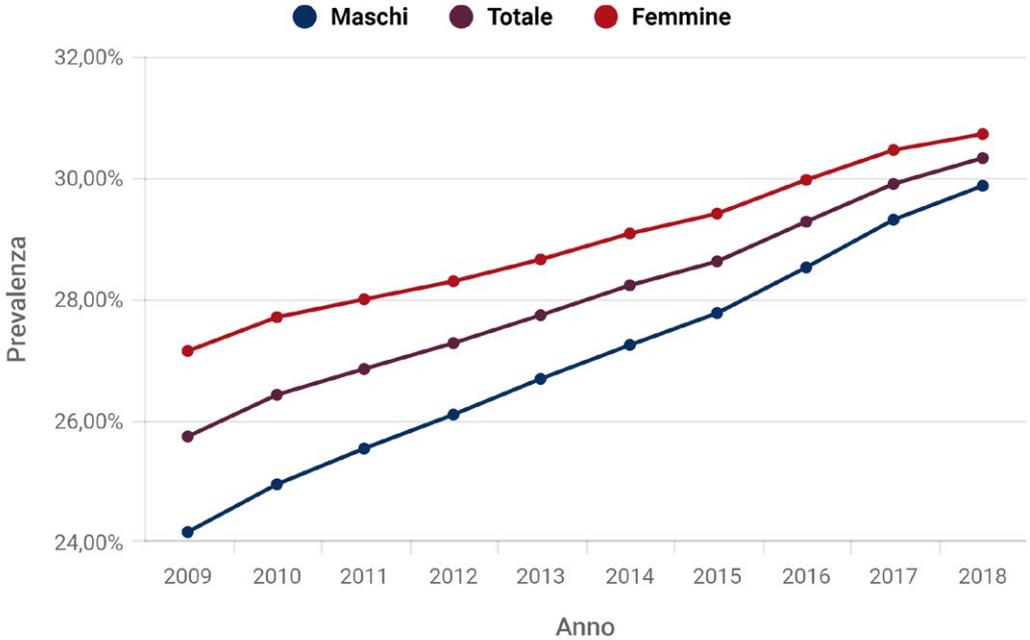
**Quota di prescrizione del generico** calcolata come % delle DDD prescritte ai pazienti affetti da una data patologia, distinguendo tra prescrizione del farmaco generico (intesa anche come prescrizione del solo principio attivo) e quella del farmaco branded.

*Di seguito sono riportati i principali dati epidemiologici rilevati per singola patologia.*

## IPERTENSIONE ARTERIOSA

<b>PREVALENZA (2018)</b>	30,3%
<b>TREND 2009 - 2018</b>	Crescente: dal 25,7% nel 2009 al 30,3% nel 2018.
<b>DIFFERENZE GEOGRAFICHE</b>	Maggiore prevalenza in alcune regioni del Sud, in particolare Calabria (33,5%), Campania (32,8%) e Sicilia (32,0%), nonché in alcune del Centro-Nord, come Liguria (31,5%) ed Emilia Romagna (31,9%).
<b>DIFFERENZE DI GENERE</b>	Maggiore prevalenza nelle donne rispetto agli uomini (30,7% vs. 29,9%).
<b>DIFFERENZE DI ETÀ</b>	Relazione positiva tra aumento dell'età e aumento della prevalenza, con il picco nella fascia degli ultra 85enni sia per le donne (79,7%), sia per gli uomini (74,5%).
<b>PREVALENZA USO FARMACI</b>	Trend in crescita dal 2009 al 2018 per sartani e beta bloccanti, mentre le altre classi di farmaci presentano una leggera diminuzione. Gli ACE inibitori rappresentano la classe di farmaci maggiormente prescritta (36,8%), seguiti da beta bloccanti (34,0%) e da sartani (32,5%). Le classi meno prescritte, invece, sono risultate i calcio antagonisti (21,0%), i diuretici (18,1%) e gli alfa bloccanti (5,4%).
<b>QUOTA GENERICI</b>	Quota di generici in crescita per tutte le classi di farmaci. Nel 2018 essa era pari al 31,4% per i beta bloccanti, al 27,9% per gli ACE Inibitori, al 23,7% per i calcio antagonisti, al 20,3% per gli alfa bloccanti, al 13,9% per i diuretici e al 17,2% per i sartani.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI IPERTENSIONE ARTERIOSA:  
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



**PREVALENZA D'USO DI FARMACI ANTIPERTENSIVI**

ACEI: ACE-Inibitori; SAR: Sartani; BETA: Beta-Bloccanti; CAA: Calcio-Antagonisti; DIUR: Diuretici; ALFA: Alfa-Bloccanti

Anno	ACEI	% Gen.ci	BETA	% Gen.ci	SAR	% Gen.ci	CAA	% Gen.ci	DIUR	% Gen.ci	Alfa	% Gen.ci
2018	36,77	27,86	34,01	31,36	32,53	17,19	21,05	23,73	18,10	13,94	5,43	20,35
2017	36,65	27,04	33,53	30,81	32,14	13,50	21,31	21,64	18,56	13,11	5,53	20,03
2016	36,92	25,91	33,14	30,11	32,32	11,64	21,88	20,50	19,04	13,35	5,63	19,82
2015	36,63	24,93	32,16	29,45	32,32	10,40	22,13	19,00	19,17	13,13	5,67	19,57
2014	37,49	23,44	31,79	28,69	32,60	9,37	22,90	16,60	19,61	12,97	5,83	18,69
2013	38,06	22,49	30,97	27,77	32,66	7,88	23,39	15,75	19,52	12,87	5,98	16,92
2012	38,18	20,58	30,02	26,81	32,71	6,24	23,86	14,40	19,54	13,46	6,07	17,26
2011	39,04	18,44	29,41	25,08	32,47	3,28	25,24	11,39	19,86	12,55	6,37	16,03
2010	39,73	16,34	28,80	23,75	32,16	1,73	26,06	9,02	20,45	11,57	6,65	14,93
2009	40,59	12,34	27,93	21,21	30,81	0,00	26,44	7,18	20,62	11,17	6,86	12,84

## ICTUS ISCHEMICO

## PREVALENZA (2018)

4,7%

## TREND 2009 - 2018

In netta crescita, andando dal 2,7% nel 2009 al 4,7% nel 2018.

## DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Alcune regioni del Centro-Nord presentano stime più alte di ictus ischemico, in particolare la Valle d'Aosta (9,3%), l'Emilia Romagna (6,6%), il Veneto (6,0%), la Liguria (5,6%) seguite poi dall'Abruzzo (5,2%).

## DIFFERENZE DI GENERE

Il sesso maschile presenta stime di prevalenza superiori al sesso femminile (4,9% vs. 4,4%).

## DIFFERENZE DI ETÀ

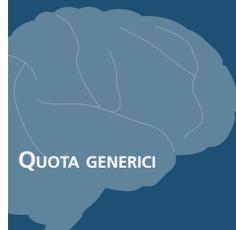
Aumento della prevalenza all'aumentare dell'età, raggiungendo il massimo negli ultra 85enni, sia tra gli uomini (23,2%), che tra le donne (18,0%).

## PREVALENZA USO FARMACI

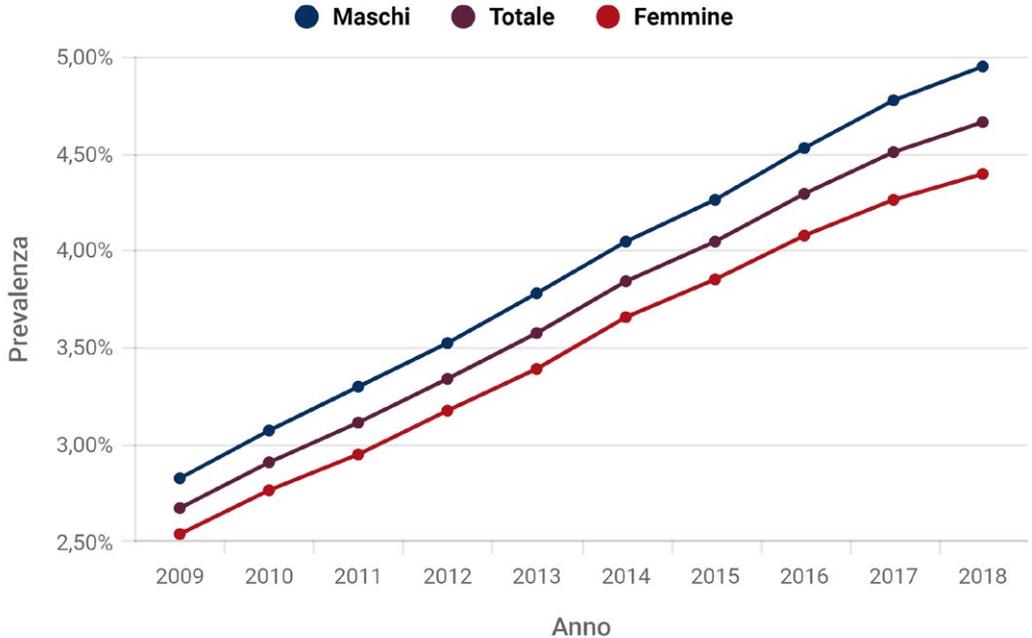
Sostanziale stabilità per i farmaci antipertensivi e antitrombotici, con valori superiori ristrettamente al 77,2% ed al 71,9% sul totale dei soggetti con diagnosi di ictus. Tra il 2009 e il 2018 si è osservato, inoltre, un aumento nell'uso della politerapia (36,1% nel 2009 vs. 42,4% nel 2018). Tale andamento è da imputare principalmente all'uso crescente di ipolipidemizzanti (45,2% nel 2009 vs. 56,6% nel 2018).

## QUOTA GENERICI

Quota di generici in crescita per tutte le classi di farmaci. Nel 2018 questa era pari al 39,2% per gli antipertensivi, al 32,6% per gli ipolipidemizzanti e all'11,7% per gli antitrombotici.



**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI ICTUS ISCHEMICO:  
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



**PREVALENZA D'USO DI FARMACI**

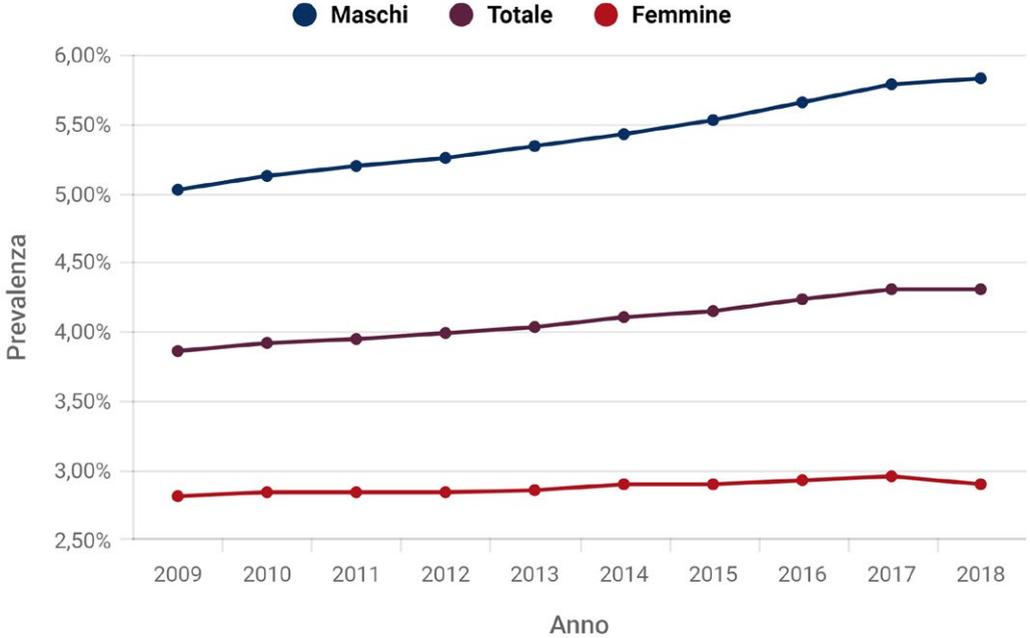
POLI: Politerapia; AIPER: Antipertensivi; IPO: Ipolipidizzanti; ATRO: Antitrombotici

Anno	POLI	AIPER	% Gen.ci	ATRO	% Gen.ci	IPO	% Gen.ci
2018	42,45	77,21	39,24	71,86	11,74	56,57	32,61
2017	41,44	76,35	37,30	71,40	11,30	54,86	29,98
2016	41,39	76,83	35,88	72,33	9,73	54,19	22,69
2015	41,23	76,49	34,44	72,45	9,20	53,54	19,88
2014	41,58	77,05	32,36	73,93	9,12	53,43	15,50
2013	41,53	77,07	30,88	74,54	8,75	52,91	11,92
2012	40,14	76,52	28,92	74,14	9,34	51,37	11,04
2011	39,37	76,92	25,95	74,61	10,08	50,23	9,11
2010	37,89	76,47	23,73	74,91	10,44	47,79	8,07
2009	36,14	76,01	20,21	75,09	10,83	45,22	7,57

## MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE

<b>PREVALENZA (2018)</b>	4,3%
<b>TREND 2009 - 2018</b>	Leggera crescita: dal 3,9% del 2009 al 4,3% del 2018.
<b>DIFFERENZE GEOGRAFICHE</b>	Presenti differenze tra le diverse regioni, con valori più elevati in Campania (6,1%), Sicilia (5,0%), Calabria (4,9%), Emilia Romagna e Lazio (4,4% ciascuna).
<b>DIFFERENZE DI GENERE</b>	Valori molto più elevati nei maschi rispetto alle femmine (5,8% vs. 2,9%).
<b>DIFFERENZE DI ETÀ</b>	Incremento della prevalenza all'aumentare dell'età, sia per i maschi sia per le femmine. Il picco di prevalenza si registra tra gli ultra 85enni sia uomini (23,2%) che donne (18,0%).
<b>PREVALENZA USO FARMACI</b>	Leggero aumento tra il 2009 e il 2018 per antipertensivi (dall'84,4% all'85,7%) e per antitrombotici (dal 77,3% al 79,0%). Un aumento più marcato si riscontra, invece, nell'uso di ipolipidizzanti che variano dal 59,8% del 2009 al 70,2% del 2018, con conseguente aumento della politerapia che aumenta dal 53,1% nel 2009 al 62,0% nel 2018.
<b>QUOTA GENERICI</b>	Nel 2018 la quota dei generici era pari al 41,0% per gli antipertensivi, al 24,5% per gli ipolipidizzanti e al 9,8% per gli antitrombotici.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE:  
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



**PREVALENZA D'USO DI FARMACI**

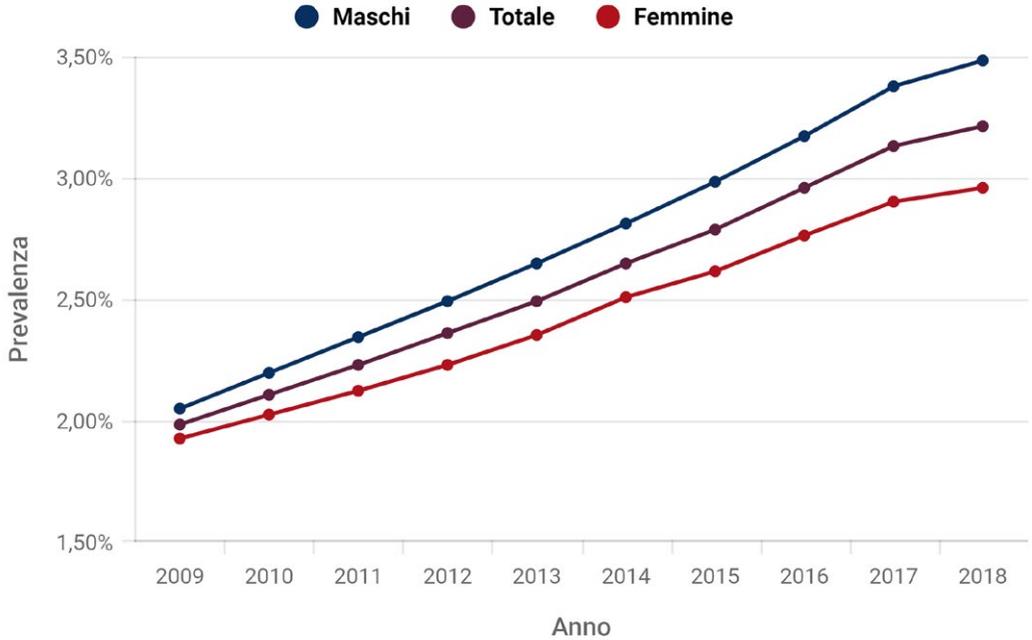
POLI: Politerapia; AIPER: Antipertensivi; IPO: Ipolipidizzanti; ATRO: Antitrombotici

Anno	POLI	AIPER	% Gen.ci	ATRO	% Gen.ci	IPO	% Gen.ci
2018	62,00	85,72	41,05	79,05	9,77	70,17	24,50
2017	60,40	84,81	39,23	77,95	9,47	68,24	21,68
2016	59,87	85,13	37,65	78,11	7,89	67,59	17,25
2015	58,61	84,49	36,35	77,14	7,18	66,33	14,63
2014	58,76	85,30	35,21	78,07	7,09	66,22	11,19
2013	58,40	84,89	33,72	77,76	6,43	65,85	8,24
2012	57,22	84,44	32,44	76,99	6,92	64,88	7,34
2011	55,90	84,75	29,61	77,01	7,23	63,70	5,75
2010	54,93	84,73	27,41	77,50	7,20	61,96	5,62
2009	53,09	84,37	24,54	77,34	7,50	59,84	5,41

**FIBRILLAZIONE ATRIALE**

<b>PREVALENZA (2018)</b>	3,2%
<b>TREND 2009 - 2018</b>	Trend in crescita, andando dal 1,9% nel 2009 al 3,2% nel 2018.
<b>DIFFERENZE GEOGRAFICHE</b>	Maggiore prevalenza riscontrata nelle regioni del Centro Nord, rispetto al Sud ed alle isole. In particolare, la regione con la prevalenza più elevata è risultata il Friuli-Venezia Giulia (4,2%), seguita dalla Toscana (3,9%), dal Veneto (3,8%), dall'Emilia Romagna (3,7%) e dall'Umbria (3,6%).
<b>DIFFERENZE DI GENERE</b>	Il sesso maschile presenta stime di prevalenza superiori al sesso femminile (3,5% vs. 3,0%).
<b>DIFFERENZE DI ETÀ</b>	La prevalenza aumenta all'aumentare dell'età, raggiungendo il massimo negli ultra 85enni, sia tra gli uomini (21,6%), che tra le donne (17,2%).
<b>PREVALENZA USO FARMACI</b>	Progressivo incremento nell'uso dei farmaci antitrombotici dal 2009 (77,2%), fino a stabilizzarsi al 80,1% nel 2018.
<b>QUOTA GENERICI</b>	Quota di generici in leggero calo per gli antitrombotici, passando dal 4,4% nel 2009 al 3,6% nel 2018.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI FIBRILLAZIONE ATRIALE:  
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



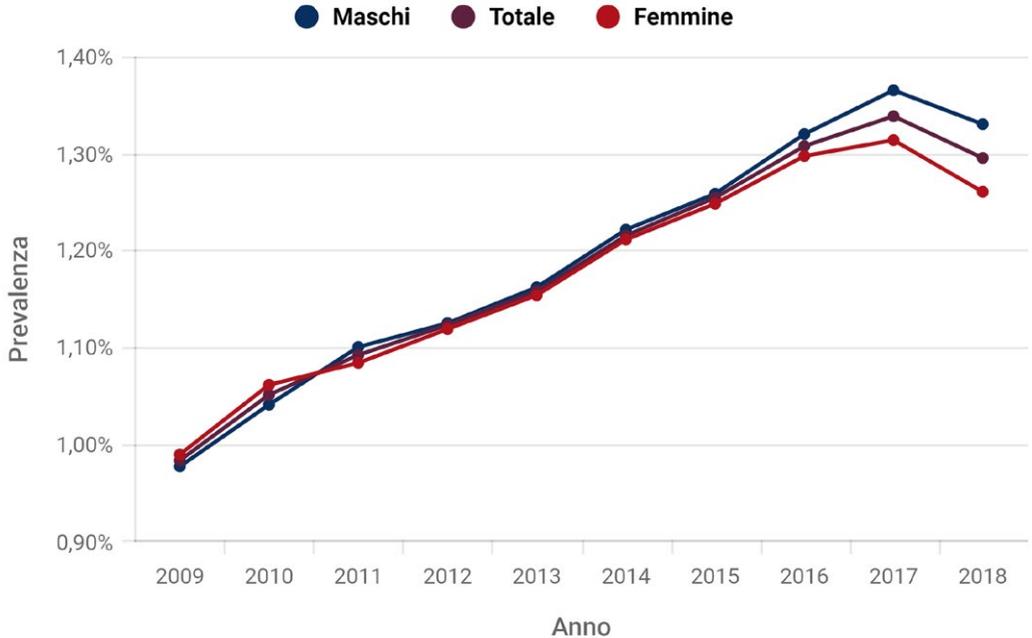
**PREVALENZA D'USO DI FARMACI**

Anno	ANTITROMBOTICI	% ANTITROMBOTICI GENERICI
2018	80,06 %	3,60 %
2017	77,45 %	3,75 %
2016	78,04 %	3,34 %
2015	77,20 %	3,33 %
2014	78,17 %	3,46 %
2013	77,99 %	3,59 %
2012	77,55 %	3,75 %
2011	77,26 %	4,06 %
2010	77,54 %	4,32 %
2009	77,24 %	4,41 %

**SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO**

<b>PREVALENZA (2018)</b>	1,3%
<b>TREND 2009 - 2018</b>	Lievemente in crescita: da 1,0% del 2009 all'1,3% del 2018.
<b>DIFFERENZE GEOGRAFICHE</b>	Valori più elevati in diverse regioni del Centro-Nord, in particolare Toscana, Umbria, Liguria e Emilia Romagna (1,5%, ciascuna), nonché in Sicilia (1,6%).
<b>DIFFERENZE DI GENERE</b>	Stime analoghe sia negli uomini sia nelle donne.
<b>DIFFERENZE DI ETÀ</b>	La prevalenza aumenta notevolmente all'aumentare dell'età per entrambi i generi: tra i 75-84enni (5,2% tra i maschi vs. 4,1% tra le femmine), e tra gli ultra 85enni (11,4% tra i maschi vs. 9,9% tra le femmine).
<b>PREVALENZA USO FARMACI</b>	Tra il 2009 e il 2018 diuretici e beta bloccanti sono risultati in crescita, mentre glicosidi e ACE inibitori in costante calo. I sartani sono risultati costanti. La classe di farmaci maggiormente impiegata è stata quella dei diuretici (70,6%), seguiti dai beta bloccanti (63,7%), dagli ACE inibitori (39,5%). Sartani e glicosidi, invece, vengono prescritti a una quota minore di pazienti: rispettivamente al 28,4% e 11,5% dei pazienti.
<b>QUOTA GENERICI</b>	La quota di generici nel 2018 è stata del 40,8% per i beta bloccanti, seguita dal 33,5% per gli ACE inibitori, dal 20,2% per i diuretici e dal 22,4% per i sartani. Mentre, per i glicosidi cardiaci non sono disponibili farmaci generici.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO:  
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



**PREVALENZA D'USO DI FARMACI CARDIOVASCOLARI**

DIUR: Diuretici; BETA: Beta-Bloccanti; ACEI: Ace-Inibitori (da soli o in associazione);

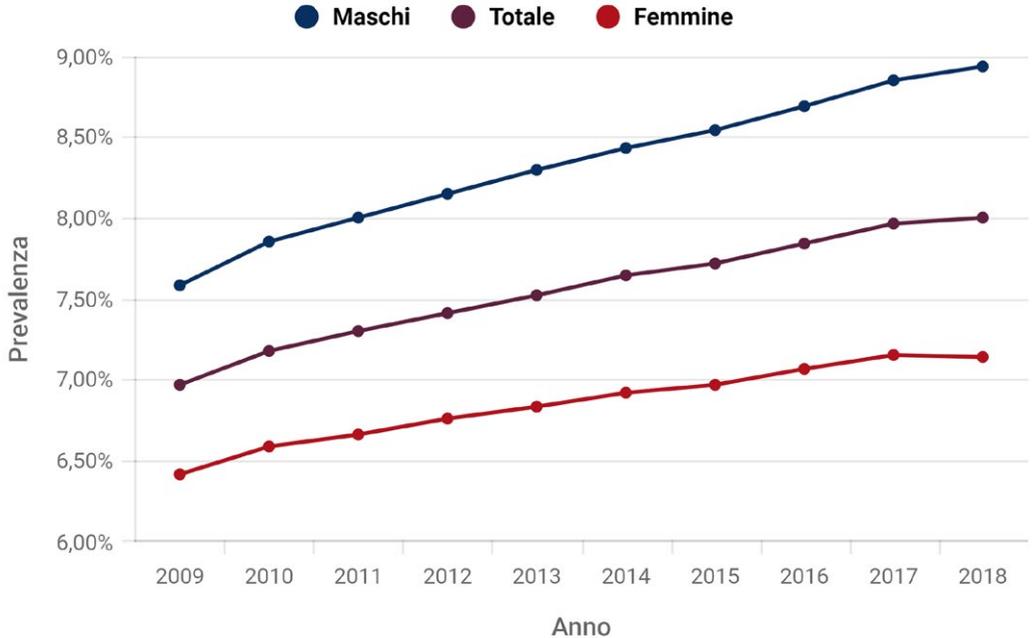
SAR: Sartani (da soli o in associazione); GLI: Glicosidi

Anno	DIUR	% Gen.ci	BETA	% Gen.ci	ACEI	% Gen.ci	SAR	% Gen.ci	GLI	% Gen.ci
2018	70,63	20,20	63,73	40,80	39,53	33,46	28,45	22,36	11,53	0,00
2017	69,64	19,99	60,83	39,02	39,05	31,25	27,07	18,52	12,78	0,00
2016	71,57	20,25	60,66	38,07	40,41	29,97	27,26	15,93	14,23	0,00
2015	71,24	20,09	58,54	36,57	41,68	28,93	27,58	13,96	15,21	0,00
2014	72,30	20,03	57,18	35,30	43,38	27,48	28,17	12,60	16,89	0,00
2013	71,27	20,75	55,88	33,11	45,18	25,13	29,47	10,55	18,82	0,00
2012	70,97	21,34	53,21	30,94	46,02	22,19	29,78	8,14	19,92	0,00
2011	71,34	19,64	51,47	27,85	47,65	19,59	29,50	4,26	22,20	0,00
2010	71,41	18,62	49,07	25,07	48,65	16,35	30,05	2,01	24,35	0,00
2009	70,59	19,16	46,37	19,91	49,85	13,11	28,89	0,00	26,21	0,00

## DIABETE MELLITO TIPO 2

<b>PREVALENZA (2018)</b>	8,0%
<b>TREND 2009 - 2018</b>	Trend crescente: dal 7,0% del 2009 all'8,0% del 2018.
<b>DIFFERENZE GEOGRAFICHE</b>	Gradiente geografico, con un aumento progressivo delle stime andando dal Nord verso il Sud. Le regioni a più alta prevalenza sono risultate la Calabria (10,3%) e la Sicilia (9,4%).
<b>DIFFERENZE DI GENERE</b>	Stime più elevate negli uomini rispetto alle donne (8,9% vs. 7,1%).
<b>DIFFERENZE DI ETÀ</b>	Trend crescente al crescere dell'età sia per i maschi sia per le femmine, con un picco nella fascia 75-84 anni (26,1% tra i maschi e 19,9% tra le femmine) e una successiva riduzione negli ultra 85enni di sesso maschile.
<b>PREVALENZA USO FARMACI</b>	Importante aumento nella prevalenza d'uso di metformina (39,7% nel 2009 vs. 49,3% nel 2018), e degli inibitori DPP4/Agonisti GLP1 (0,7% nel 2009 vs. 5,6% nel 2018), accompagnata da una riduzione delle sulfaniluree (32,2% nel 2009 vs. 14,7% nel 2018); tutti gli "altri farmaci" antidiabetici mostrano un costante aumento tra il 2009 e il 2018. Le insuline nel 2018 sono state prescritte al 17,5% dei pazienti con diabete, mentre la repaglinide al 6,1% e i glitazoni al 3,5%.
<b>QUOTA GENERICI</b>	La quota di farmaci generici nel 2018 è stata pari al 53,7% delle prescrizioni di repaglinide, al 38,0% di quelle della metformina, al 22,5% delle sulfaniluree e al 13,2% dei glitazoni. Per insuline e DDP-4, invece, i generici non sono disponibili sul mercato.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI DIABETE MELLITO TIPO 2:  
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



**PREVALENZA D'USO DI FARMACI ANTIDIABETICI**

MET: Metformina; SULF: Sulfaniluree (sole o in associazione con Metformina);

INS: Insulina; REP: Repaglinide; GLIT: Glitazoni (soli o in associazione con Metformina);

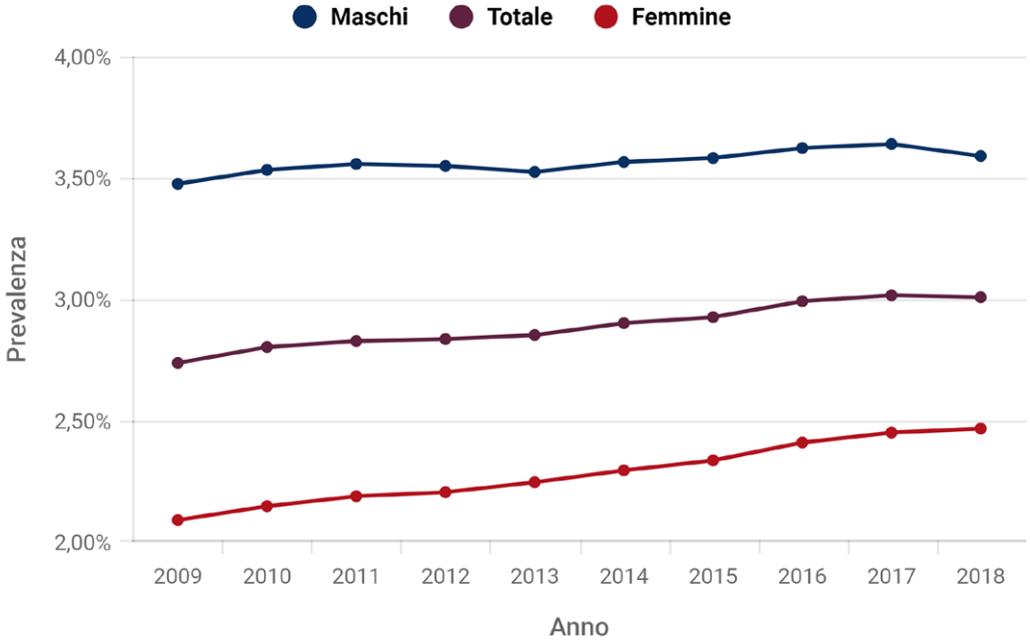
DDP4/GLP1: Inibitori DDP4/Agonisti GLP1 (soli o in associazione con Metformina); ALTRI: Altri antidiabetici

Anno	MET	% Gen.ci	SULF	% Gen.ci	INS	% Gen.ci	REP	% Gen.ci	DDP4	% Gen.ci	GLIT	% Gen.ci	ALTRI	% Gen.ci
2018	49,28	37,97	14,70	22,52	17,49	0,00	6,12	53,67	5,63	0,00	3,54	13,16	11,33	9,69
2017	47,93	39,36	15,74	21,19	17,34	0,00	6,81	52,52	5,24	0,00	3,66	10,15	9,61	11,09
2016	47,16	37,98	16,99	18,68	17,24	0,00	7,62	50,86	5,08	0,00	3,94	6,38	8,07	12,09
2015	46,14	31,65	18,15	16,20	16,79	0,00	8,32	48,94	4,85	0,00	4,28	4,43	6,39	13,03
2014	46,31	28,89	19,65	15,37	16,67	0,00	8,85	46,76	5,21	0,00	4,50	2,81	5,03	12,19
2013	45,76	28,05	20,86	15,55	16,41	0,00	8,93	43,86	5,80	0,00	4,43	1,11	4,23	5,24
2012	45,03	27,08	23,03	14,43	15,96	0,00	8,88	41,74	4,76	0,00	4,58	0,00	3,77	0,39
2011	44,51	24,98	25,97	12,22	15,71	0,00	8,75	33,15	3,13	0,00	4,91	0,00	3,27	0,38
2010	42,85	25,72	28,96	10,24	15,53	0,00	8,46	12,27	1,54	0,00	5,46	0,00	2,28	0,89
2009	39,73	26,05	32,20	9,25	14,60	0,00	7,67	0,00	0,73	0,00	4,69	0,00	1,14	0,00

**BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)**

<b>PREVALENZA (2018)</b>	3,0%
<b>TREND 2009 - 2018</b>	Trend crescente: dal 2,7% del 2009 al 3,0% del 2018.
<b>DIFFERENZE GEOGRAFICHE</b>	Valori più elevati in Valle d'Aosta (5,1%) e nel Sud. La regione con la prevalenza più elevata è risultata la Basilicata ed il Lazio (4,1%, ciascuna), seguita dalla Campania (4,0%) e dalla Calabria (3,8%).
<b>DIFFERENZE DI GENERE</b>	Stime sensibilmente maggiori negli uomini rispetto alle donne (3,6% vs. 2,5%).
<b>DIFFERENZE DI ETÀ</b>	Valori crescenti all'aumentare dell'età, con un netto incremento nel sesso maschile che raggiunge il picco negli ultra 85enni (17,9%), mentre per le donne il picco massimo di prevalenza è pari all'8,8%, sempre tra le ultra 85enni.
<b>PREVALENZA USO FARMACI</b>	La prevalenza dei broncodilatatori è aumentata dal 34,8% del 2009 al 39,1% del 2018, mentre le associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori sono aumentate fino al 2010 (32,7%), per poi calare negli anni successivi e raggiungere il 30,5% nel 2018. Gli antileucotrieni, in tutto il periodo considerato, sono rimasti costanti, con valori attorno al 2,0%, al contrario, sono calati drasticamente i corticosteroidi in monoterapia (dal 22,7% del 2009 al 16,6% del 2018) e le xantine (dal 10,9% del 2009 al 4,5% del 2018).
<b>QUOTA GENERICI</b>	Per la BPCO sono disponibili pochissimi farmaci genericati, pertanto, le quote di prescrizione di generici sono esigue: nel 2018 la quota di generici dei broncodilatatori era pari all'1,0% e dei corticosteroidi inalatori al 2,3%. Fanno eccezione gli antileucotrieni, il cui impiego per il 20,7% ha riguardato prodotti generici.

## PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI BPCO: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)



## PREVALENZA D'USO DI FARMACI RESPIRATORI

ASS: Associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori; BRO: Broncodilatatori; ICS: Corticosteroidi inalatori;  
XAN: Xantine; LEUC: Antileucotrieni

Anno	ASS	% Gen.ci	BRO	% Gen.ci	ICS	% Gen.ci	XAN	% Gen.ci	LEUC	% Gen.ci
2018	30,47	0,00	39,13	1,01	16,59	2,31	4,49	0,00	1,85	20,71
2017	29,57	0,00	39,07	1,10	19,68	0,72	4,64	0,00	1,86	19,32
2016	30,48	0,00	39,09	1,09	20,57	0,47	4,95	0,00	1,82	15,79
2015	30,37	0,00	38,67	1,27	21,58	0,37	5,63	0,06	1,83	12,73
2014	29,93	0,00	38,03	1,25	20,78	0,39	5,95	0,05	1,89	10,86
2013	29,95	0,00	37,39	1,34	21,53	0,29	7,08	0,00	1,97	7,37
2012	30,03	0,00	36,06	1,66	20,91	0,47	7,91	0,00	2,06	0,00
2011	31,24	0,00	36,13	1,65	21,41	0,25	8,88	0,00	2,16	0,00
2010	32,73	0,00	35,21	1,82	22,09	0,21	9,84	0,00	2,11	0,00
2009	32,53	0,00	34,76	2,12	22,72	0,13	10,88	0,00	2,09	0,00

## ASMA BRONCHIALE

### PREVALENZA (2018)

7,7%

### TREND 2009 - 2018

Netta crescita tra il 2009 (4,5%) e il 2018 (7,7%).

### DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Stime di prevalenza più elevate a livello del Centro-Sud: la regione con la prevalenza più elevata è risultata la Campania (13,3%), seguita da Sardegna (8,7%), da Abruzzo, Molise e Lazio (8,1%, ciascuna).

### DIFFERENZE DI GENERE

Stime maggiori nelle donne rispetto agli uomini (8,3% vs. 7,1%).

### DIFFERENZE DI ETÀ

Per gli uomini esiste una relazione inversa all'aumentare dell'età, andando da 10,1% nella fascia 15-24 anni a 4,9% negli ultra 85enni. Invece, tra le donne la prevalenza presenta variazioni inferiori al variare della fascia d'età e risulta massima tra 55 e 64 anni (9,0%).

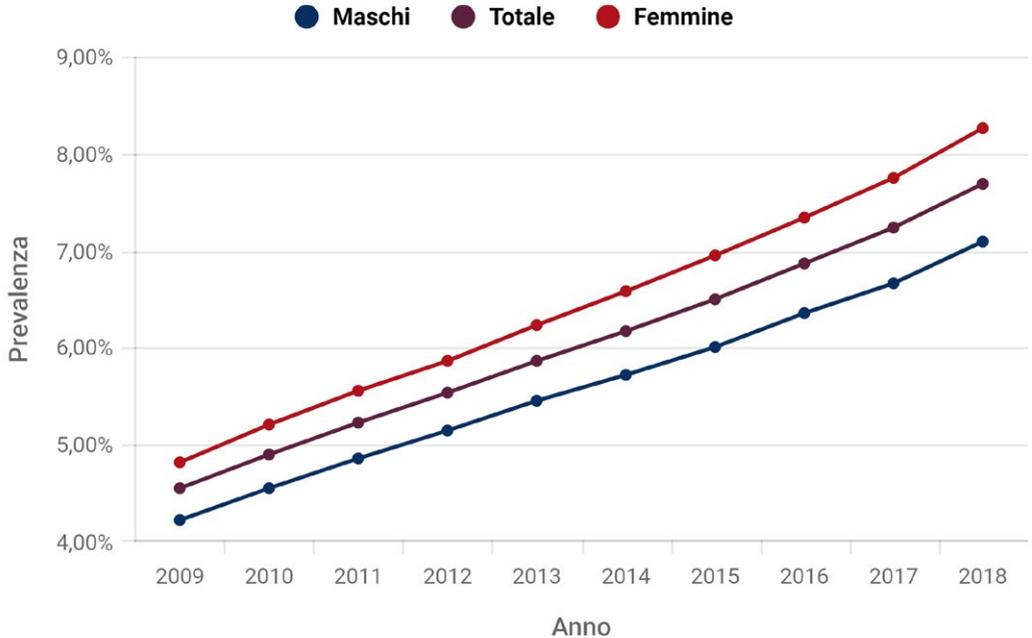
### PREVALENZA USO FARMACI

Stime di prevalenza d'uso costanti dal 2009 al 2010, sia per le associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori (da 28,2% del 2009 a 28,1% del 2010), sia per i broncodilatatori (da 27,4% del 2009 a 26,2% del 2010). Dal 2011 al 2018, invece, queste classi di farmaci calano, per arrivare a 25,4% per le associazioni e 18,9% per i broncodilatatori. Tutte le altre terapie, calano progressivamente tra il 2009 e il 2018.

### QUOTA GENERICI

Per l'asma, sono disponibili, ad oggi, pochi generici, per tale motivo nel 2018 solo l'1,6% delle prescrizioni di broncodilatatori e l'1,7% di quelle di corticosteroidi inalatori riguardava farmaci generici. La quota di generici di antileucotrieni, invece, nel 2018 era pari al 22,5%.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI ASMA BRONCHIALE:  
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



**PREVALENZA D'USO DI FARMACI RESPIRATORI**

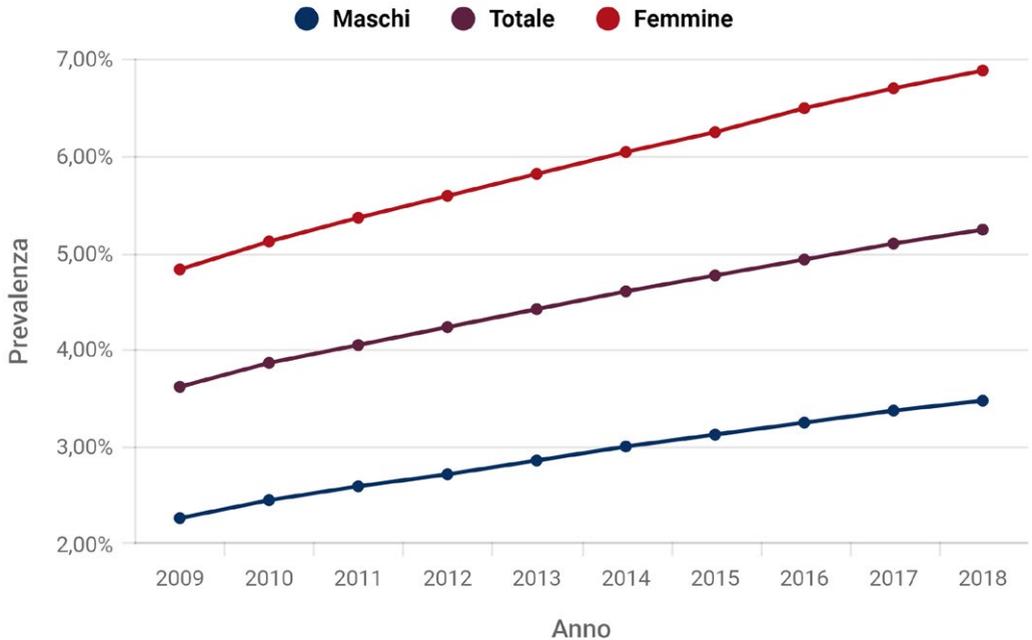
ASS: Associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori; BRO: Broncodilatatori; ICS: Corticosteroidi inalatori;  
XAN: Xantine; LEUC: Antileucotrieni

Anno	ASS	% Gen.ci	BRO	% Gen.ci	ICS	% Gen.ci	XAN	% Gen.ci	LEUC	% Gen.ci
2018	25,37	0,00	18,92	1,61	14,73	1,70	1,67	0,00	4,49	22,50
2017	24,87	0,00	19,46	1,68	16,47	0,34	1,66	0,00	4,60	19,82
2016	25,75	0,00	20,26	1,69	17,48	0,29	1,75	0,00	4,90	17,29
2015	25,42	0,00	21,00	1,54	18,04	0,27	1,96	0,00	5,17	13,60
2014	25,64	0,00	22,06	1,60	18,52	0,22	2,02	0,07	5,64	10,53
2013	25,77	0,00	22,82	1,62	18,96	0,29	2,28	0,00	5,84	6,36
2012	25,70	0,00	23,23	1,80	18,77	0,29	2,43	0,00	6,20	0,00
2011	26,83	0,00	25,06	1,57	20,41	0,12	2,74	0,00	6,57	0,03
2010	28,13	0,00	26,16	1,74	20,40	0,10	3,20	0,00	6,71	0,00
2009	28,25	0,00	27,44	1,48	21,45	0,09	3,59	0,00	6,80	0,00

## DEPRESSIONE

<b>PREVALENZA (2018)</b>	5,2%
<b>TREND 2009 - 2018</b>	Trend crescente: dal 3,6% del 2009 al 5,2% del 2018.
<b>DIFFERENZE GEOGRAFICHE</b>	Si riscontra un gradiente geografico con stime più alte nel Centro-Nord, rispetto al Sud, a eccezione della Campania. Le regioni con le prevalenze più elevate sono risultate essere: Campania (6,9%) seguita dalla Liguria (6,7%), Emilia Romagna (6,6%), Toscana (6,4%) ed Umbria (6,2%).
<b>DIFFERENZE DI GENERE</b>	Stime sensibilmente maggiori nelle donne rispetto agli uomini (6,9% vs. 3,5%).
<b>DIFFERENZE DI ETÀ</b>	Trend crescente all'aumentare dell'età. Il picco di prevalenza si registra tra gli ultra 85enni, sia maschi (7,9%) che femmine (13,1%).
<b>PREVALENZA USO FARMACI</b>	Gli SSRI rappresentano la classe di farmaci maggiormente impiegata, ma nel corso degli anni 2009-2018 hanno fatto registrare un calo della loro prevalenza d'uso, passando dal 38,2% del 2009 al 29,2% del 2018. Tale calo è stato riscontrato anche per gli antidepressivi triciclici (da 5,0% del 2009 a 3,1% del 2018). Al contrario, gli "altri antidepressivi" hanno mostrato un leggero aumento nel loro impiego, andando dal 6,2% nel 2009 al 8,0% nel 2018. Gli SNRI, invece, sono impiegati in una quota stabile di pazienti (attorno al 8%).
<b>QUOTA GENERICI</b>	La quota dei generici per gli SSRI nel 2018 era pari al 36,4%, per il SNRI al 25,5% e per gli "altri antidepressivi" al 18,8%. Per gli antidepressivi triciclici, invece, non sono disponibili prodotti generici.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI DEPRESSIONE:  
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



**PREVALENZA D'USO DI FARMACI ANTIDEPRESSIVI**

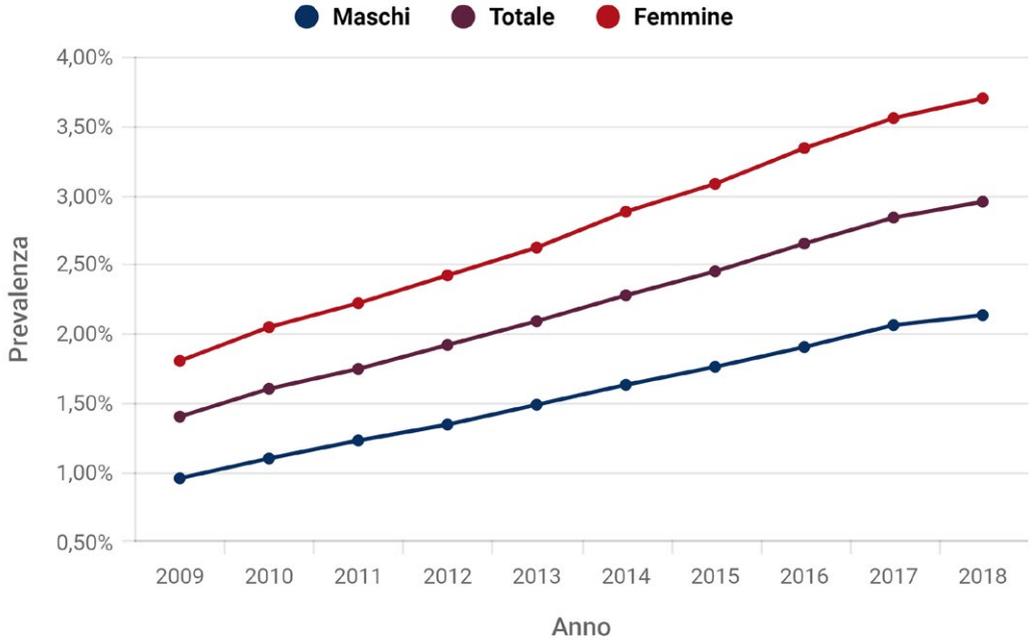
SSRI: Inibitori reuptake serotonina; SNRI: Inibitori reuptake serotonina/horadrenalina; TCA: Triciclici; ALTRI: Altri farmaci antidepressivi

Anno	SSRI	% Gen.ci	SNRI	% Gen.ci	TCA	% Gen.ci	ALTRI	% Gen.ci
2018	29,23	36,42	8,67	25,53	3,13	0,00	7,97	18,85
2017	29,51	34,73	8,44	22,33	3,29	0,00	7,62	17,51
2016	30,65	33,47	8,51	19,19	3,49	0,00	6,94	17,72
2015	31,19	31,97	8,47	14,22	3,53	0,00	6,42	18,20
2014	32,29	29,02	8,47	11,90	3,82	0,00	6,33	18,49
2013	32,95	27,44	8,83	11,27	3,85	0,00	6,19	17,98
2012	33,83	25,90	8,95	9,64	3,95	0,00	6,15	16,28
2011	35,43	24,54	8,90	8,34	4,26	0,00	6,31	13,63
2010	37,08	22,94	9,21	7,52	4,61	0,00	6,34	12,66
2009	38,18	20,85	8,97	4,42	5,02	0,00	6,23	12,69

## DEMENZA

<b>PREVALENZA (2018)</b>	2,9%
<b>TREND 2009 - 2018</b>	Trend crescente: dall'1,4% del 2009 al 2,9% del 2018.
<b>DIFFERENZE GEOGRAFICHE</b>	Maggiore prevalenza in alcune regioni del Centro, quali Emilia-Romagna (4,3%), Umbria (4,1%), Abruzzo e Molise (3,6% ciascuna), nonché Marche (3,5%).
<b>DIFFERENZE DI GENERE</b>	Stime sensibilmente maggiori nelle donne rispetto agli uomini (3,7% vs. 2,1%).
<b>DIFFERENZE DI ETÀ</b>	Trend crescente all'aumentare dell'età, con un evidente aumento dopo i 65 anni e con un picco oltre gli 85 anni, sia per gli uomini (18,4%), sia per le donne (22,0%). La differenza tra maschi e femmine si accentua all'aumentare dell'età.
<b>PREVALENZA USO FARMACI</b>	Calo degli anticolinesterasici e degli "altri antipsicotici" dal 2009 al 2018: i primi sono calati dall'10,2% al 7,3%, i secondi dal 11,3% al 9,5%. Al contrario, la memantina e gli antipsicotici atipici hanno mostrato un aumento nell'impiego, arrivando a coprire nel 2018 rispettivamente il 5,2% e il 10,8%.
<b>QUOTA GENERICI</b>	Nel 2018 la quota di generici era pari al 64,6% per anticolinesterasici, al 68,9% per la memantina, al 63,2% per gli antipsicotici atipici e all'2,2% per gli "altri antipsicotici".

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI DEMENZA:  
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



**PREVALENZA D'USO DI FARMACI PER LA DEMENZA**

ACOLI: Anticolinesterasici; APSI: Antipsicotici atipici; ALTRI APSI: Altri antipsicotici; MEM: Memantina

Anno	ACOLI	% Gen.ci	APSI	% Gen.ci	ALTRI APSI	% Gen.ci	MEM	% Gen.ci
2018	7,33	64,60	10,78	63,20	9,47	2,16	5,17	68,87
2017	7,28	58,47	10,68	56,57	9,86	1,12	4,99	58,52
2016	7,72	43,86	10,38	47,88	9,98	1,15	4,99	43,40
2015	8,15	32,73	9,65	40,27	10,51	1,06	4,92	30,57
2014	8,59	23,60	9,03	33,04	10,82	0,66	4,91	11,67
2013	8,97	14,24	8,04	23,47	10,88	0,20	4,69	0,18
2012	8,74	6,89	7,18	10,43	10,67	0,26	4,35	0,00
2011	8,93	0,00	7,04	3,45	11,02	0,05	3,66	0,00
2010	9,79	0,00	7,47	2,89	11,59	0,25	3,10	0,00
2009	10,23	0,00	7,12	2,95	11,32	0,29	1,92	0,00

**IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA (IPB)****PREVALENZA (2018)**

15,8% della popolazione maschile

**TREND 2009 - 2018**

Trend crescente: dal 11,0% del 2009 al 15,8% del 2018.

**DIFFERENZE GEOGRAFICHE**

Si evidenzia un gradiente geografico da Nord a Sud (valori più elevati al Sud), così come procedendo da Est a Ovest (valori più elevati a Ovest).

**DIFFERENZE DI ETÀ**

Trend crescente all'aumentare dell'età con un picco nei pazienti ultra 85enni (55,1%).

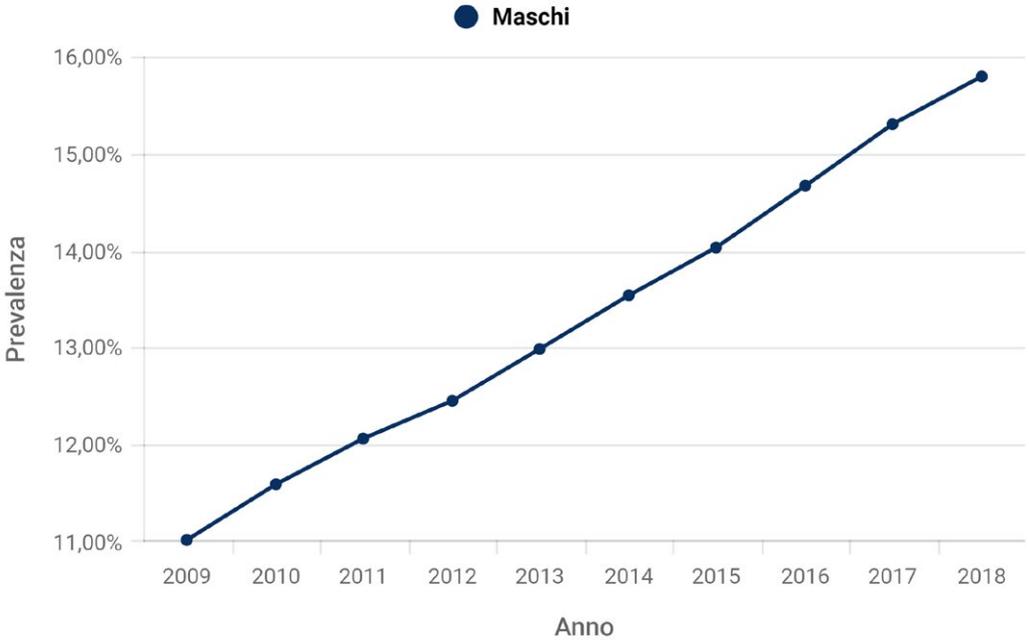
**PREVALENZA USO FARMACI**

Riduzione nella prevalenza d'uso degli antagonisti dell'alfa adrenorecettore, dal 39,8% del 2009 al 39,0% del 2018; un calo è stato riscontrato anche per "altri farmaci" per l'IPB (da 2,3% del 2009 a 1,5% nel 2018). Al contrario, l'impiego di inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi è risultato in crescita fino al 2014, dal 17,9% nel 2009 al 19,0% nel 2014, per poi decrescere fino al 18,4 del 2018.

**QUOTA GENERICI**

Il 21,7% delle prescrizioni di antagonisti dell'alfa adrenorecettore ha riguardato farmaci generici, così come il 20,1% delle prescrizioni di inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI IPB:  
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



**PREVALENZA D'USO DI FARMACI PER IPB**

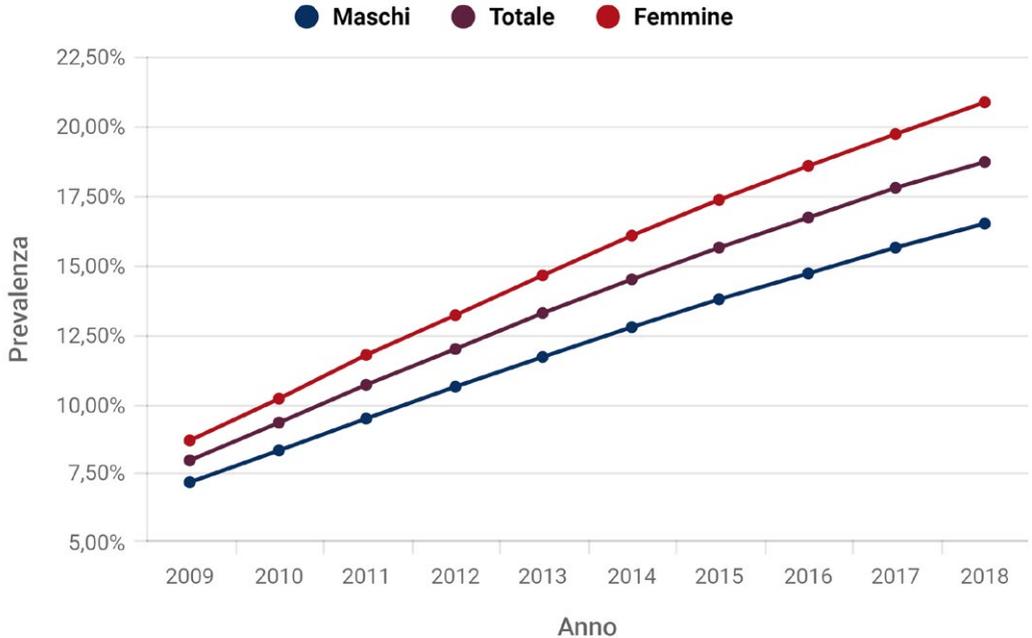
AAA: Antagonisti dell'alfa recettore adrenergico; IRED: Inibitore della testosterone 5alfa riduttasi; ALTRI: Altri farmaci per IPB

Anno	AAA	% Gen.ci	IRED	% Gen.ci	ALTRI IPB	% Gen.ci
2018	39,05	21,72	18,39	20,15	1,53	0,00
2017	38,54	21,97	18,50	14,66	1,44	0,00
2016	39,02	21,63	18,84	11,28	1,52	0,00
2015	38,74	21,80	18,87	7,90	1,70	0,00
2014	39,06	21,40	18,96	7,92	1,81	0,00
2013	38,99	21,95	18,56	5,89	1,86	0,00
2012	38,49	22,38	18,31	6,02	1,70	0,00
2011	39,29	21,07	18,51	5,71	1,84	0,00
2010	39,42	19,91	18,45	6,04	2,15	0,00
2009	39,80	18,13	17,93	6,54	2,29	0,00

**MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO (MRGE)**

<b>PREVALENZA (2018)</b>	18,7%
<b>TREND 2009 - 2018</b>	Trend in forte crescita. Nel complesso l'aumento è stato dal 8,0% del 2009 al 18,7% del 2018.
<b>DIFFERENZE GEOGRAFICHE</b>	Maggiore prevalenza al Centro-Sud, comprese le isole, rispetto al Nord. La regione con la prevalenza più elevata è risultata la Campania (25,8%), seguita dalla Sicilia (24,5%), dalla Sardegna (23,1%) e dall'Abruzzo e Molise (22,5%).
<b>DIFFERENZE DI GENERE</b>	Stime maggiori nelle donne rispetto agli uomini (20,8% vs. 16,5%).
<b>DIFFERENZE DI ETÀ</b>	La prevalenza aumenta al crescere dell'età, con un picco nella fascia 75-84 anni sia per le donne (30,2%) che per gli uomini (25,1%). In entrambi i sessi la prevalenza tende a diminuire nella fascia degli ultra 85enni.
<b>PREVALENZA USO FARMACI</b>	Gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) risultano i farmaci maggiormente prescritti; dopo una fase di crescita dal 2009 (58,6%) al 2010 (61,1%), l'impiego di questa categoria terapeutica è calato progressivamente, fino a raggiungere il 46,0% nel 2018. Tutte le altre categorie terapeutiche analizzate hanno mostrato un costante calo nel loro impiego tra il 2009 e il 2018; in particolare gli antiacidi (da 10,9% a 7,2%), gli H2-antagonisti (da 3,0% a 2,0%) e gli altri farmaci per la MRGE (da 12,6% a 11,9%).
<b>QUOTA GENERICI</b>	La quota di farmaci generici prescritti nel 2018, è stata pari al 52,7% di tutte le prescrizioni degli H2 antagonisti, al 50,1% degli IPP e dello 0,3% degli antiacidi.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI MRGE:  
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



**PREVALENZA D'USO DI FARMACI GASTROPROTETTORI**

IPP: Inibitori di pompa protonica; AACI: Antiacidi; AH2: H2 antagonisti; ALTRI: Altri farmaci per MRGE

Anno	IPP	% Gen.ci	AACI	% Gen.ci	AH2	% Gen.ci	ALTRI	% Gen.ci
2018	46,02	50,15	7,24	0,33	2,03	52,67	11,92	0,75
2017	48,24	39,09	7,41	0,33	2,08	52,64	12,10	0,73
2016	49,90	35,03	7,28	0,24	2,10	51,80	12,35	0,76
2015	53,38	33,55	7,64	0,19	2,25	48,16	12,48	0,85
2014	56,12	32,85	7,68	0,28	2,22	47,21	12,73	0,86
2013	57,44	31,08	7,38	0,22	2,28	48,03	13,00	0,76
2012	58,57	28,82	7,55	0,28	2,37	42,71	13,01	0,77
2011	60,42	26,75	8,57	0,21	2,60	37,43	12,72	0,81
2010	61,07	23,07	10,78	0,11	2,98	34,99	13,16	0,61
2009	58,58	21,08	10,90	0,08	2,97	38,05	12,63	0,60

## INSUFFICIENZA RENALE CRONICA (IRC)

### PREVALENZA (2018)

6,7%

### TREND 2009 - 2018

Trend in leggera crescita fino al 2017, dal 5,8% nel 2009 al 6,9% nel 2017, per poi calare nel 2018 (6,7%).

### DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Valori più elevati nelle regioni del Centro Nord. La regione con la prevalenza più elevata è risultata la Valle d'Aosta (8,5%), seguita dall'Emilia Romagna (8,4%), Friuli-Venezia Giulia (8,3%) e dalla Liguria (7,8%).

### DIFFERENZE DI GENERE

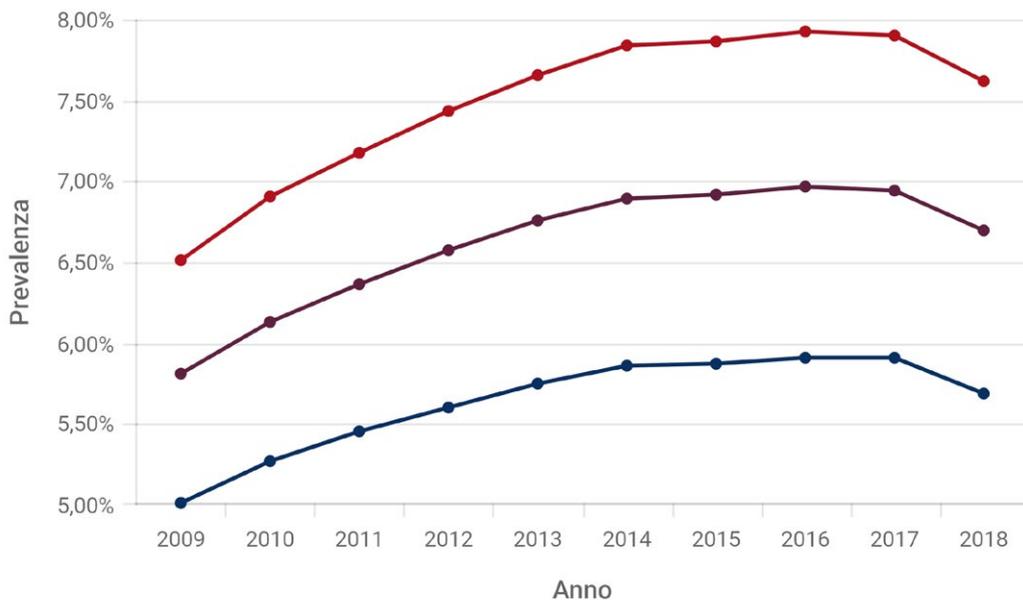
Stime maggiori nelle donne rispetto agli uomini (7,6% vs. 5,7%).

### DIFFERENZE DI ETÀ

Valori crescenti all'aumentare dell'età, raggiungendo il picco massimo negli ultra 85enni, sia tra le donne (37,4%), che tra gli uomini (34,2%).

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI IRC:  
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)

● Maschi ● Totale ● Femmine



## OSTEOARTROSI

### PREVALENZA (2018)

20,9%

### TREND 2009 - 2018

Trend in crescita dal 2009 (17,6%) al 2018 (20,9%).

### DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Valori più elevati tra le regioni del Sud e nelle isole rispetto a quelli del Nord. Le regioni con la più alta prevalenza nel 2018 sono state la Campania (32,0%), seguita dalla Basilicata (25,7%), Sicilia (25,3%), Puglia (24,2%) ed infine la Sardegna (22,9%).

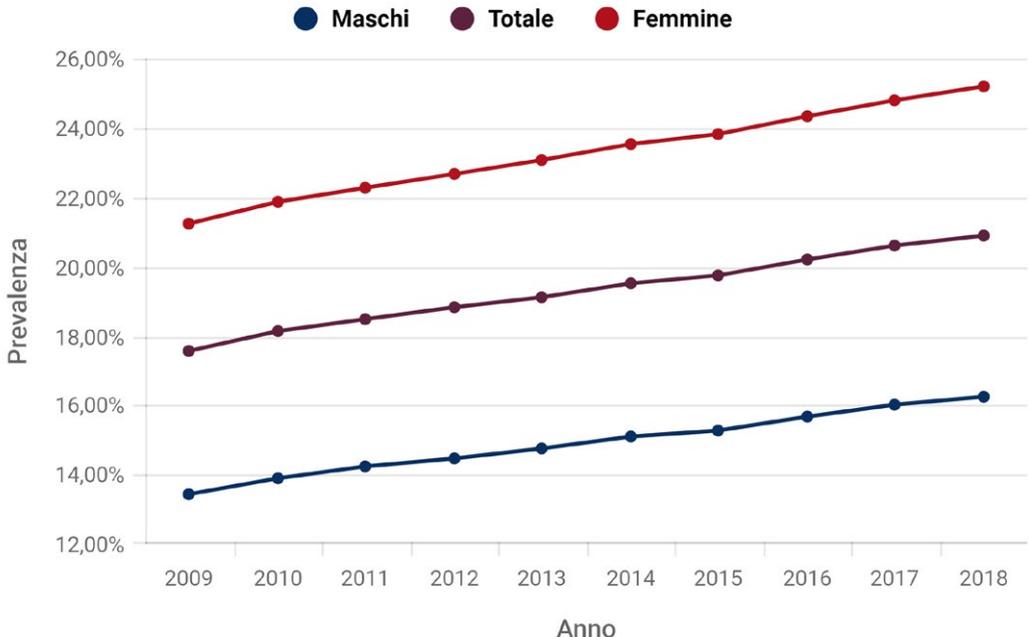
### DIFFERENZE DI GENERE

Valori nettamente più elevati nelle donne rispetto agli uomini (25,2% vs. 16,3%).

### DIFFERENZE DI ETÀ

La prevalenza cresce al crescere dell'età, sia per gli uomini sia per le donne. Per entrambi i sessi il picco massimo di prevalenza si osserva tra gli ultra 85enni (63,2% per le donne e 51% per gli uomini).

### PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI OSTEOARTROSI: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)



## I TUMORI

Nel presente rapporto la prevalenza di tumori è stata stimata calcolando il **numero di persone che si sono ammalate di tumore, ne sono sopravvissute e sono in carico al MMG**. Pertanto, tale prevalenza rappresenta un'utile misura per valutare il "carico" sanitario dell'oncologia nella Medicina Generale.

### TUMORE DELLO STOMACO

#### PREVALENZA (2018)

1,3‰

#### TREND 2009 - 2018

Moderatamente crescente dal 2009 (1,2‰) al 2018 (1,3‰).

#### DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Le regioni con le stime di prevalenza più elevate sono quelle del Centro, in particolare Marche (2,9‰), Umbria (1,7‰) e Toscana (1,6‰); tra le regioni del Nord la prevalenza più elevata si registra in Lombardia (1,9‰) ed in Friuli-Venezia Giulia (1,5‰).

#### DIFFERENZE DI GENERE

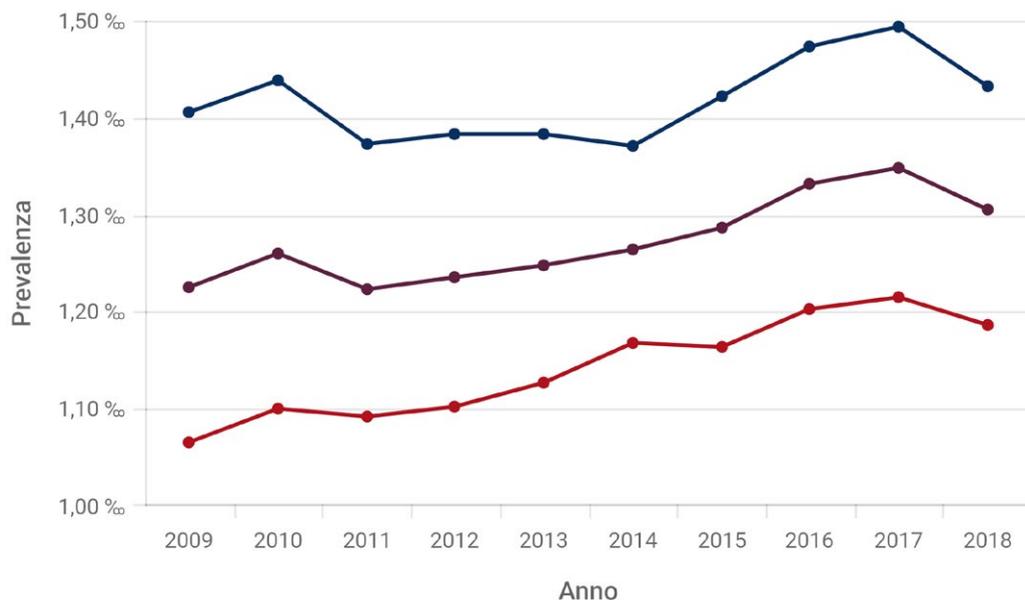
Valori maggiori negli uomini rispetto alle donne (1,4‰ vs. 1,2‰).

#### DIFFERENZE DI ETÀ

La prevalenza aumenta sensibilmente dopo il 65esimo anno di età, con valori nettamente più elevati nella popolazione anziana maschile rispetto a quella femminile. Il picco si raggiunge tra gli ultra 85enni (maschi 7,5‰ e femmine 4,3‰). La differenza tra i due sessi cresce all'aumentare dell'età.

#### PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE DELLO STOMACO: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)

● Maschi ● Totale ● Femmine



## MELANOMA MALIGNO

### PREVALENZA (2018)

4,3‰

### TREND 2009 - 2018

Crescita sensibile: dall'2,3‰ del 2009 fino al 4,3‰ del 2018.

### DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Stime maggiori al Nord e al Centro. Le regioni con la prevalenza più elevata sono state: Valle d'Aosta (9,6‰), Lazio (7,3‰), Friuli-Venezia Giulia (6,3‰), Trentino-Alto Adige (6,0‰) e Veneto (5,8‰).

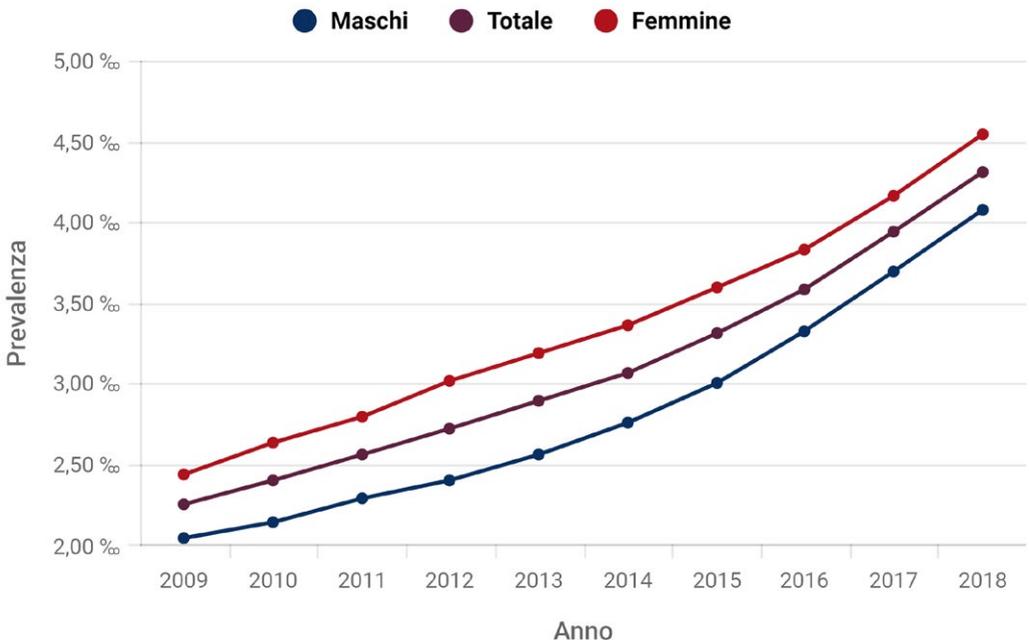
### DIFFERENZE DI GENERE

Valori superiori nelle femmine rispetto ai maschi (4,5‰ vs. 4,1‰)

### DIFFERENZE DI ETÀ

Trend crescente al crescere dell'età, sebbene si osservi una prevalenza rilevante anche nei soggetti più giovani. Le donne mostrano valori di prevalenza superiori agli uomini fino alla fascia di età 55-64 anni. Viceversa, dal 65esimo anno, gli uomini presentano stime di prevalenza superiori a quelle delle donne. Per entrambi i sessi il picco di prevalenza si raggiunge nella fascia 75-84 anni (9,6‰ per gli uomini e 6,2‰ per le donne).

PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI MELANOMA MALIGNO:  
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)



## TUMORE DEL COLON-RETTO

### PREVALENZA (2018)

7,6‰

### TREND 2009 - 2018

Trend in crescita dal 2009 al 2018: da 5,9‰ a 7,6‰.

### DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Le regioni del Centro e del Nord Italia presentano stime di prevalenza nettamente più elevata, mentre il Sud appare l'area geografica a prevalenza più bassa. Le regioni con le più alte prevalenze sono risultate Valle d'Aosta (10,3‰), Marche (9,9‰), Liguria (9,8‰), Toscana (9,6‰) e Umbria (8,9‰).

### DIFFERENZE DI GENERE

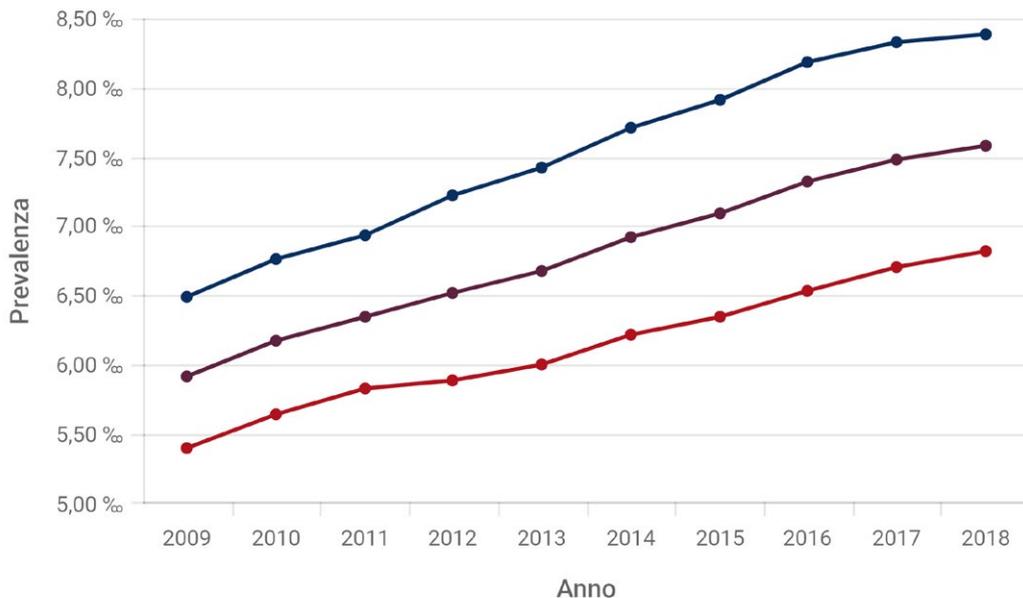
Valori maggiori nei maschi rispetto alle femmine (8,4‰ vs. 6,8‰).

### DIFFERENZE DI ETÀ

Trend associato positivamente al crescere dell'età per entrambi i sessi, con un importante incremento nei maschi ultra 65enni. Il picco di prevalenza si riscontra tra gli ultra 85enni (maschi 43,5‰ e femmine 25,2‰).

PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE DEL COLON-RETTO:  
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)

● Maschi ● Totale ● Femmine



## TUMORE AI POLMONI

### PREVALENZA (2018)

2,0‰

### TREND 2009 - 2018

Lieve crescita: dall'1,4‰ del 2009 fino all'2,0‰ del 2018.

### DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Le regioni a maggior prevalenza risultano Lazio e Valle d'Aosta (2,9‰ ciascuna), Emilia Romagna (2,7‰), Toscana (2,3‰) e Umbria (2,2‰).

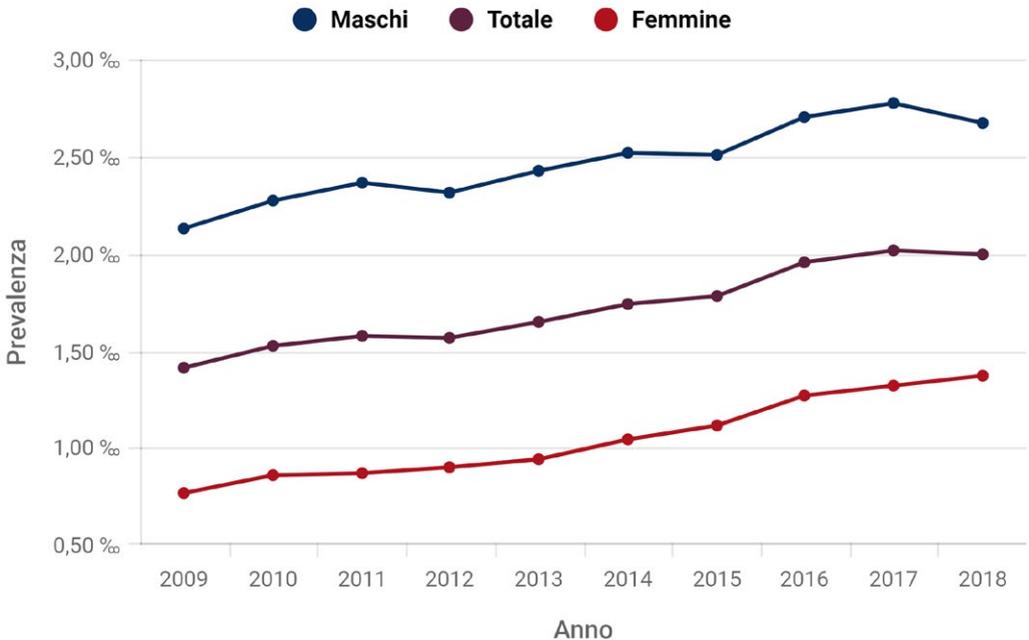
### DIFFERENZE DI GENERE

Valori sensibilmente maggiori nei maschi rispetto alle femmine (2,7‰ vs. 1,4‰).

### DIFFERENZE DI ETÀ

Trend crescente al crescere dell'età, con un picco tra 75 e 84 anni (maschi 10,2‰ e femmine 3,8‰) e una sensibile riduzione delle stime negli ultra 85enni. Il sesso maschile mostra valori di prevalenza superiori rispetto alle donne in tutte le fasce di età, e in particolare dopo i 75 anni.

### PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI TUMORE AI POLMONI: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)



## TUMORE DELLA PROSTATA

### PREVALENZA (2018)

14,9‰ della popolazione maschile.

### TREND 2009 - 2018

Trend in forte e costante crescita: da 10,9‰ del 2009 a 14,9‰ del 2018.

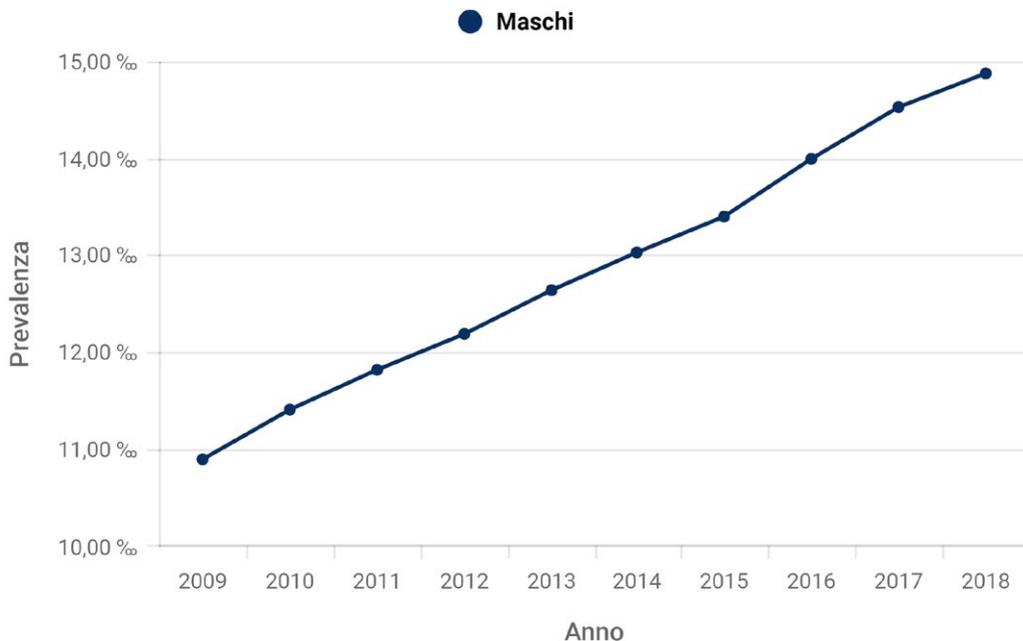
### DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Stime maggiori nel Nord e nel Centro. La regione con la prevalenza più elevata è stata la Valle d'Aosta (26,8‰), seguita dall'Emilia Romagna (20,8‰), Friuli-Venezia Giulia (20,5‰), Liguria (19,2‰) e Lombardia (16,9‰).

### DIFFERENZE DI ETÀ

Trend crescente al crescere dell'età, con un consistente incremento a partire dal 65esimo anno. Il picco di prevalenza si raggiunge tra gli uomini ultra 85enni con un valore di 80,3‰.

PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE DELLA PROSTATA:  
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)



## TUMORE DELLA MAMMELLA

### PREVALENZA (2018)

15,1‰

### TREND 2009 - 2018

Trend crescente che, per le donne varia dal 22,4‰ del 2009 al 28,9‰ del 2018. La prevalenza nel sesso maschile rimane pressoché costante in tutti gli anni, con valori pari allo 0,2‰.

### DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Gradiente geografico, con prevalenze più elevate al Centro Nord. Le regioni con le stime più elevate sono risultate Emilia Romagna (20,1‰), Liguria e Friuli-Venezia Giulia (19,1‰ ciascuna).

### DIFFERENZE DI GENERE

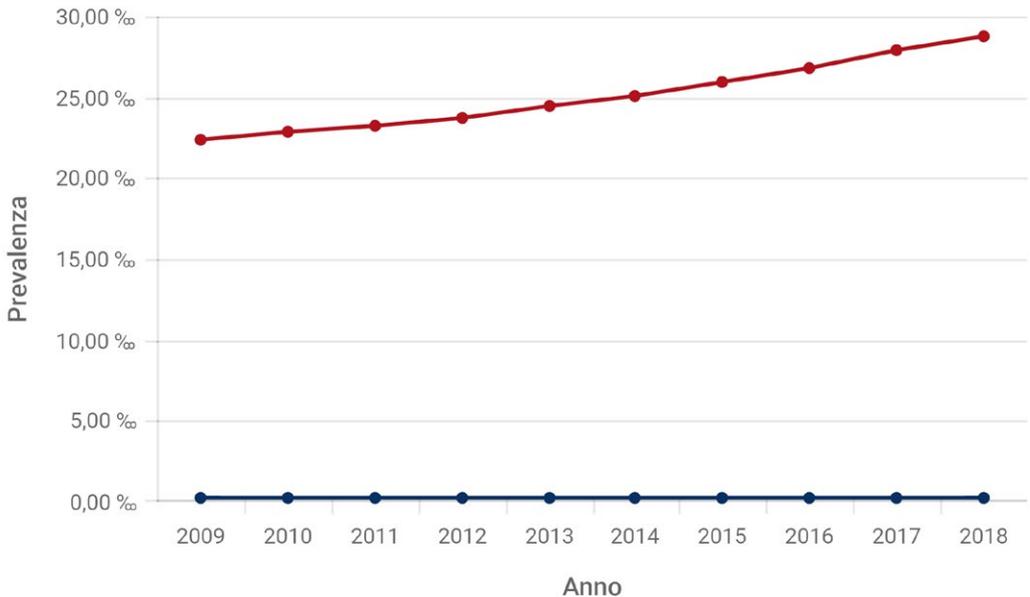
Stime di gran lunga più elevate nelle donne rispetto agli uomini (28,9‰ vs. 0,3‰).

### DIFFERENZE DI ETÀ

Trend crescente al crescere dell'età con un picco nelle donne di 75-84 anni (64,3‰). Tra gli uomini la prevalenza raggiunge al massimo l'1,4‰ nella fascia 75-84 anni.

### PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE DELLA MAMMELLA: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)

● Maschi ● Femmine



## 6. LE RICERCHE DEI MMG RICERCATORI HS (2019-2020)

**I MMG ricercatori HS propongono e conducono veri e propri studi** che impiegano i dati prodotti da essi stessi e dai propri colleghi, con l'obiettivo di rispondere alle esigenze di conoscenza e di implementazioni di strumenti migliorativi della pratica clinica. Per favorire la massima divulgazione di questi risultati, tutte le ricerche sono periodicamente pubblicate all'interno della **Newsletter bimestrale di Health Search**, disponibile sia nel sito internet [www.healthsearch.it](http://www.healthsearch.it), sia come inserto della rivista ufficiale della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG).

**Di seguito sono riportate le principali ricerche condotte nel periodo 2019-2020 dai MMG ricercatori Health Search, con il supporto scientifico-metodologico di epidemiologi e statistici.**

- Epidemiologia e modalità d'uso dei farmaci per il trattamento della Disfunzione Erettile nella Medicina Generale Italiana.
- Epidemiologia dell'Incontinenza Urinaria nella Medicina Generale Italiana.
- Sindrome delle Apnee Notturme (OSAS) in Medicina Generale: epidemiologia e gestione del Medico di Medicina Generale.
- Epidemiologia dei Disturbi Somatoformi nella Medicina Generale Italiana.
- Prevalenza della broncopneumopatia cronica ostruttiva e pattern di utilizzo del vaccino anti-influenzale nei pazienti assistiti dalla Medicina Generale Italiana.
- Epidemiologia dell'Artrite Psoriasica nella Medicina Generale Italiana.
- Epidemiologia e modalità di trattamento della Malattia Diverticolare nella Medicina Generale Italiana.
- Farmacoutilizzazione del glucagone nei pazienti affetti da Diabete Mellito nella Medicina Generale Italiana.
- Epidemiologia e gestione delle Demenze nella Medicina Generale Italiana.
- Epidemiologia dell'Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa nella Medicina Generale Italiana.

Per i ricercatori HS è possibile accedere ai risultati delle ricerche accedendo al servizio HS Dashboard.

# Epidemiologia e modalità d'uso dei farmaci per il trattamento della Disfunzione Erettile nella Medicina Generale Italiana

A cura di **Chiara Gallo**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Medico di Medicina Generale Asl TO4 - Piemonte

## Panorama

La disfunzione erettile (DE) è definita come la ricorrente o persistente incapacità a raggiungere un'erezione sufficiente ad avere un rapporto sessuale soddisfacente. Da un punto di vista eziologico, la DE si può dividere in primaria o secondaria nel caso in cui si sia manifestata fin dall'inizio dell'attività sessuale o se è comparsa solo successivamente ad un periodo di attività sessuale soddisfacente. La DE può avere origine da problematiche organiche, psicologiche, relazionali o essere causata dalla contemporanea presenza di più fattori (forme miste). Tra le cause fisiche maggiormente implicate nell'insorgenza di tale condizione si riscontra un ridotto apporto ematico al pene nonché la presenza di processi aterosclerotici, la presenza di alti livelli di colesterolo, il diabete, una lesione chirurgica, traumatica o problematiche di natura ormonale.

La DE dovrebbe essere approcciata come un disturbo multidimensionale, derivante da una generale alterazione o perturbazione di tutte le componenti della risposta erettile, inclusi aspetti biologici, relazionali e psicologici. Difatti, nonostante sia sempre presente un fattore primario scatenante l'insorgenza di tale condizione, solitamente anche le altre componenti vengono successivamente ad essere coinvolte, con effetti negativi sulla qualità della vita, le relazioni interpersonali e l'umore di chi ne soffre.

**Dal punto di vista epidemiologico, la prevalenza della DE a livello globale varia dal 14% al 48%, con stime**

**maggiori negli Stati Uniti ed in Asia, rispetto all'Europa.**

**A livello italiano, la prevalenza di tale disfunzione, secondo l'unico studio disponibile sul tema, si attesta intorno al 12%; valore tuttavia stimato solamente su 2000 soggetti. La DE aumenta con l'avanzare dell'età, raggiungendo il valore più elevato negli ultra 70 anni (circa 48%). Diversamente, non sono disponibili dati specifici sull'incidenza di tale condizione a livello italiano. Secondo una recente revisione, l'incidenza complessiva di DE è compresa tra i 4 ed i 66 casi/1.000 persone-anno. Questa è fortemente influenzata dalla presenza di fattori di rischio, modificabili o meno, quali grado di istruzione, fumo, prevalenza di diabete, ipertensione, obesità, trattamento con certi farmaci e malattie cardiovascolari, suggerendo di fatto che la DE può essere un campanello d'allarme di problemi più gravi.**

Nel caso in cui la DE influisca sulla qualità della vita del paziente, questa dovrebbe essere affrontata e trattata. Il trattamento iniziale dovrebbe basarsi sul miglioramento dello stile di vita del paziente, e ridurre, di fatto, l'effetto dei potenziali fattori di rischio, nonché agendo sulla sfera emotiva e psicologica.

**Inoltre, sono ad oggi disponibili numerosi farmaci per il trattamento della DE. Solitamente, l'introduzione di una terapia farmacologica si basa sull'uso di farmaci non invasivi, tra i quali si ritrovano i farmaci usati per via orale, conosciuti come inibitori della**

**fosfodiesterasi (PDE) di tipo-5.** Questi farmaci determinano un aumento del flusso sanguigno al pene, attraverso l'inibizione della fosfodiesterasi di tipo 5 cGMP-specifica (PDE5), enzima responsabile della degradazione di cGMP. Tale molecola determina rilassamento della muscolatura liscia nel corpo cavernoso, consentendo quindi l'afflusso di sangue a livello del pene. **Ad oggi, i farmaci disponibili in commercio sono il sildenafil, vardenafil, tadalafil e avanafil.**

**Tuttavia, in caso di mancata o scarsa efficacia nell'uso di tali farmaci, è possibile ricorrere al trattamento con alprostadil, il quale può essere assunto attraverso un'iniezione nel pene (iniezione intracavernosa) o tramite un pellet medico collocato nell'uretra (chiamato intrauretrale).** L'alprostadil è la forma sintetica della PGE1 ed agisce attraverso un aumento del flusso sanguigno rilasciando le arterie e gli sfinteri precapillari.

**È importante sottolineare che, seppure generalmente sicuri, l'uso di tali farmaci richiede una attenta valutazione del quadro clinico del paziente ad opera del medico prescrittore, a causa dei possibili eventi avversi, anche gravi, associati a tali terapie.**

Tutto ciò deve essere ancor più tenuto in considerazione, **in quanto è bene nota la stretta relazione tra DE e insorgenza di malattie cardiovascolari, soprattutto nei soggetti più giovani e meno compromessi.** L'ipotesi alla base di tale associazione riguarda un restringimento critico anticipato delle arterie peniene rispetto ai più grandi vasi coronarici.

Tutto ciò impatta fortemente con l'attività di prevenzione e stadiazione del livello di rischio cardiovascolare.

La Medicina Generale ha un ruolo chiave nella gestione di tale condizione. Difatti, la DE è probabilmente la più comune problematica sessuale maschile riportata ai medici curanti. Tuttavia, ad oggi sono pochi gli studi pubblicati atti a valutare l'impatto epidemiologico di tale condizione a livello della popolazione generale, nonché le modalità d'uso delle principali terapie farmacologiche disponibili. In tal senso, le banche dati della Medicina Generale, come il database Health Search (HS) rappresentano una preziosa fonte di informazione nello studio di tale problematica, difficilmente eguagliabile utilizzando altre fonti dati.

Sulla base di tali premesse, il seguente studio si è posto l'obiettivo di analizzare il fenomeno della DE nel setting della Medicina Generale, mediante l'impiego dei dati di HS, attraverso l'inquadramento epidemiologico di tale condizione nonché delle modalità d'uso delle principali terapie farmacologiche indicate per il suo trattamento.

### Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva nel periodo di studio (dal 1° gennaio 2018 al 31 dicembre 2018) in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

**Prevalenza (%) di Disfunzione Erettile**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una diagnosi di Disfunzione Erettile (ICD9 CM: 302.7\*, 607.8) al 31 dicembre 2018;
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre 2018.

**Incidenza (x 1000 pazienti) di Disfunzione Erettile**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una "nuova" diagnosi di Disfunzione Erettile (ICD9 CM: 302.7\*, 607.8) nel 2018;
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, privi della malattia al 1° gennaio del 2018.

**Prevalenza d'uso (%) di farmaci per il trattamento della Disfunzione Erettile**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con almeno una prescrizione tra Alprostadil (ATC: C01EA01), Avanafil (ATC: G04BE10), Sildenafil citrato (ATC: G04BE03), Tadalafil (ATC: G04BE08), Vardenafil Cloridrato (ATC: G04BE08) nel 2018;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di Disfunzione Erettile (ICD9 CM: 302.7\*, 607.8) nel 2018.

Tutte le analisi sono state stratificate per fascia d'età, Regione di residenza e tipologia di molecola.

### Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di assistiti degli 800 MMG ricercatori HS sono stati identificati 25.849 pazienti con una diagnosi di DE, per una prevalenza pari al 2,55%. Tale condizione ha mostrato un trend di crescita negli ultimi 10 anni, passando dall'1,04% nel 2009 al 2,55% nel 2018 (Figura 1).

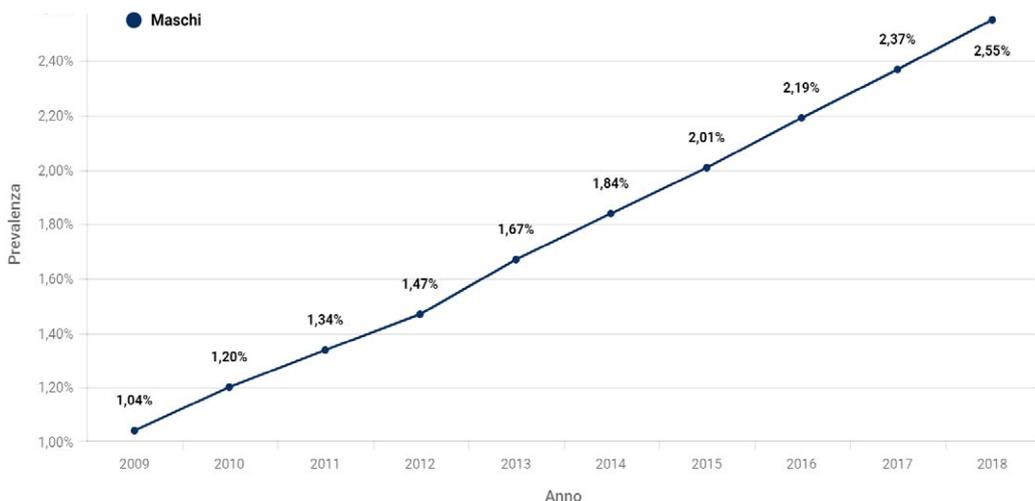
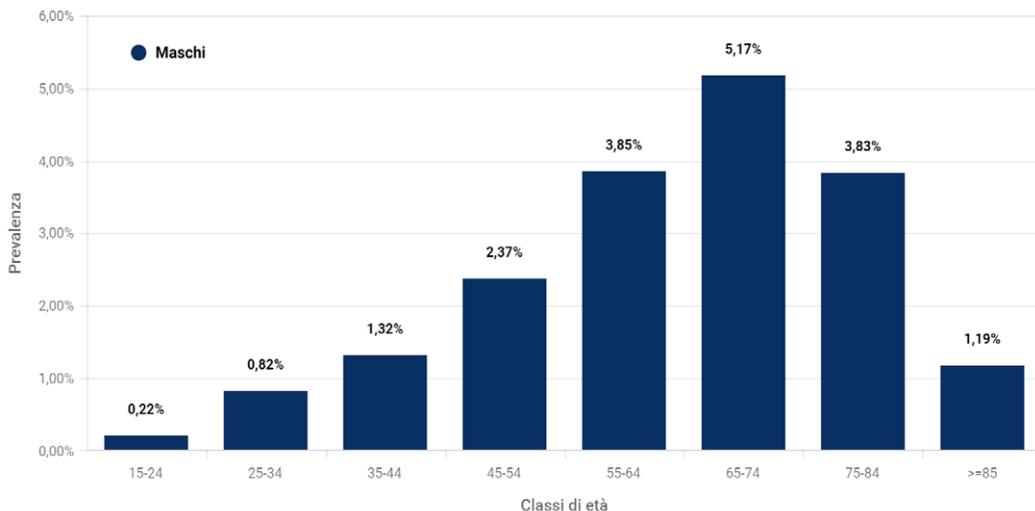


Figura 1. Prevalenza (%) della Disfunzione Erettile nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Anni 2009 - 2018.

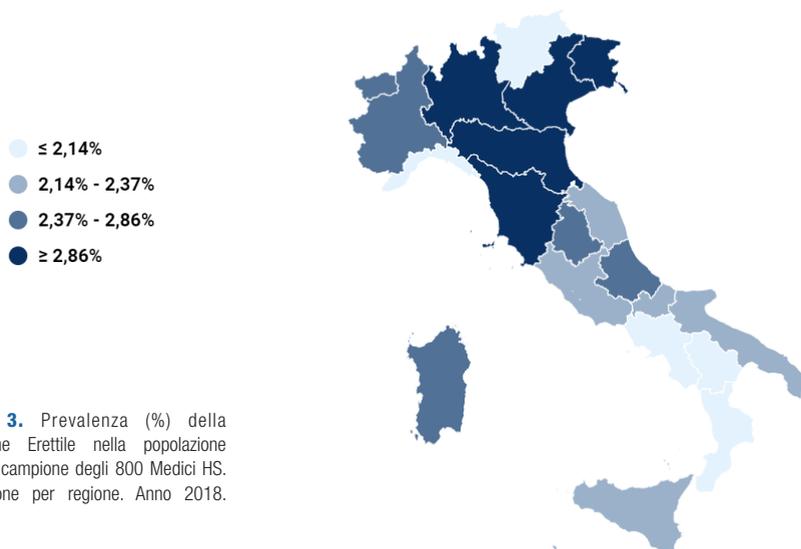
**Figura 2.** Prevalenza (%) della Disfunzione Erettile nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per classi d'età. Anno 2018.



Considerando le diverse fasce d'età, si osservava un **progressivo incremento nella prevalenza all'aumentare dell'età**, con il picco **nei pazienti di età compresa tra i 65 ed i 74 anni (M: 5,17%) (Figura 2)**. La prevalenza di DE è stata valutata anche a livello regionale, evidenziando un **gradiente geografico caratterizzato da un aumento progressivo delle stime**

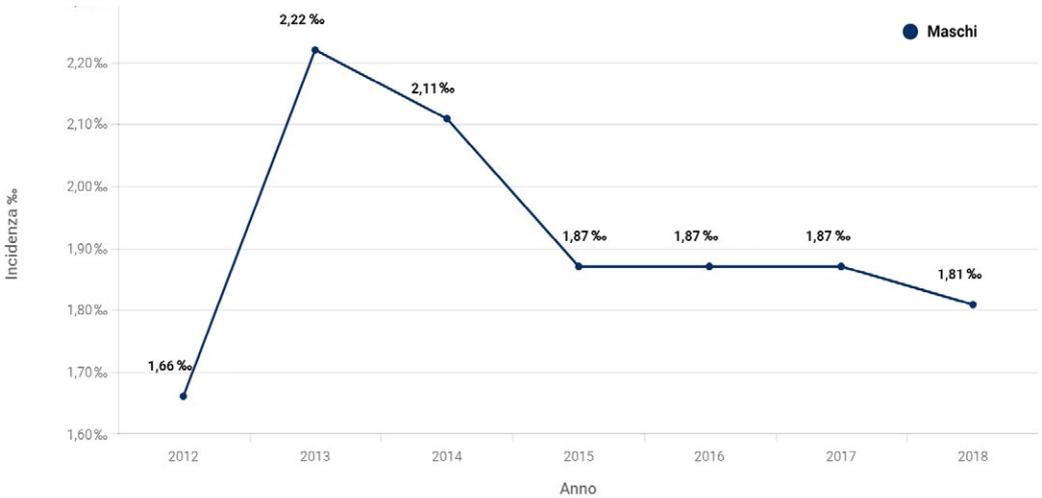
**andando dal Sud verso il Nord (Figura 3)**. Difatti, le regioni associate a stime di prevalenza più elevate risultavano il Friuli-Venezia Giulia (3,53%), seguita dall'Emilia-Romagna (3,51%), dal Veneto (3,48%), dalla Toscana (3,06%) e dalla Lombardia (2,96%). Per quanto riguarda l'incidenza di DE nel 2018, emergevano 1.789 nuovi

**casì, per un'incidenza pari all'1,81‰. Questa risultava sostanzialmente stabile nel corso degli anni, soprattutto a partire dal 2015 (Figura 4)**. Come nel caso della prevalenza, **l'incidenza aumentava al crescere dell'età, raggiungendo il picco nei pazienti di età compresa tra i 65 ed i 74 anni (M: 3,19‰) (Figura 5)**.

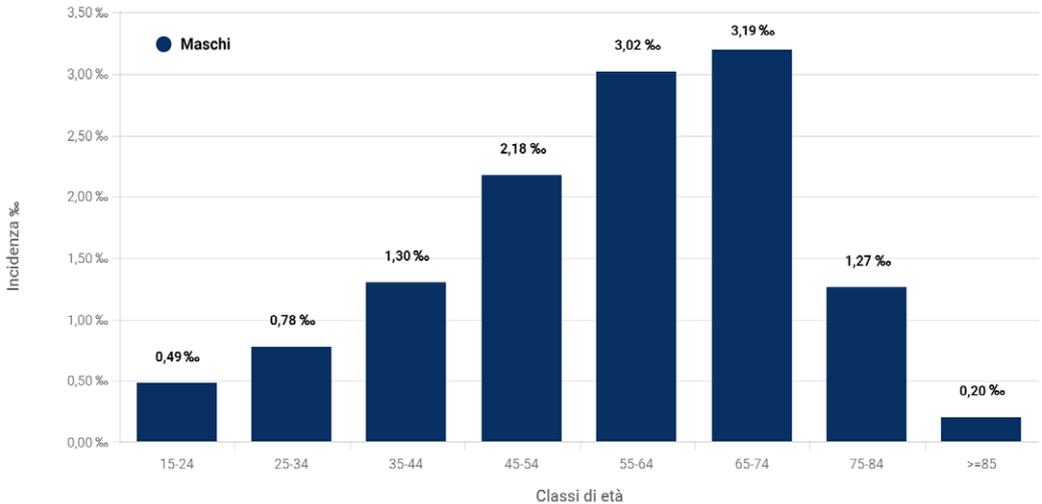


**Figura 3.** Prevalenza (%) della Disfunzione Erettile nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

**Figura 4.** Incidenza (%) della Disfunzione Erettile nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Anni 2009 - 2018.

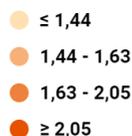


*Nota:* Il trend annuale dell'incidenza potrebbe risentire di variazioni dovute a: I) differenze nella modalità di registrazione della data di insorgenza della patologia, ossia data del primo contatto con il medico oppure data effettiva della diagnosi; II) differenze nella sensibilizzazione verso la registrazione di alcune patologie; III) differenze nell'accuratezza di registrazione dei codici ICD9.



**Figura 5.** Incidenza (%) della Disfunzione Erettile nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per classi d'età. Anno 2018.

**Figura 6.** Incidenza (‰) della Disfunzione Eretille nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.



Analizzando l'incidenza di DE su base regionale, il gradiente osservato risultava sostanzialmente sovrapponibile a quanto emerso per la prevalenza (Figura 6). In particolare, la regione che mostrava la stima più elevata era la Valle d'Aosta (2,27‰), seguita dalla

Toscana (2,46‰), dall'Emilia-Romagna (2,38‰), dal Friuli-Venezia Giulia (2,15‰) e dalla Lombardia (2,10‰). Infine, per quanto concerne le modalità d'uso dei farmaci utilizzati per il trattamento della DE, la prevalenza d'uso più elevata era associata al tadalafil (6,66%), seguito

dal sildenafil citrato (6,31%), vardenafil citrato (2,39%) avanafil (1,94%) ed infine alprostadil (0,69%) (Tabella 7). Inoltre, tali trattamenti, ad eccezione dell'avanafil, mostravano una progressiva diminuzione nelle stime di prevalenza d'uso a partire dal 2009.

Anno	ALPROSTADIL	AVANAFIL	SILDENAFIL CITRATO	TADALAFIL	VARDENAFIL CLORIDRATO
2018	0,69	1,94	6,31	6,66	2,39
2017	0,76	2,87	6,55	6,39	2,92
2016	0,96	3,47	5,85	6,50	3,17
2015	0,79	3,59	6,05	6,87	3,62
2014	0,66	0,02	6,17	7,40	4,44
2013	0,69	0,00	6,53	9,15	6,09
2012	0,77	0,00	5,41	9,94	6,46
2011	0,86	0,00	6,13	10,59	6,90
2010	0,77	0,00	7,66	12,21	6,14
2009	0,97	0,00	8,53	12,67	6,15

**Tabella 7.** Prevalenza d'uso dei farmaci per il trattamento della Disfunzione Eretille nella popolazione affetta da tale condizione del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per tipo di molecola. Anni 2009 - 2018.

## Il parere del Medico di Medicina Generale

La DE rappresenta il perfetto esempio di interazione tra componente affettiva, psicologica ed organica. **Proprio queste caratteristiche la rendono una patologia di perfetta pertinenza dell'assistenza primaria, perlomeno per la diagnosi e terapia di I livello.** Negli ultimi decenni la DE ha assunto il peso di 'patologia' grazie ad una conoscenza più chiara dei meccanismi fisiopatologici e allo sviluppo di nuovi metodi diagnostici e terapeutici. **Come emerge dai dati sopra riportati, la DE è sempre più frequente nella popolazione maschile e sempre più spesso il MMG si trova ad affrontare l'argomento durante la visita ambulatoriale con i propri assistiti.** Diverse evidenze scientifiche hanno stabilito un legame tra DE e malattie cardiovascolari, non solo perché condividono numerosi fattori di rischio o per i meccanismi fisiopatologici in comune, ma per un paradigma emergente che indica la presenza di DE come importante sintomo sentinella del rischio di malattie cardiovascolari misconosciute, soprattutto nella popolazione più giovani (40-50 anni). La DE può quindi essere considerata come un ottimo esempio di sintomo

**da indagare e ricercare nell'anamnesi dei propri assistiti,** mostrando al MMG l'opportunità di intervenire sullo stile di vita, migliorarne la qualità (trattando la patologia) e fare prevenzione per patologie molto diffuse che occupano i primi posti delle classifiche in termini di mortalità.

### Per approfondire...

- McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, et al. **Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine** 2015. J Sex Med 2016, 13: 135-43.
- Corona G, Lee DM, Forti G, et al; EMAS Study Group. **Age-related changes in general and sexual health in middle-aged and older men: results from the European Male Ageing Study (EMAS).** J Sex Med 2010, 7: 1362-80.
- Parazzini F, Menchini Fabris F, Bortolotti A, et al. **Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy.** Eur Urol 2000, 37: 43-9.
- Corona G, Monami M, Boddi V, al. **Male sexuality and cardiovascular risk. A cohort study in patients with erectile dysfunction.** J Sex Med 2010, 7: 1918-27.
- Vlachopoulos CV, Terentes-Printzios DG, Ioakeimidis NK, et al. **Prediction of cardiovascular events and all-cause mortality with erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis of cohort studies.** Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2013, 6: 99-109.
- Irwin GM. **Erectile Dysfunction.** Prim Care. 2019 Jun;46(2):249-255. doi: 10.1016/j.pop.2019.02.006. Epub 2019 Apr 1.

# Epidemiologia dell’Incontinenza Urinaria nella Medicina Generale Italiana

A cura di **Valentina Vassia**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Medico di Medicina Generale Asl TO4 - Ciriè, Chivasso, Ivrea

## Panorama

**L’incontinenza urinaria viene definita come la perdita involontaria e incontrollata d’urina.** Tale definizione sostituisce la precedente, la quale considerava qualsiasi perdita di urina tale da rappresentare un problema igienico o sociale, e tentando, quindi, di uniformare l’importanza del fenomeno vissuto nelle diverse realtà sociali. **In generale, l’incontinenza urinaria ha un impatto fortemente negativo sulla qualità della vita dei soggetti che ne sono colpiti, con una forte limitazione delle normali attività quotidiane.**

La “continenza” delle urine è garantita fintanto che la pressione all’interno della vescica è inferiore a quella di chiusura uretrale. Ovviamente nella regolazione del funzionamento della vescica e degli sfinteri, il sistema nervoso svolge un ruolo primario. Difatti, i complessi riflessi nervosi periferici e centrali consentono al sistema vescico-sfinterico di operare in totale autonomia, con la possibilità però di essere controllato dalla nostra volontà. **La complessa organizzazione neurologica che regola il ciclo minzionale fa sì che alcune malattie del sistema nervoso centrale/periferico centrale e/o periferico possano comportare disfunzioni del controllo del complesso vescico sfinterico, determinando varie forme di incontinenza urinaria. Tuttavia, gran parte delle forme di incontinenza non hanno origine da un danno neurologico, ma sono determinate ad altre cause.**

Possono sussistere fenomeni di incontinenza urinaria derivanti da disturbi transitori o alterazioni della minzione non legate all’apparato urinario. Alcuni esempi sono le irritazioni vescicali a causa di infezioni, neoplasie, la presenza

di calcoli, ipertrofiaprostatica e molte altre. Diversamente, altri fenomeni di incontinenza possono trovare origine da problematiche a livello dell’apparato urinario. **Quest’ultime tipologie possono essere raggruppate, dal punto di vista clinico, in tre macro-categorie di incontinenza: i) incontinenza urinaria da sforzo; ii) incontinenza urinaria da urgenza; iii) incontinenza urinaria di tipo misto.**

**Nell’incontinenza urinaria da sforzo si ha la perdita involontaria di urina in coincidenza con l’aumento della pressione addominale, sia essa di notevole entità, come in caso di sollevamento di pesi, che di durata breve ed intensità moderata, come in caso di starnuti o colpi di tosse. Tale forma è comunque secondaria ad una disfunzione sfinteriale ed è legata ad un’alterazione dei meccanismi di chiusura uretrale.** Spesso viene meno l’integrità del pavimento pelvico anteriore in seguito al parto, in caso di tosse cronica, a interventi chirurgici, a prolapsi degli organi pelvici o ad alterazioni dei tessuti conseguenti all’età e a carenza ormonale post-menopausale.

Diversamente, **per incontinenza urinaria da urgenza si intende la perdita involontaria di urina secondaria a contrazioni detrusoriali non inibite. Questa forma di incontinenza è molto comune nei soggetti più anziani ed avviene, solitamente, poco dopo aver avvertito un bisogno urgente ed incontrollabile di urinare.** Le cause di tale fenomeno possono essere di origine transitoria, come un’infezione, o alterazioni del sistema nervoso centrale o periferico. **Per incontinenza di tipo misto si definisce la coesistenza di incontinenza**

**urinaria da sforzo e da urgenza in percentuale variabile a seconda delle alterazioni patologiche presenti nel paziente.**

**È importante sottolineare che l’incontinenza urinaria è una condizione fortemente di genere.** Difatti, le donne rappresentano la popolazione maggiormente affetta da tale condizione in quanto l’anatomia stessa degli organi pelvici femminili può facilitare l’insorgenza di problemi ai meccanismi di tenuta, così come il parto o la menopausa possono impattare fortemente sulle strutture anatomiche coinvolte. **Inoltre, l’incontinenza urinaria non è un fenomeno solo della terza età ma colpisce con una quota rilevante anche prima dei 30 anni.** La più frequente forma di incontinenza è quella da sforzo (circa il 50% dei casi), seguita da un 35% affetto dalla forma mista ed il restante da incontinenza da urgenza.

**Dal punto di vista epidemiologico, la prevalenza dell’incontinenza urinaria varia approssimativamente dal 5% al 70%, anche se comunemente, in base a quanto evinto nella maggior parte degli studi condotti sul tema, è compresa tra il 25 e il 45%.** La prevalenza aumenta con l’aumentare dell’età e, come già sottolineato, è nettamente maggiore nel sesso femminile, soprattutto nell’età perimenopausale. **Difatti più del 40% delle donne di età ≥70 anni è colpita da tale condizione. Le donne più anziane sono maggiormente affette da incontinenza da urgenza o di tipo misto, mentre nelle donne più giovani è più facilmente riscontrabile una incontinenza da stress.** La Medicina Generale ha un ruolo chiave nella gestione di tale condizione.

Tuttavia, risulta essere di estrema complessità per il Medico di Medicina Generale (MMG) identificare e quantificare i pazienti affetti da incontinenza urinaria, e conseguentemente approfondire le cause di tale condizione ed eventualmente stabilire degli approcci terapeutici. Difatti, l'incontinenza urinaria viene vissuta da chi ne soffre come un fenomeno estremamente degradante ed umiliante, tanto da tenerlo nascosto al medico stesso. Questo comporta una difficile quantificazione dell'impatto epidemiologico dell'incontinenza urinaria a livello della popolazione generale, che si riflette in una possibile sottovalutazione del fenomeno e, conseguentemente, in una ridotta identificazione e gestione della quota di sommerso.

**Comprendere il reale impatto di tale condizione nel setting della Medicina Generale, considerando il ruolo centrale attribuito alla Medicina Generale, è sicuramente un elemento di estrema rilevanza nell'ottica di ridurre la quota di sommerso e, quindi, migliorare la gestione del paziente con incontinenza urinaria.** Oviamente tutto ciò richiede innanzitutto una fonte

dati adeguata alla realizzazione di tale proposito. Le banche dati della Medicina Generale, come il database Health Search (HS) rappresentano difatti una preziosa fonte di informazione nello studio di tale problematica, difficilmente eguagliabile utilizzando altre fonti dati.

**Sulla base di tali premesse, il seguente studio si è posto l'obiettivo di analizzare il fenomeno dell'incontinenza urinaria nel setting della Medicina Generale, mediante l'impiego dei dati di HS, attraverso l'inquadramento dell'impatto epidemiologico della malattia.**

### Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva nel periodo di studio (dal 1° gennaio 2018 al 31 dicembre 2018), in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

### Prevalenza (%) dell'Incontinenza Urinaria, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una diagnosi di Incontinenza Urinaria (ICD9 CM: 788.30; 625.6; 788.39) al 31 dicembre 2018;

- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre 2018.

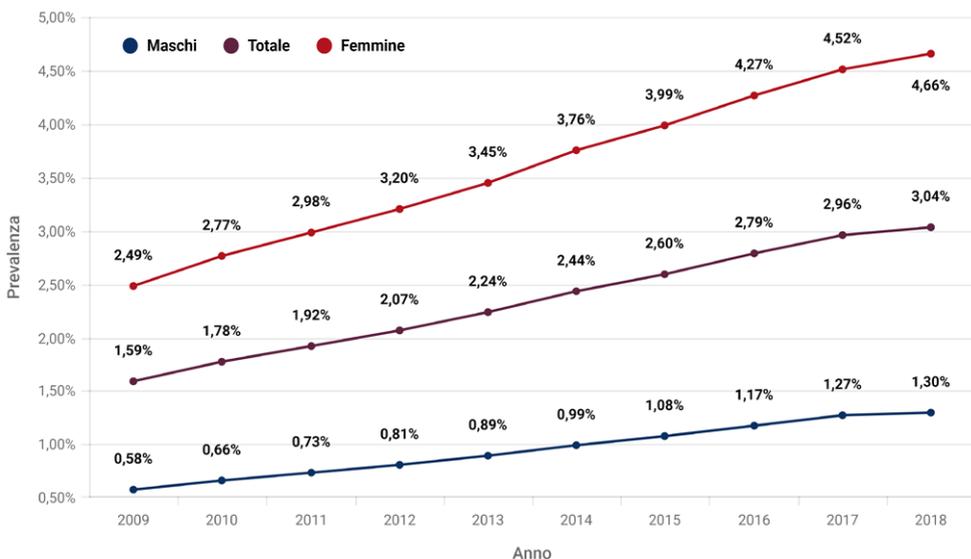
**Incidenza (x 1000 pazienti) dell'Incontinenza Urinaria**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una "nuova" diagnosi di Incontinenza Urinaria (ICD9 CM: 788.30; 625.6; 788.39) nel 2018;
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, privi della malattia al 1° gennaio del 2018.

Tutte le analisi sono state stratificate per sesso, fascia d'età e Regione di residenza.

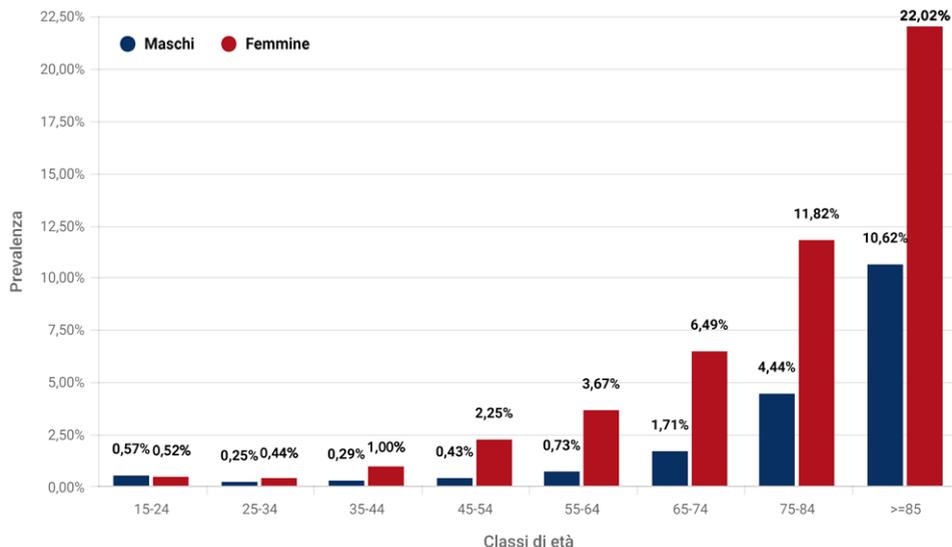
### Risultati dell'analisi

**A partire dalla popolazione di assistiti degli 800 MMG ricercatori HS sono stati identificati 30.829 pazienti con una diagnosi di incontinenza urinaria, per una prevalenza pari allo 3,04%. La malattia ha mostrato un trend in crescita negli ultimi 10 anni, passando dall'1,59% nel 2009 al 3,04% nel 2018 (Figura 1).**



**Figura 1.** Prevalenza (%) dell'Incontinenza Urinaria nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2009 - 2018.

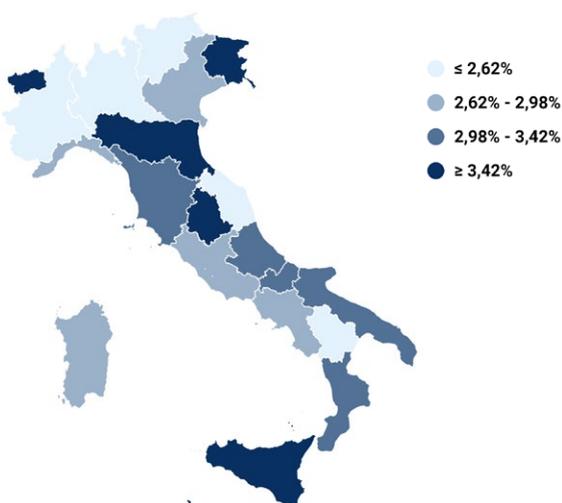
**Figura 2.** Prevalenza (%) dell'Incontinenza Urinaria nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.



La prevalenza, come aspettato, risultava superiore nelle donne rispetto agli uomini con un rapporto di circa 4:1 (F: 4,66% vs. M: 1,30%). Considerando le diverse fasce d'età per entrambi i sessi,

seppur più marcatamente per le femmine, si osservava un progressivo incremento nella prevalenza all'aumentare dell'età, con il picco nei pazienti ultra ottantacinquenni (F: 22,02% vs. M:

10,62%) (Figura 2). La prevalenza di incontinenza urinaria è stata valutata anche a livello regionale, evidenziando un certo grado di eterogeneità geografica (Figura 3).



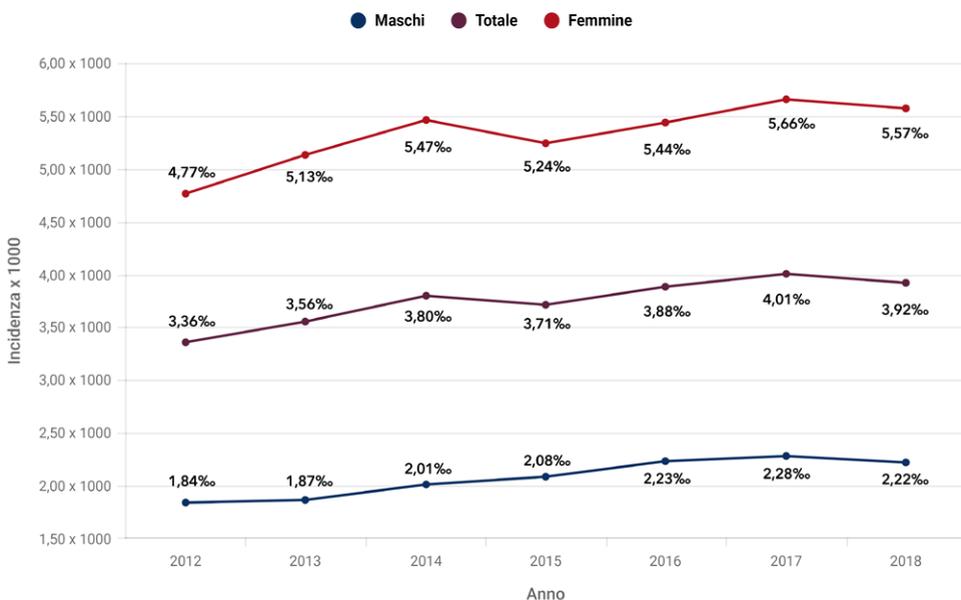
**Figura 3.** Prevalenza (%) dell'Incontinenza Urinaria nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

Difatti, le regioni associate a stime di prevalenza più elevate risultavano il Friuli-Venezia Giulia (3,96%), seguita da Umbria (3,78%), Sicilia (3,77%), Valle d'Aosta (3,53%) e Toscana (3,50%).

Per quanto riguarda l'incidenza di incontinenza urinaria nel 2018, emergevano 3.857 nuovi casi di malattia per una incidenza pari al 3,92‰. L'incidenza si è mantenuta

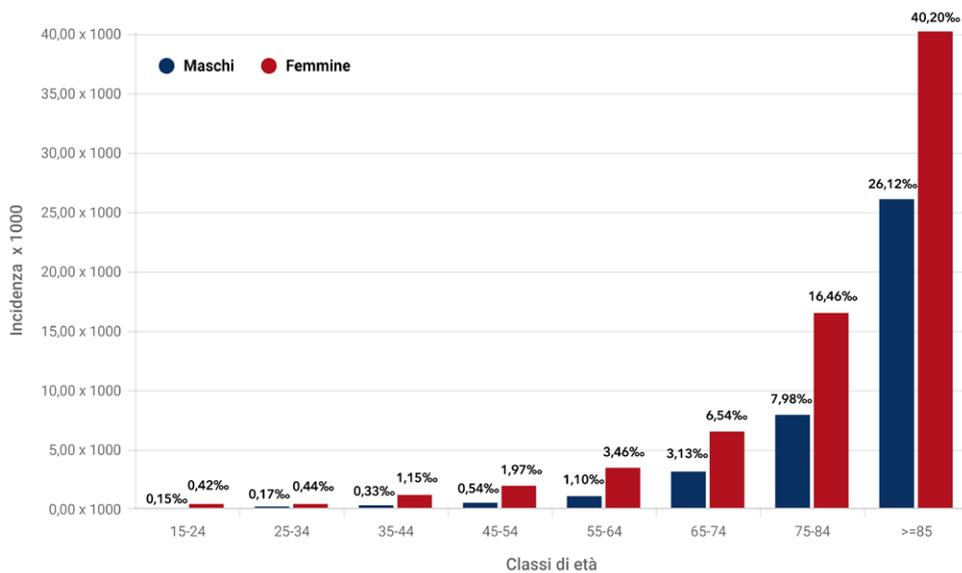
sostanzialmente stabile nel corso degli anni, mostrando comunque un trend lievemente in crescita (Figura 4).

**Figura 4.** Incidenza (‰) dell'Incontinenza Urinaria nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2009 - 2018.

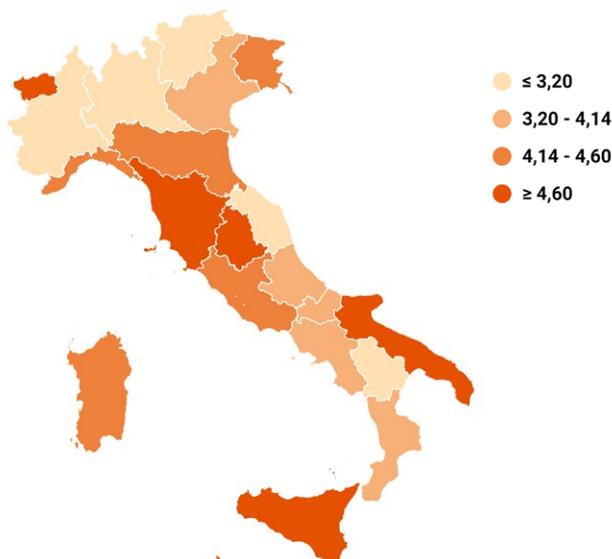


**Nota:** Il trend annuale dell'incidenza potrebbe risentire di variazioni dovute a: i) differenze nella modalità di registrazione della data di insorgenza della patologia, ossia data del primo contatto con il medico oppure data effettiva della diagnosi; ii) differenze nella sensibilizzazione verso la registrazione di alcune patologie; iii) differenze nell'accuratezza di registrazione dei codici ICD9.

**Figura 5.** Incidenza (%) dell'Incontinenza Urinaria nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.



**Figura 6.** Incidenza (%) dell'Incontinenza Urinaria nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.



Come nel caso della prevalenza, **l'incidenza risultava più elevata nelle femmine rispetto ai maschi (F: 5,57‰ vs. M: 2,22‰)**. Stratificando l'analisi anche per fasce d'età, per entrambi i sessi **l'incidenza aumentava al crescere dell'età e raggiungeva il picco nei pazienti ultra ottantacinquenni (F: 40,20‰ vs. F: 26,12‰) (Figura 5)**. Analizzando l'incidenza di incontinenza urinaria su base regionale, questa risultava sovrapponibile a quanto emerso dalla precedente analisi (Figura 6). In particolare, la regione che mostrava la stima più elevata era la Valle d'Aosta (6,13‰), seguita dalla Sicilia (5,25‰), Umbria (4,89‰) e Toscana (4,72‰).

### **Il parere del Medico di Medicina Generale**

L'incontinenza urinaria è un disturbo comune nelle donne di tutto il mondo. Ancora oggi risulta un problema "sommerso", sottostimato e sottotrattato che ha ripercussioni sulla qualità di vita e comporta, inoltre, un notevole onere economico. Focalizzandosi sul genere femminile, maggiormente afflitto da tale condizione, a fronte di un'elevata stima numerica di donne incontinenti, **le richieste delle assistite al proprio MMG non sono numerose, anche se comunque**

**vengono registrate in aumento**. Le più frequenti sono quelle tese ad ottenere la fornitura degli ausili di assorbenza per pazienti non autosufficienti.

**Il MMG può giocare un ruolo fondamentale in questo scenario. Attraverso semplici strategie (disponibilità all'ascolto, medicina di opportunità, utilizzo di semplici domande chiave, comunicazione attraverso la sala d'attesa) può riconoscere precocemente chi è portatore di incontinenza urinaria, classificandolo per sottotipo ed individuando le cosiddette Red Flags** (incontinenza urinaria complicata, cioè associata a dolore, ematuria, storia di infezioni ricorrenti delle vie urinarie, pregressa chirurgia o radioterapia pelvica, perdite continue suggestive di fistole, disturbi dello svuotamento o sospette malattie neurologiche) che giustificano l'invio allo specialista uro-ginecologo. Oltre ad un'anamnesi accurata, un esame obiettivo completo e l'esame delle urine, **il MMG può avvalersi di questionari (ICIQ-UI SF e Revised Urinary Incontinence Scale), di un diario minzionale di tre giorni, dello stress test della tosse ed eventualmente della misurazione del residuo vescicale post minzionale (mediante ecografia).**

**Lo step successivo consiste nel discutere l'impatto dei sintomi sulla qualità della vita e il desiderio di**

**trattamento**. Per un corretto invio alle cure secondarie, è fondamentale che **il MMG conosca le strutture territoriali e sappia attivare la consulenza specialistica per una gestione condivisa del problema e per valutare, assieme alla paziente (o al paziente) e alle figure specialistiche di riferimento, le possibili opzioni terapeutiche (terapia fisica e comportamentale, terapia farmacologica e terapia chirurgica) per attenuare o risolvere uno stato che invalida la qualità di vita.**

### **Per approfondire...**

- Rubini S. **Incontinenza urinaria: un problema troppo spesso nascosto**. SIMG 2002;2-3
- Haylen BT, et al. **An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction**. NeuroUrol Urodyn. 2009;29:4–20.
- NICE guideline [NG123]. **Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management**. Published date: 02 April 2019; Last updated: 24 June 2019
- Saarni SI, et al. **The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: a general population survey in Finland using 15D and EQ-5D**. Qual Life Res. 2006;15:1403–1414.
- Aoki Y et al., **Urinary incontinence in women**. Nat Rev Dis Primers. 2017 Jul 6;3:17042.
- Milsom I, Gyhagen M. **The prevalence of urinary incontinence**. Climacteric. 2019 Jun;22(3):217-222

# Sindrome delle Apnee Notturme (OSAS) in Medicina Generale: epidemiologia e gestione del Medico di Medicina Generale

A cura di **Francesco Paolo Lombardo**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Macroarea Cronicità SIMG, Coordinatore settore pneumologia

## Panorama

La Sindrome delle Apnee Notturme (Obstructive Sleep Apnea Syndrome - OSAS) è una grave problematica clinica, nonché sociale ed economica, che viene annoverata, secondo i criteri della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), tra le patologie croniche respiratorie. Tale condizione si caratterizza da pause più o meno frequenti della respirazione durante il sonno, dovute ad una ostruzione completa (apnea) o parziale (ipopnea) della faringe in seguito ad alterazioni anatomiche e/o funzionali delle vie aeree superiori. **Difatti, una qualsiasi alterazione anatomica delle prime vie aeree combinata ad alterazioni neurofunzionali del controllo dei muscoli del distretto rino-orofaringeo ne è per definizione la causa.**

**Comunemente si può parlare di OSAS quando il numero di apnee o eventi ostruttivi incompleti (ipopnee) si attestano o superano i 5 episodi per ora di sonno, con evidenza di sforzo respiratorio, associati ad altri sintomi come la sonnolenza diurna, oppure quando il numero di eventi risulta superiore o pari a 15 associati anche in questo caso a sforzi respiratori.** Si considera di gravità lieve un OSAS con indice Apnea/ipopnea (AHI) fra 5 e 14, di grado moderato quando l'AHI è compreso fra 15 e 29 e grave quando l'indice Apnea/ipopnea è maggiore di 30. L'occorrenza ripetuta di apnee ed ipopnee comporta uno sforzo respiratorio nel soggetto con riduzione dei valori di saturazione ossiemoglobinica, fluttuazioni della frequenza cardiaca, aumento della

pressione arteriosa sistemica e polmonare e frammentazione del sonno. **Tra i fattori maggiormente implicati nell'insorgenza di OSAS ci sono, oltre alle alterazioni anatomico-funzionali delle prime vie aeree, l'obesità, l'abitudine al fumo, il consumo di alcol, l'età, il sesso e la menopausa.**

**Dal punto di vista epidemiologico, l'OSAS è una patologia estremamente frequente a livello mondiale.** Negli Stati Uniti la prevalenza nella popolazione generale è stimata al 4% degli uomini ed al 2% fra le donne, secondo altri studi che considerano un AHI > 5 la prevalenza negli Stati Uniti sale al 24% nei maschi e 9% nelle femmine nella fascia d'età fra i 30 e i 60 anni. Un recente studio (Hypnolaus study) eseguito su un campione della popolazione adulta di Losanna in Svizzera effettuando un esame poligrafico ha mostrato una prevalenza di OSAS del 49,7% nella fascia d'età fra 40 e 85 anni. In Italia si stimano circa 6.000.000 di persone affette da OSAS di cui almeno 2.000.000 con patologia conclamata.

**Nonostante essa sia una patologia frequente, si pensa che circa più del 70% dei possibili casi di OSAS non siano stati individuati.** Questo rappresenta un elemento di notevole criticità considerando la stretta relazione tra OSAS e insorgenza di patologie respiratorie, cardiovascolari e neurocognitive. Inoltre, una delle problematiche più rilevanti associate a tale condizione è la sonnolenza secondaria, tema rilevante soprattutto nell'ambito della sicurezza stradale. **È compito del MMG o del Medico del lavoro/Medico competente identificare soprattutto**

**i pazienti ad alto rischio, ovvero con grave sonnolenza diurna, e con storia di frequenti incidenti stradali.**

Negli ultimi anni si è assistito ad un coinvolgimento sempre più crescente della Medicina Territoriale ed in particolare del MMG nella identificazione di interventi mirati a migliorare la governance clinica delle patologie respiratorie, compresa l'OSAS. **Difatti, il MMG rappresenta la figura chiave nella gestione delle patologie respiratorie croniche, in quanto la maggioranza delle consultazioni relative a tali problematiche coinvolge proprio il MMG. Le potenziali conseguenze patologiche dell'OSAS sottolineano proprio la necessità di una diagnosi e di un precoce trattamento.** Risulta di estrema importanza indirizzare l'assistenza di tale condizione verso un approccio multidisciplinare, costituito da una rete polispecialistica includente almeno neurologo, otorinolaringoiatra, pneumologo con competenze specifiche inerenti l'OSAS.

**Comprendere il reale impatto di tale condizione nel setting della Medicina Generale, così come inquadrare la gestione di tali pazienti, è sicuramente un elemento di estrema rilevanza considerando il ruolo centrale attribuito alla Medicina Generale nei riguardi di tale patologia.** Ovviamente tutto ciò richiede innanzitutto una fonte dati adeguata alla realizzazione di tale proposito. Le banche dati della Medicina Generale, come il database Health Search (HS) rappresentano difatti una preziosa fonte di informazione nello studio di tale problematica, difficilmente eguagliabile utilizzando altre fonti dati.

Sulla base di tali premesse, il seguente studio si è posto l'obiettivo di analizzare l'OSAS nel setting della Medicina Generale, mediante l'impiego dei dati di HS, al fine di fornire il quadro epidemiologico completo e aggiornato della malattia, nonché della sua gestione da parte del MMG.

### Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva al 31 Dicembre 2018, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

### Prevalenza (%) di Sindrome delle Apnee Notturne

- **numeratore:** numero di pazienti con una diagnosi di Sindrome delle Apnee Notturne (ICD9 CM: 780.57; 780.53) al 31 dicembre 2018;
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre 2018.

### Incidenza (x 1000 pazienti) di Sindrome delle Apnee Notturne

- **numeratore:** numero di pazienti con

una "nuova" diagnosi di Sindrome delle Apnee Notturne (ICD9 CM: 780.57; 780.53) al 31 dicembre 2018;

- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, privi della malattia al 1° gennaio del 2018.
- Distribuzione (%) dei pazienti con Sindrome delle Apnee Notturne sulla base del valore di BMI**, calcolata nel modo seguente:
- **numeratore:** numero di pazienti con BMI registrato (suddivisi in Obeso, Sovrappeso, Normopeso, Sottopeso, e Missing) nell'anno 2018;
  - **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di Sindrome delle Apnee Notturne (ICD9 CM: 780.57; 780.53) nel 2018.

### Distribuzione (%) dei pazienti con Sindrome delle Apnee Notturne in base all'abitudine al fumo

- calcolata nel modo seguente:
- **numeratore:** numero di pazienti con registrazione dell'abitudine al fumo (suddivisi in Fumatore, Ex fumatore, Non fumatore e Missing) al 2018;
  - **denominatore:** numero di pazienti

con una diagnosi di Sindrome delle Apnee Notturne (ICD9 CM: 780.57; 780.53) al 2018.

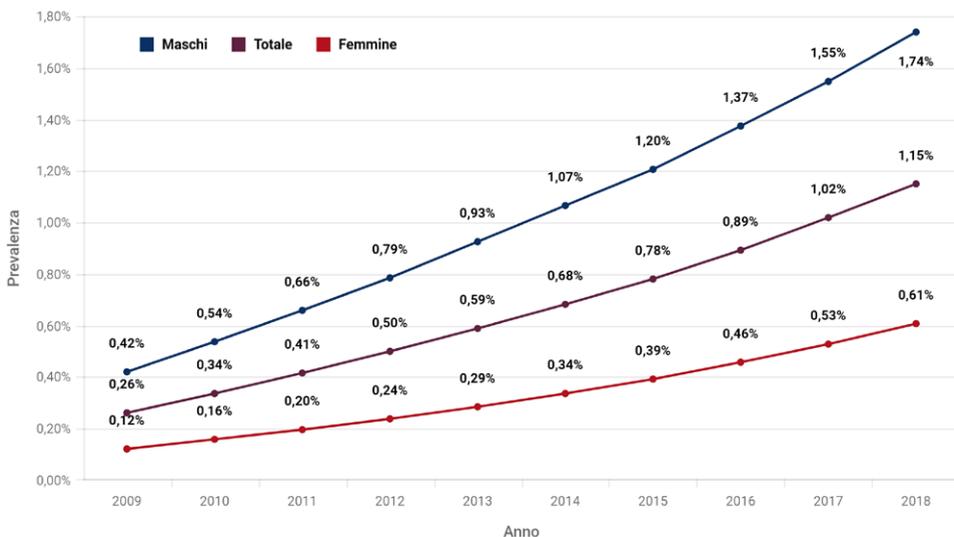
### Prevalenza d'uso (%) di visite specialistiche e accertamenti tra i pazienti con Sindrome delle Apnee Notturne

- calcolata nel modo seguente:
- **numeratore:** numero di soggetti con una richiesta di visita specialistica/ accertamento (suddivise per le diverse discipline) nel 2018;
  - **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di Sindrome delle Apnee Notturne (ICD9 CM: 780.57; 780.53) nel 2018

Tutte le analisi sono state stratificate per sesso, fascia d'età e Regione di residenza.

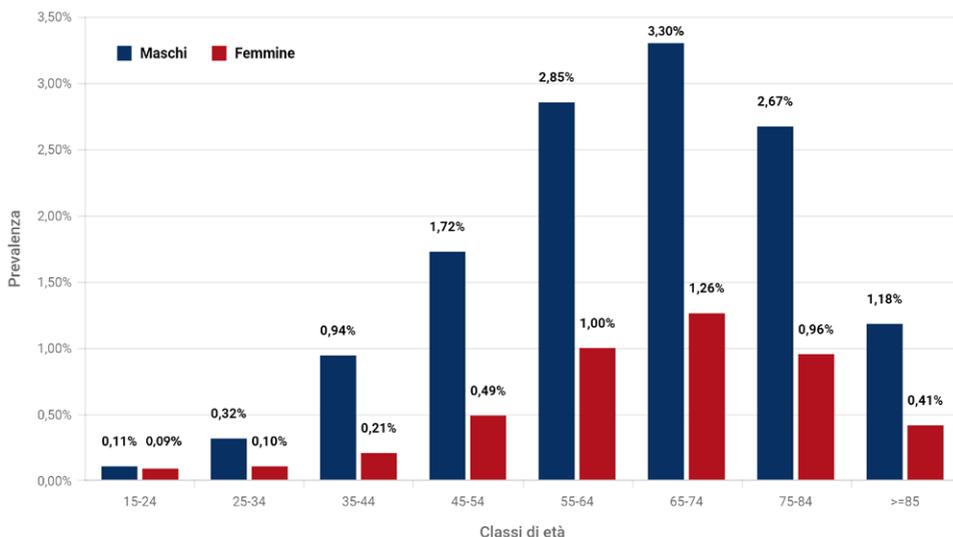
### Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di assistiti degli 800 MMG ricercatori HS attivi al 31 Dicembre 2018 sono stati identificati 11.672 pazienti affetti da OSAS, per una prevalenza pari all'1,15%. La malattia ha mostrato un trend in crescita negli ultimi 10 anni, passando dallo 0,26% nel 2009 al 1,15% nel 2018 (Figura 1).



**Figura 1.** Prevalenza (%) della Sindrome delle Apnee Notturne nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2009 - 2018.

**Figura 2.** Prevalenza (%) della Sindrome delle Apnee Notturme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.



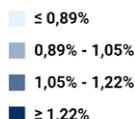
La prevalenza risultava superiore negli uomini rispetto alle donne (M: 1,74% vs. F: 0,61%). Considerando le diverse fasce d'età, per entrambi i sessi, si osservava un progressivo incremento nella prevalenza all'aumentare dell'età, con il picco, sia per i maschi che per le femmine, nei pazienti di età compresa tra i 65 ed i 74 anni (M: 3,30% vs. F: 1,26%), per poi tornare a decrescere nei più anziani (Figura 2).

L'analisi della prevalenza a livello regionale evidenziava una maggiore localizzazione della patologia principalmente nelle regioni del Centro, ed in Sicilia (Figura 3). La regione che

ha mostrato la stima più elevata è risultata essere l'Umbria (1,76%), seguita dal Lazio (1,61%), Abruzzo (1,48%), Emilia Romagna (1,43%) ed infine la Sicilia (1,23%).

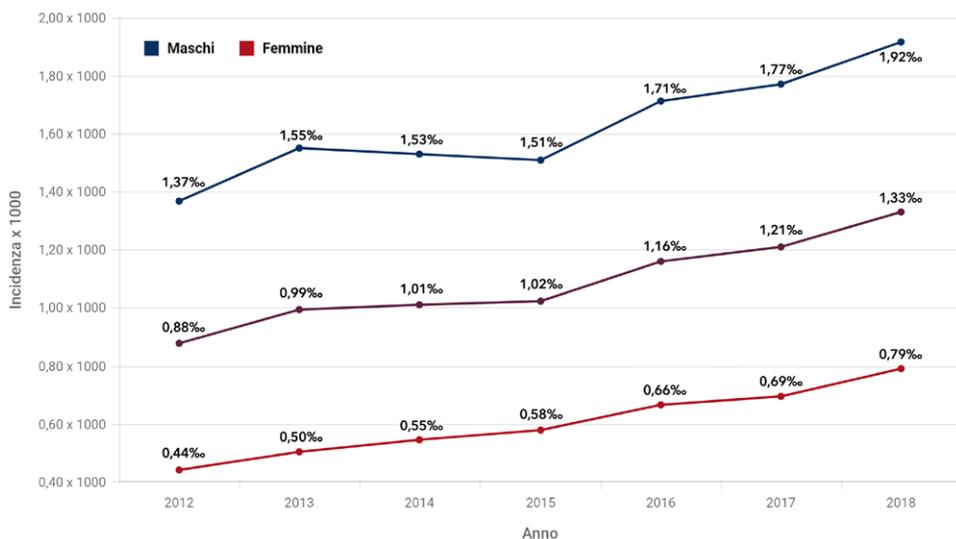
Per quanto riguarda l'incidenza di OSAS nel 2018, emergevano 1.334 nuovi casi di malattia per una incidenza pari al 1,33‰. L'incidenza si è mantenuta sostanzialmente stabile nel corso degli anni, con un trend in lieve

crescita (Figura 4). Come nel caso della prevalenza, l'incidenza è risultata più elevata nei maschi rispetto alle femmine (M: 1,92‰ vs. F: 0,79‰). Stratificando l'analisi anche per fasce d'età, per entrambi i sessi l'incidenza aumentava al crescere dell'età e raggiungeva il picco nei pazienti di età compresa tra i 65 ed i 74 anni (M: 3,36‰ vs. F: 1,60‰) (Figura 5). Analizzando l'incidenza di OSAS su

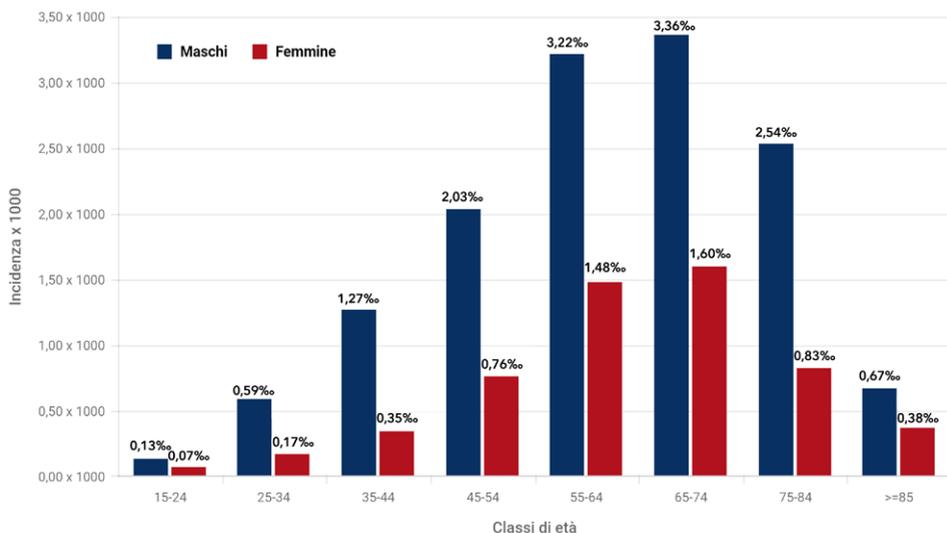


**Figura 3.** Prevalenza (%) della Sindrome delle Apnee Notturme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

**Figura 4.** Incidenza (x 1000) della Sindrome delle Apnee Notturme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2009 - 2018.



*Nota:* Il trend annuale dell'incidenza potrebbe risentire di variazioni dovute a: i) differenze nella modalità di registrazione della data di insorgenza della patologia, ossia data del primo contatto con il medico oppure data effettiva della diagnosi; ii) differenze nella sensibilizzazione verso la registrazione di alcune patologie; iii) differenze nell'accuratezza di registrazione dei codici ICD9.



**Figura 5.** Incidenza (x 1000) della Sindrome delle Apnee Notturme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.

**Figura 6.** Incidenza (x 1000) della Sindrome delle Apnee Notturme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.



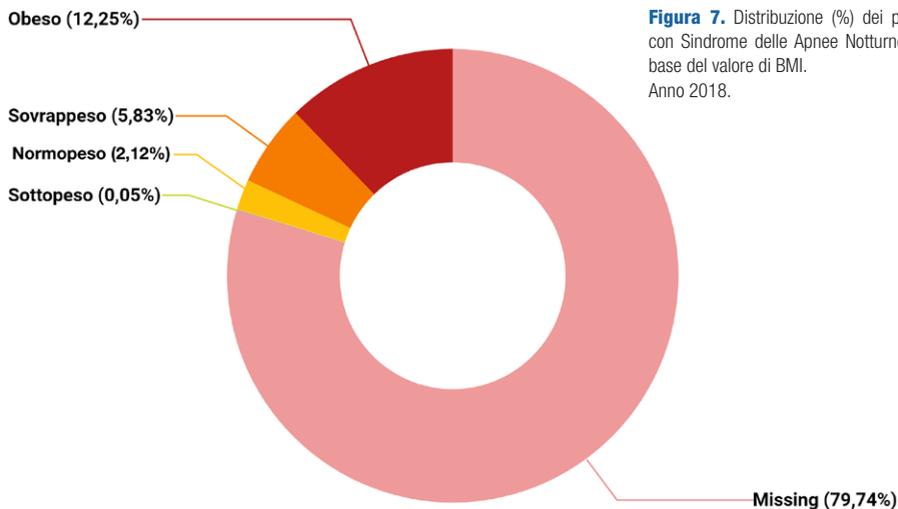
base regionale, come emerso dalla precedente analisi, questa risultava maggiore nelle ragioni del Centro-Sud e Sud Italia (Figura 6). In particolare, la regione che ha mostrato la stima più elevata è risultata essere la Calabria

(2,13‰), seguita dal Lazio (1,58‰), Marche (1,55‰) e Umbria (1,51‰).

Analizzando la distribuzione dei pazienti con OSAS in base all'indice di BMI, emergeva come il 12,25% dei pazienti fosse obeso, il 5,83% sovrappeso, il

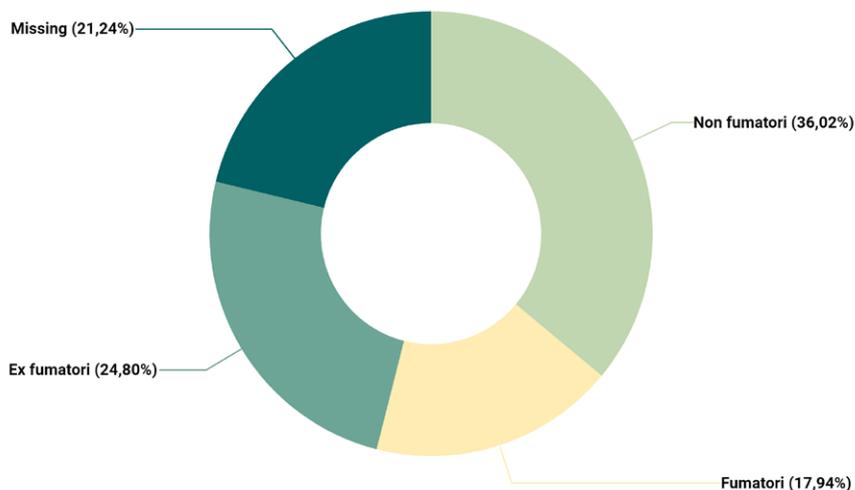
2,12% normopeso mentre lo 0,05% risultava sottopeso. È importante però sottolineare come il 79,74% dei pazienti con OSAS non possedesse un dato di BMI registrato in cartella (Figura 7).

Per quanto concerne l'abitudine al fumo,



**Figura 7.** Distribuzione (%) dei pazienti con Sindrome delle Apnee Notturme sulla base del valore di BMI. Anno 2018.

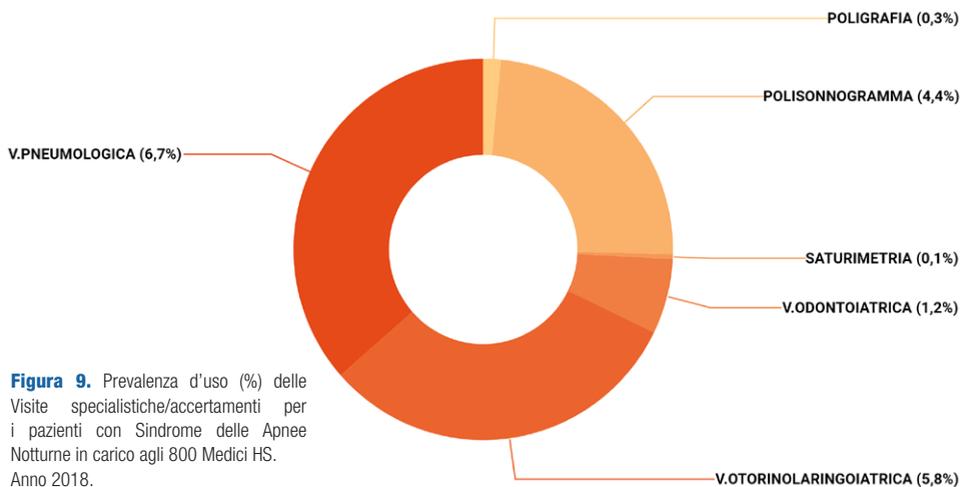
**Figura 8.** Distribuzione (%) dei pazienti con Sindrome delle Apnee Notturne sulla base dell'abitudine al fumo. Anno 2018.



la percentuale di dato mancante era inferiore rispetto al BMI, attestandosi al 21,24%. Valutando l'abitudine al fumo nei pazienti con OSAS, il 36,02% risultava non fumatore, il 24,80% ex fumatore ed infine il 17,94% veniva indicato come fumatore (Figura 8).

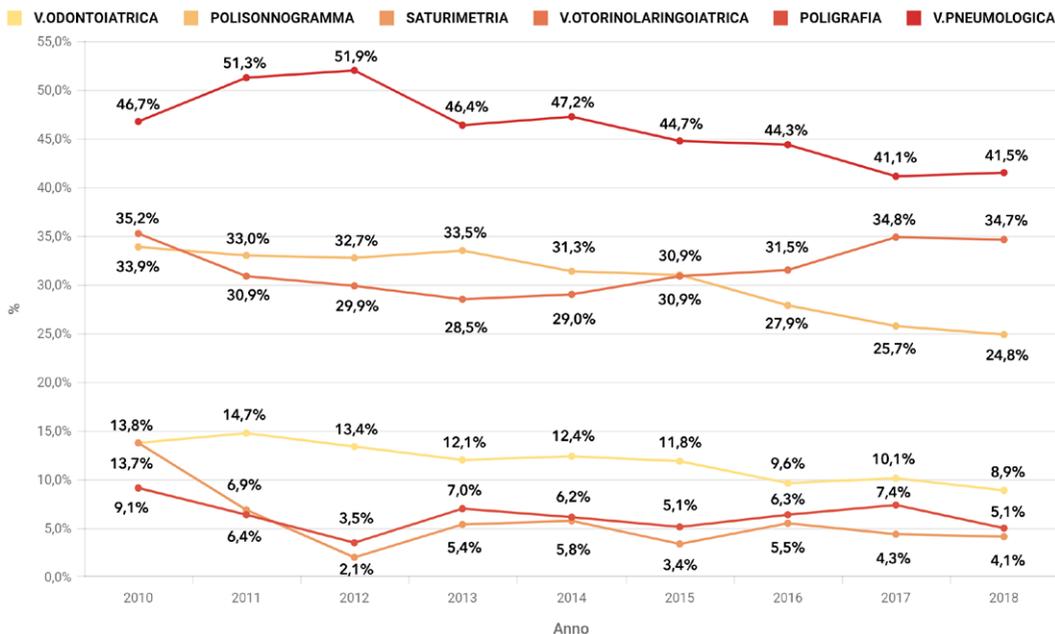
Per quanto riguarda la gestione della malattia da parte del MMG, la visita specialistica maggiormente richiesta risultava essere la visita pneumologica nel 36,5% dei pazienti con OSAS, seguita da quella otorinolaringoiatrica (31,4%) ed infine dalla visita odontoiatrica

(6,4%). L'accertamento maggiormente richiesto dal MMG nei pazienti con OSAS era il polisonnogramma, prescritto nel 23,9% dei pazienti, seguito dalla poligrafia (1,5%) e dal controllo della saturimetria (0,4%) (Figura 9). Analizzando le distribuzioni di visite



**Figura 9.** Prevalenza d'uso (%) delle Visite specialistiche/accertamenti per i pazienti con Sindrome delle Apnee Notturne in carico agli 800 Medici HS. Anno 2018.

**Figura 10.** Analisi del trend di prevalenza d'uso (%) delle visite specialistiche/accertamenti per i pazienti con Sindrome delle Apnee Notturne in carico agli 800 Medici HS. Anni 2009 - 2018.



specialistiche/accertamenti prescritte nei pazienti con OSAS stratificando l'analisi per anno (2009-2018), si osservava un trend costante caratterizzato solo da lievi oscillazioni (Figura 10).

Infine, la modalità di gestione del paziente con OSAS in termini di prescrizione di visite specialistiche/accertamenti è stata valutata a livello regionale (Figura 11). Emergeva un certo grado di eterogeneità tra le varie Regioni soprattutto per quando riguarda le richieste di polisonnogramma, così come relativamente alle prescrizioni di visite specialistiche, in particolare quella otorinolaringoiatrica.

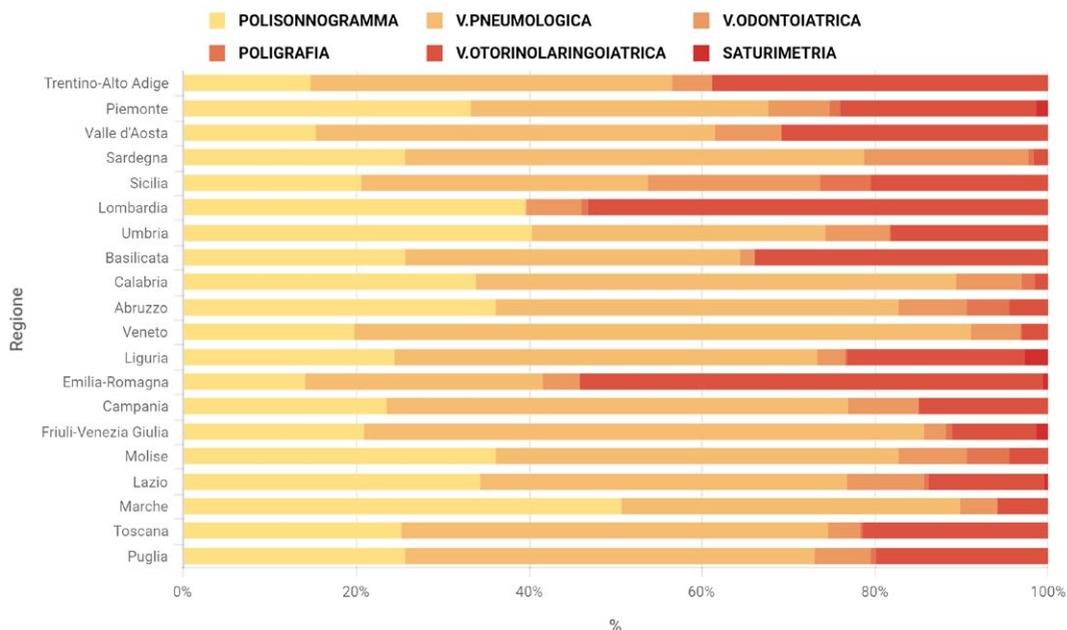
### Il parere del Medico di Medicina Generale

La sindrome delle Apnee notturne (OSAS) è una patologia caratterizzata da interruzioni temporanee della respirazione durante il sonno, dovute all'ostruzione parziale o totale delle prime vie aeree (massimamente alla faringe) con conseguente riduzione della concentrazione di ossigeno nel sangue. È presente in età adulta, ma frequentemente anche nell'età pediatrica. La gravità dell'OSAS è convenzionalmente indicata dall'indice apnea/ipopnea per ora di sonno. Si definisce apnea nel sonno

l'interruzione del flusso oro-nasale per almeno 10 secondi associata ad una desaturazione di O<sub>2</sub> superiore al 4% del basale (3% secondo altri autori). L'ipopnea nel sonno è invece definita come una riduzione del flusso oro-nasale superiore al 50% associata a riduzione della saturazione di O<sub>2</sub> del 4% del basale (3% secondo altri autori).

Globalmente, l'OSAS è una patologia ampiamente sottodiagnosticata, ma soprattutto fortemente sottovalutata vista la sua associazione con un maggior rischio di patologie cardiovascolari, neurologiche, metaboliche ed anche oncologiche.

**Figura 11.** Prevalenza d'uso (%) delle visite specialistiche/accertamenti per i pazienti con Sindrome delle Apnee Notturne in carico agli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.



Inoltre, tale condizione comporta dei costi diretti e indiretti elevatissimi che si attestano in Italia intorno a 2,9 miliardi di Euro.

La prevalenza in HS, nel 2018, risulta pari all'1,15%, indicando una forte sottodiagnosi della patologia, considerando anche il fatto che l'85% dei pazienti affetti OSAS non riceve mai una diagnosi nel corso della sua vita. Difatti, ogni MMG con 1000 assistiti dovrebbe avere da 100 a 240 soggetti affetti da OSAS. **A conferma però del crescente interesse per questa patologia i dati di HS segnalano come negli ultimi anni la prevalenza di OSAS in Medicina**

**Generale si sia quasi decuplicata.**

**Ma perché il MMG può e deve avere un ruolo importante nella gestione di tale patologia?**

Da un lato perché è in grado di valorizzare i sintomi e la presenza di patologie che possono evocare il sospetto di OSAS, dall'altro perché tale condizione ha forti ricadute sociali. Spesso è associata al russamento notturno, una delle cause principali di separazione del letto coniugale, così come all'eccessiva sonnolenza diurna, causa spesso di possibili incidenti stradali (anche se bisogna ricordare che non è l'unica causa e nemmeno la

più importante di incidenti della strada), incidenti sul lavoro e più in generale di minore rendimento in ambito lavorativo. **Inoltre l'OSAS è un fattore di rischio per molte patologie cardiovascolari, neurologiche, metaboliche e secondo studi recenti anche di neoplasie.** Già nel 2011, uno studio pubblicato sulla rivista "Hypertension" ha mostrato come l'OSAS sia la causa più comune di ipertensione resistente a terapia medica nonché, come ormai già noto, sia fortemente associata a fibrillazione atriale e ad aritmie cardiache in generale, cardiopatia ischemica, ictus cerebrale, scompenso cardiaco, ma anche a dislipidemia,

## Colpi di sonno, un problema da più di 12mila incidenti all'anno



diabete, deficit attentivo-mnesico, neoplasie, sindrome ansioso depressiva.

**A tal proposito è importante sottolineare che solo l'esecuzione di un monitoraggio cardiorespiratorio notturno o una polisonnografia, può confermare la diagnosi di OSAS.**

Pertanto, nel caso in cui un MMG abbia il sospetto della presenza di tale patologia deve inviare il paziente al Centro di riferimento per i disturbi del sonno per la conferma diagnostica e l'eventuale terapia, che nella maggioranza dei casi, pur con diverse modalità, è la CPAP (Continuous Positive Airways Pressure).

**Quali elementi e quali strumenti possono essere utili e devono essere valorizzati dal MMG nel sospetto diagnostico OSAS?**

La valutazione di fattori di rischio, di sintomi determinati dalla presenza di OSAS, la presenza di comorbidità, se correttamente interpretati, possono guidare nella identificazione di quali pazienti inviare al Centro di riferimento per la conferma diagnostica.

- **Fattori di rischio per OSAS:**

Età, sesso, razza, obesità, roncopia, patologie di pertinenza

otorinolaringoiatrica, morfologia cranio-facciale (micro-retrognazia), fumo, alcool, utilizzo di farmaci (es. benzodiazepine, ma non solo), circonferenza del collo (>43 cm nei maschi, >41 cm nelle femmine) e aumento del tessuto linfoide del collo in età giovanile.

- **Sintomi diurni:**

Eccessiva sonnolenza diurna, mancato sollievo dal sonno, deficit di concentrazione, turbe mnesiche e di attenzione, cefalea mattutina al risveglio (più frequente nelle donne), riduzione della libido, deficit erettile, disturbi dell'umore (irritabilità, irascibilità), ridotta performance lavorativa.

- **Sintomi notturni:**

Russamento, apnee nel sonno (riferite dal o dalla partner), sonno frammentato con frequenti risvegli e movimenti del corpo, risvegli notturni con sensazione di soffocamento (choking), nicturia, sudorazione notturna, risvegli con sensazione di bocca asciutta, tosse e enuresi.

- **Presenza di comorbidità:**

Iipertensione (maggiormente se resistente a terapia medica), fibrillazione atriale

o altre aritmie, cardiopatia ischemica, ictus, diabete, dislipidemia, asma e BPCO. I dati di HS mostrano come più di un terzo dei pazienti con OSAS abbiano 3 o più comorbidità e che solo poco più del 20% di essi non ha riportata in cartella almeno una comorbidità.

- **Esame obiettivo:**

BMI, presenza di micro o retrognazia, patologie otorinolaringoiatriche, esame della faringe (macroglossia, ipertrofia tonsillare (score di Mallampati), misurazione della pressione arteriosa, esame obiettivo di cuore e polmone e misurazione della circonferenza del collo.

**Molti dei sintomi e segni appena descritti potrebbero tuttavia non essere riferiti dai pazienti stessi, inoltre alcuni di essi potrebbero avere un effetto confondente nei riguardi di altre patologie (es. la nicturia, legata alla secrezione di fattore natriuretico atriale nelle apnee notturne, spesso attribuita nel maschio all'ipertrofia prostatica, ma facilmente distinguibile se indagata correttamente). È opportuno quindi che la visita, in caso di sospetto di OSAS, sia effettuata alla presenza del partner, che può riferire meglio la presenza o**

assenza di sintomi tipici e soprattutto della presenza di apnee nel sonno.

**Quali strumenti sono a disposizione del MMG nel sospetto di OSAS?**

**L'utilizzo di questionari, validati, che indagano sui sintomi e sull'eccessiva sonnolenza diurna.** Anche se la maggior parte di essi non sono spesso compatibili con l'attività della Medicina Generale, alcuni di questi (esempio il questionario **STOP-BANG**), più semplici e con poche domande, possono essere utilizzati nel setting delle cure primarie con funzione di screening dei pazienti, i quali dovranno comunque poi eseguire una poligrafia per la conferma diagnostica.

**Strumenti fondamentali di aiuto per il MMG sono inoltre le cartelle cliniche elettroniche. Nelle più recenti versioni sono quasi sempre presenti strumenti di supporto decisionale basati sui dati registrati (sintomi, patologie presenti, età, peso corporeo) che suggeriscono al MMG la valutazione di una possibile OSAS.**

Di non secondaria importanza la possibilità per il MMG di registrare in cartella clinica i valori del punteggio STOP – BANG e la circonferenza del collo, **parametri che possono essere successivamente valutati per finalità di Audit Clinico e integrati con le**

**misurazioni derivanti dall'eventuale utilizzo di dispositivi medicali.** Infatti, sono presenti in commercio alcuni device che non possono in nessun modo confermare il sospetto diagnostico di OSAS, ma possono essere d'aiuto per lo screening dei pazienti a rischio misurando oltre al flusso nasale, anche la saturimetria notturna.

**Infine, è importante sottolineare quella che è una delle principali criticità nella gestione di tale patologia, cioè quella legata alle lunghe liste d'attesa per eseguire la consulenza specialistica, l'esame polisonnografico per la conferma diagnostica, e la prescrizione della corretta terapia.**

### **Per approfondire...**

- World Health Organization. **Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases. A comprehensive approach.** 2007. Disponibile all'indirizzo <http://www.who.int/gard/publications/GARD%20Book%202007.pdf> (ultimo accesso marzo 2017)
- White DP, Younes MK. **Obstructive sleep apnea.** Compr Physiol 2012; 2: 2541-94; <https://doi.org/10.1002/cphy.c110064>; <https://doi.org/10.1002/9781118704493.ch7>
- Maspero C, Giannini L, Galbiati G, Rosso G, Farronato G. **Obstructive sleep apnea syndrome: a literature review.** Minerva Stomatol. 2015 Apr;64(2):97-109.
- Silva KV, Rosa ML, Jorge AJ, Leite AR, Correia DM, Silva Dde S, Cetto DB, Brum Ada P, Silveira Netto P, Rodrigues GD. **Prevalence of Risk for Obstructive Sleep Apnea Syndrome and Association With Risk Factors in Primary Care.** Arq Bras Cardiol. 2016 Jun;106(6):474-80.

# Epidemiologia dei Disturbi Somatoformi nella Medicina Generale Italiana

A cura di **Loris Pagano**<sup>1,2</sup>, **Gabriele D'Ancona**<sup>2</sup>, **Chiara Marchionni**<sup>2</sup>, **Ilaria Miano**<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medico di Medicina Generale SIMG, ASL Roma; <sup>2</sup> Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Roma

## Panorama

**I Disturbi Somatoformi sono un insieme di manifestazioni psicopatologiche, caratterizzate dalla presenza di sintomi fisici riconducibili ad una malattia, ma che però non sono dovuti a patologie organiche. Sono sostanzialmente dei "falsi positivi".**

Inizialmente, i Disturbi Somatoformi, così definiti e classificati nel DSM-IV (Manuale Diagnostico Statistico delle Malattie Psichiatriche) comprendevano il Disturbo di Somatizzazione, il Disturbo Algico, il Disturbo Somatoforme Indifferenziato, l'Ipocondria, il Disturbo di Conversione, il Disturbo Somatoforme Non Altrimenti Specificato (NAS) ed il Disturbo di Dismorfismo Corporeo.

**Attualmente, con la pubblicazione del più recente DSM-V, tale classificazione è stata fortemente modificata anche per quanto concerne i criteri diagnostici e rinominata con "Disturbi da Sintomi Somatici e Disturbi Correlati". Questa modifica è stata attuata allo scopo di porre l'attenzione del clinico non più tanto sui sintomi somatici in sé stessi, quanto al modo in cui le persone li presentano e li interpretano.**

Forse la più importante modifica attuata sul DSM-V, ha riguardato il raggruppamento di gran parte degli ex-Disturbi Somatoformi in un'unica categoria centrale definita **Disturbo da Sintomi Somatici (DSS)**. Difatti, la diagnosi di tale disturbo si focalizza sui sintomi e segni positivi (sintomi somatici che procurano disagio accompagnati da

pensieri, sentimenti e comportamenti anomali, e comportamenti adottati in risposta a tali sintomi), piuttosto che sull'assenza di una spiegazione medica per tali sintomi somatici.

**Globalmente, il DSS si caratterizza dalla presenza di uno o più sintomi fisici che alterano profondamente la qualità di vita quotidiana di chi ne è afflitto.** Questi si associano a pensieri riguardanti la severità della propria salute o ad un persistente stato di ansia legato alla propria salute nonché ad un eccessivo dispendio di tempo ed energia nei riguardi della propria sintomatologia. Inoltre, tali fenomeni per essere definiti tali devono essere presenti da almeno sei mesi. **Quello che solitamente si osserva nel caso in cui un soggetto presenti DSS in concomitanza di comorbidità somatiche è una esposizione dei sintomi fisici e/o di problematiche sociali e lavorative estremamente eccessiva rispetto a quanto riportato in anamnesi, o in seguito ad esame fisico o diagnostico.** Difatti tali pazienti tendono a presentare al medico tali problematiche in maniera esagerata e drammatica, o, in certe circostanze, anche in modo opposto (vago).

**Dal punto di vista epidemiologico,** nonostante i dati attuali siano estremamente limitati, sia per la disomogeneità che per la difficoltà nel definire e studiare tali fenomeni, emerge che circa il 30% della popolazione potrebbe in qualunque momento della propria vita sviluppare sintomatologia riconducibili a somatizzazione. È

**importante sottolineare che nella quasi totalità dei casi, questi non costituiscono una vera condizione patologica. Ad oggi, la prevalenza di DSS sembra essere abbastanza eterogenea; difatti alcuni studi suggeriscono una stima intorno al 5-7%, mentre altri indicano una prevalenza tra lo 0,2 ed il 2% nelle donne, mentre per il genere maschile, non raggiunge lo 0,2%. Generalmente, tale condizione sembra essere notevolmente dipendente dal genere, in quanto il rapporto maschi/femmine si attesta tra 1:5 e 1:20.**

Tale condizione è estremamente complessa da valutare ed identificare correttamente, in quanto, come affermato dai più critici oppositori alla diagnosi di DSS indicata dal DSM-V, la presenza di un solo sintomo somatico particolarmente pervasivo, l'impressione del clinico che il paziente ne sia eccessivamente preoccupato e una durata di almeno 6 mesi (anche non consecutivi) sono sufficienti ad etichettare il paziente come affetto da tale disturbo.

Da tali premesse, emerge come il DSS, così come le altre forme di "Disturbi da Sintomi Somatici e Disturbi Correlati", sono sì un problema noto ma non nel dettaglio dei multiformi aspetti clinici che li caratterizzano.

**Poiché il Medico di Medicina Generale (MMG) è una delle figure professionali che prima di altre entra in contatto con pazienti affetti da DSS, deve possedere le conoscenze appropriate per essere in grado di gestire in maniera adeguata**

i percorsi diagnostici e terapeutici di tali pazienti. Per tali ragioni, riuscire ad inquadrare il carico epidemiologico del DSS, in termini di prevalenza ed incidenza, permetterebbe innanzitutto di quantificarne il livello di tale problema nella Medicina Generale Italiana e, in parte, metterne in luce il livello di conoscenza. Tutto ciò, permetterebbe di porre le base per l'elaborazione di strategie e attività atte ad una migliore gestione del paziente.

Data l'eterogeneità di tali disturbi e la complessità nell'identificarli anche da un punto di vista operativo, tale studio si è focalizzato sull'inquadramento epidemiologico di quei disturbi somatoformi (D. somatizzazione, algico e indifferenziato), che rappresentano, secondo il nuovo DSM-V, la maggior parte della classe dei DSS.

### Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva al 31 Dicembre 2018, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

**Prevalenza (%) del Disturbo Somatoforme**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una diagnosi di Disturbo Somatoforme (ICD9 CM: 300.81, 300.82) al 31 dicembre 2018
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre 2018.

**Incidenza (x 1000 pazienti) del Disturbo Somatoforme**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una "nuova" diagnosi di Disturbo

Somatoforme (ICD9 CM: 300.81, 300.82) al 31 dicembre 2018

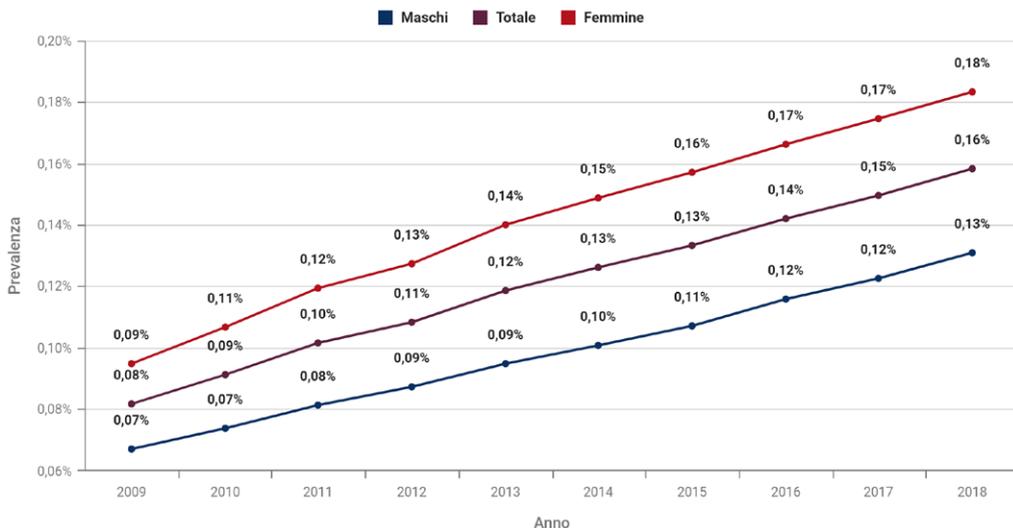
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, privi della malattia al 1° gennaio del 2018.

Tutte le analisi sono state stratificate per sesso, fascia d'età e Regione di residenza.

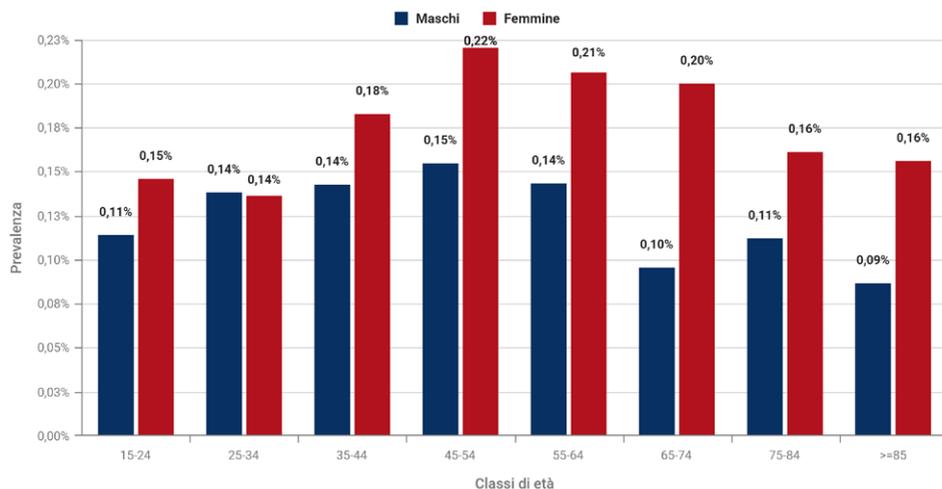
### Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di assistiti degli 800 MMG ricercatori HS attivi al 31 Dicembre 2018 sono stati identificati 1.604 pazienti affetti da Disturbo Somatoforme, per una prevalenza pari allo 0,16%. La malattia ha mostrato un trend in crescita negli ultimi 10 anni, passando dallo 0,08% nel 2009 al 0,16% nel 2018 (Figura 1).

**Figura 1.** Prevalenza (%) del Disturbo Somatoforme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2009 - 2018.



**Figura 2.** Prevalenza (%) del Disturbo Somatoforme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.



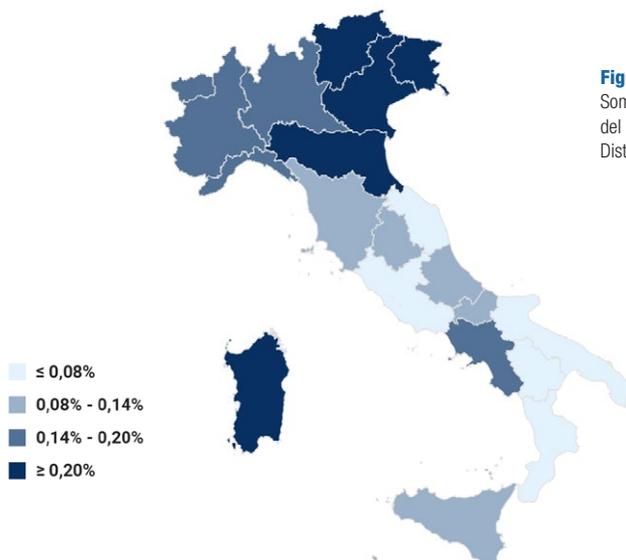
La prevalenza risultava superiore nelle donne rispetto agli uomini (0,18% F vs. 0,13% M). Considerando le diverse fasce d'età, in entrambi i sessi, si osservava un **progressivo incremento nella prevalenza all'aumentare dell'età**, con il picco, sia per i maschi

che per le femmine, nei pazienti di età compresa tra i 45 ed i 54 anni (F: 0,22% vs. M: 0,15%) (Figura 2).

L'analisi della prevalenza a livello regionale evidenziava una localizzazione della patologia principalmente nelle regioni del Nord-Est, ed in Sardegna.

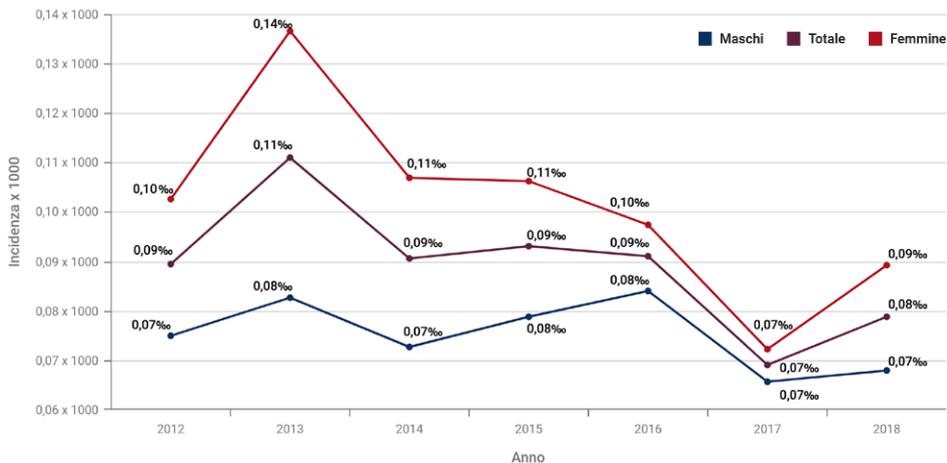
La regione che ha mostrato la stima più elevata è risultata essere il Trentino-Alto Adige (0,40%), seguita dall'Emilia Romagna (0,36%), Friuli-Venezia Giulia e Sardegna (0,23%, ciascuna) ed infine il Veneto (0,21%) (Figura 3).

Per quanto riguarda l'incidenza del



**Figura 3.** Prevalenza (%) del Disturbo Somatoforme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

**Figura 4.** Incidenza (x 1000) del Disturbo Somatoforme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2009 - 2018.



**Nota:** Il trend annuale dell'incidenza potrebbe risentire di variazioni dovute a: I) differenze nella modalità di registrazione della data di insorgenza della patologia, ossia data del primo contatto con il medico oppure data effettiva della diagnosi; II) differenze nella sensibilizzazione verso la registrazione di alcune patologie; III) differenze nell'accuratezza di registrazione dei codici ICD9.

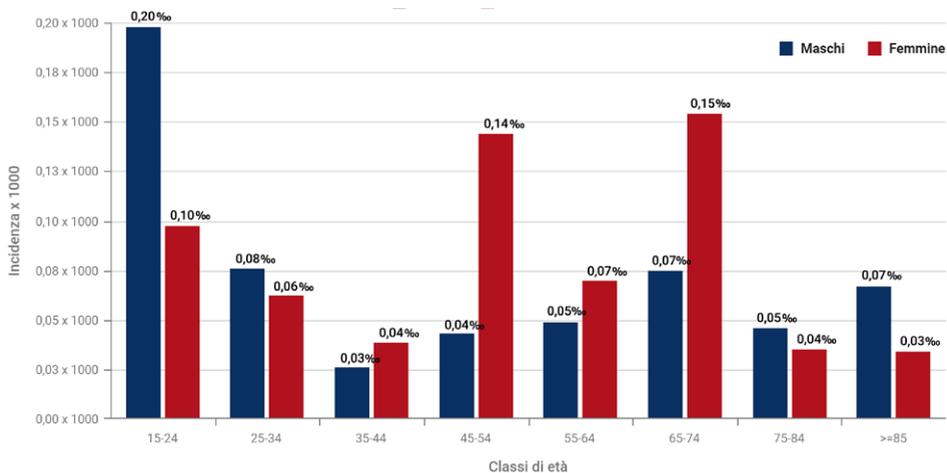
**Disturbo Somatoforme, sono emersi 77 nuovi casi di malattia per una incidenza nel 2018 pari a 0,08‰.** L'incidenza è progressivamente diminuita nel corso degli anni, con un trend relativamente costante (Figura 4).

Come nel caso della prevalenza, l'incidenza è risultata più elevata nelle

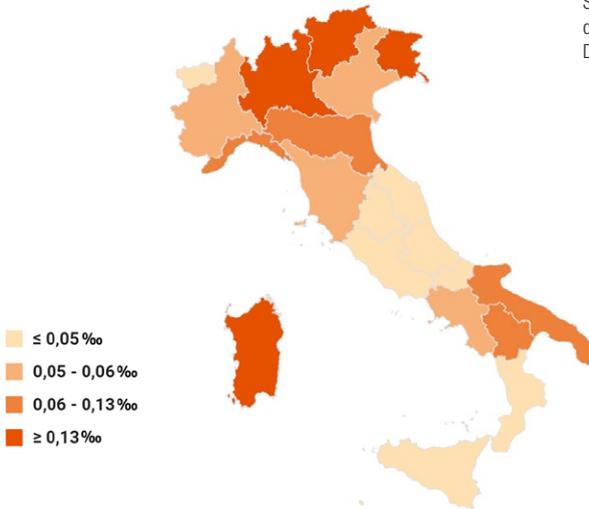
donne rispetto agli uomini (0,09‰ F vs. 0,07‰ M). Inoltre, l'insorgenza di tale disturbo presentava una distribuzione diversa nei maschi e nelle femmine, se analizzata per classi d'età. Difatti, nei maschi, il picco si raggiunge nella fascia d'età più giovane, per poi decrescere e mantenersi

substantialmente stabile nel corso degli anni. Diversamente, per il sesso femminile, il picco si raggiunge nei pazienti di età compresa tra i 65 ed i 74 anni. Ovviamente, tali andamenti risentono della bassa numerosità di casi incidenti riscontrati (Figura 5).

**Figura 5.** Incidenza (x 1000) del Disturbo Somatoforme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.



**Figura 6.** Incidenza (x 1000) del Disturbo Somatoforme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.



Focalizzandosi sulla distribuzione regionale dei nuovi casi identificati nell'anno 2018, questa ha mostrato un andamento sovrapponibile a quanto emerso dalla precedente analisi sulle prevalenze (Figura 6).

### Il parere del Medico di Medicina Generale

Il Disturbo Somatoforme è stato riconosciuto a tutti gli effetti come disturbo psichiatrico nel 1980 con la terza edizione del DSM e riguarda pazienti che lamentano sintomi fisici come dolore addominale, toracico, lombalgia e più in generale astenia. Si tratta di una sintomatologia piuttosto aspecifica e priva di un riscontro organico ma derivata in realtà da cause psichiche. L'eziologia del disturbo è difficile da individuare, tuttavia è emerso che la maggior parte dei soggetti colpiti proviene da un ambiente familiare piuttosto rigido ed in particolare nell'adulto, il disturbo viene spesso innescato da crisi o momenti di transizione nella vita, quali il matrimonio, un trasferimento, un cambiamento nella vita professionale, la

nascita di un figlio o la sua fuoriuscita dal nucleo familiare. **Determinante in questi casi non è tanto l'evento in sé, quanto piuttosto l'importanza che il soggetto gli attribuisce. Il paziente affetto da Disturbo Somatoforme tende a presentare con partecipazione emotiva la propria sofferenza fisica;** in genere ha una lunga storia di visite mediche ed esami diagnostici effettuati in precedenza che mostra immediatamente, raccontando con dovizia di particolari la propria storia di malattia a cui "nessuno riesce a porre rimedio". **Rappresenta pertanto anche un importante problema di spesa sanitaria, infatti ciò che caratterizza i pazienti affetti da Disturbo Somatoforme è il bisogno esasperato di conferme:** vengono ricercati più pareri sullo stesso sintomo, interpellando molti esperti della stessa o di diverse discipline e sottoponendosi agli esami e agli approcci terapeutici più disparati, ma ritrovandosi alla fine sempre insoddisfatti.

**I Disturbi Somatoformi possono avere un andamento cronico, se non riconosciuti e non trattati;** inducono il paziente ad essere un assiduo frequentatore dell'ambulatorio medico,

con continue richieste di esami, visite e giorni di malattia. Si parla di "vagabondaggio terapeutico" per descrivere la tendenza di questi pazienti a rivolgersi a molti medici, alla ricerca, quasi sempre insoddisfatta, di una soluzione per i loro disturbi.

**La diagnosi del Disturbo Somatoforme che nella maggior parte dei casi spetta al MMG, è resa complessa dall'assenza di criteri diagnostici, di scale cliniche validate e dall'elevata comorbidità con altri disturbi psichici, su tutti Ansia e Depressione.** Al fine di raggiungere la diagnosi di tale disturbo, **il MMG dovrebbe condividere con il paziente l'attenzione per i sintomi fisici, eseguendo un'accurata anamnesi ed esame obiettivo, non solo per escludere cause organiche, ma per mostrare partecipazione empatica nei confronti delle preoccupazioni del paziente, consentendo, in tal modo, di creare quel rapporto (rapporto empatico positivo) che rappresenta il fondamento di un efficace relazione terapeutica.**

I pazienti con un Disturbo Somatoforme tendono ad attribuire i loro sintomi a disordini fisici e la proposta di trattare

tale corteo sintomatologico con un intervento sulla sfera psicologica non sempre viene accettato. **Un paziente che ritenga di avere una malattia fisica, anche se il medico non troverà alcuna causa organica e non gli prescriverà alcun trattamento, non solo continuerà a mantenere la sua convinzione di malattia ma svilupperà un disturbo cronico.** Infatti, pazienti con Disturbi Somatoformi sono avversi ad accettare di prendere contatto con gli psichiatri, poiché fino a quando non riescono a comprendere ed accettare la natura dei loro sintomi, **vivono quasi sempre la proposta di invio ad uno specialista come un rifiuto del MMG nei loro confronti e come un suo tentativo di “scaricarli”.** Più facilmente il paziente è disponibile ad accettare lo psichiatra, se questi è presentato soprattutto in veste di consulente farmacologo esperto nel trattamento.

**Una volta effettuata la diagnosi, è necessario, per i soli fini terapeutici, che il MMG adotti degli accorgimenti strettamente necessari e persegua degli obiettivi determinati.**

Gli accorgimenti preliminari, senza i quali impostare un programma terapeutico più specifico non ottiene i risultati attesi, sono:

**1. Rassicurare il paziente di avere compreso le sue sensazioni:** per fare questo è necessario fornire al paziente il tempo di descrivere i suoi sintomi, di intervistarlo, di esaminarlo in modo attento, sapendo che rassicurare

questi pazienti è più difficile rispetto agli altri. **L'abilità consiste nel riuscire a non minimizzare i suoi sintomi e le sue preoccupazioni e a convincere il paziente del fatto di essere compreso**

**2. Partire dai sintomi somatici per arrivare ai sintomi psicologici:** è opportuno fare domande progressive, del tipo “Ha notato altri problemi?”, “Si è sentito giù, malinconico o triste negli ultimi tempi?”. Oppure “Ha perso interesse nel fare cose che prima le interessavano?” (per indagare un eventuale depressione), “Si sente teso, nervoso o molto preoccupato?” (per indagare sul versante ansioso). “Quanto alcol beve ultimamente?”

**3. Aiutare il paziente ad accettare una spiegazione non-fisica per i suoi sintomi rendendolo consapevole di essere affetto in realtà da un disturbo psichico (PSICOTERAPIA):** innanzitutto, è fondamentale rassicurarlo che i sintomi sono reali e non immaginari. Il fatto che non siamo supportati da una causa fisica non significa che i sintomi non esistano. C'è sicuramente una ragione, che è costituita da un problema non esclusivamente organico, ma che va ricercata in fattori che determinano la sofferenza fisica. Al paziente va inoltre spiegato con accuratezza che lo stress, la tensione, l'insoddisfazione prolungata possono

produrre conseguenze e sintomi somatici a va aiutato a comprendere il legame che esiste fra sintomi fisici e sintomi patologici. **È necessario cioè rendere il paziente in grado di riconoscere le cause alla base delle proprie tensioni psichiche (PSICOEDUCAZIONE).**

Gli obiettivi da perseguire sono invece:

- **evitare di prescrivere (o farlo nel modo più limitato possibile) trattamenti farmacologici considerabili inutili.**
- **non abbandonare il paziente anche se si è tentati a farlo.**

Entrambi questi obiettivi sono molto difficili perché il paziente si sente rifiutato e non preso in seria considerazione se le sue richieste di ulteriori esami, farmaci o consulenze specialistiche vengono scoraggiate o rifiutate dal MMG. Per riuscire a raggiungere questo obiettivo occorre quindi che il medico riveda il proprio comportamento. **Per concludere, si sottolinea l'importanza della registrazione in cartella della diagnosi di Disturbo Somatoforme, in quanto i dati rilevati si discostano notevolmente da quelli di letteratura, ma le diagnosi singole che insieme determinano chiaramente la patologia sono invece perfettamente in linea con quanto pubblicato.**

## Per approfondire...

- DSM-5. **Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali** (www.dsm5.org).
- Olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, et al. **Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review.** J Psychosom Res 2009;66:363-77.
- Katz J, Rosenbloom BN, Fashler S. Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5. **Somatic Symptom Disorder.** Can J Psychiatry 2015; 60:160-7.

# Prevalenza della broncopneumopatia cronica ostruttiva e pattern di utilizzo del vaccino anti-influenzale nei pazienti assistiti dalla Medicina Generale Italiana

A cura di **Lorenzo Lupi**

## Panorama

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una patologia dell'apparato respiratorio caratterizzata da ostruzione al flusso aereo, cronica o parzialmente reversibile, cui contribuiscono alterazioni bronchiali (bronchite cronica), bronchiolari (malattie delle piccole vie aeree) e del parenchima polmonare (enfisema). Rappresenta ad oggi la terza causa di morte a livello globale.

La BPCO è causata dalla inalazione di sostanze nocive, come il fumo di tabacco, che determinano l'instaurarsi, attraverso vari meccanismi, di un processo infiammatorio cronico.

Dal punto di vista fisiopatologico l'ostruzione aerea caratteristica di questa patologia è il risultato di lesioni differenti, variabili per localizzazione, tipologia e gravità o estensione. Generalmente la riduzione del calibro delle vie aeree, soprattutto di quelle periferiche, è il risultato di processi infiammatori, di ipersecrezione della mucosa e rimodellamento, nonché di una distruzione del parenchima polmonare con la conseguente diminuzione della pressione di ritorno elastico.

I pazienti con BPCO, come la maggior parte dei pazienti che soffrono di patologie croniche respiratorie, sono frequentemente affetti da comorbidità, come patologie cardiovascolari, diabete, anemia cronica, osteoporosi e molte altre. La presenza di tali condizioni morbose, associate alla fisiopatologia stessa

della BPCO, rendono tali pazienti particolarmente vulnerabili a infezioni virali e batteriche a livello polmonare. L'epitelio delle vie aeree è la prima linea di difesa nel polmone. L'instaurarsi di uno stadio infiammatorio, comporta l'attivazione di differenti mediatori in grado di inattivare e distruggere i microrganismi esogeni. Tuttavia, nei pazienti con BPCO, dato l'instaurarsi di fenomeni infiammatori frequenti e aspecifici, si osserva un danneggiamento del tessuto polmonare con distruzione delle cellule ciliari, compromissione della clearance molecolare, aumento della produzione di muco, condizioni che comportano una limitata risposta al patogeno e rendono l'epitelio delle vie aeree più suscettibile all'infezione. Difatti, le patologie infettive sono la causa principale di insorgenza di episodi di riacutizzazione, nonché ospedalizzazione e progressione della malattia. Per riacutizzazione della BPCO si intende un peggioramento acuto dei sintomi abituali della persona con BPCO cioè dispnea, tosse ed espettorazione, che va al di là della normale variabilità giornaliera e che richiede un adeguamento terapeutico.

È noto che i pazienti caratterizzati da frequenti episodi di riacutizzazione hanno un declino più accentuato della funzionalità respiratoria. Ciò si traduce in un incremento nelle ospedalizzazioni, ricorso a trattamenti con antibiotici e steroidi, ma soprattutto nel rischio di mortalità di circa quattro volte superiore rispetto a chi non presenta riacutizzazioni. Riuscire a ridurre e contrastare il

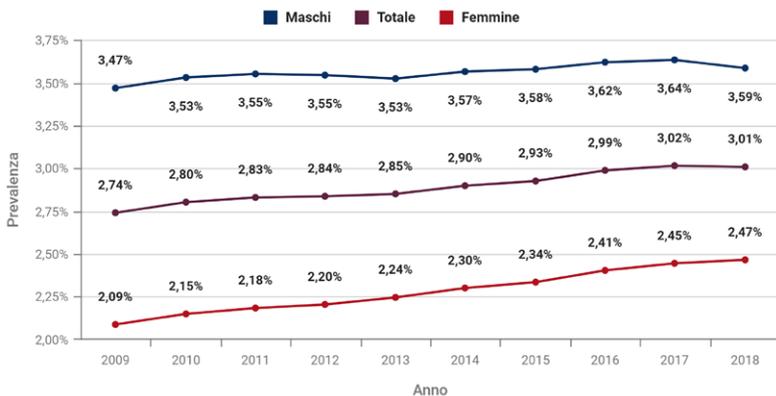
numero di riacutizzazioni ha quindi un impatto notevole sulla qualità della vita e sulla sopravvivenza del paziente affetto da BPCO.

Ad oggi, numerosi virus e batteri giocano un ruolo importante nello sviluppo di infezioni a carico del polmone e quindi nel determinare fenomeni di esacerbazione.

Tra i più implicati si ritrovano i virus influenzali. L'influenza nei pazienti con BPCO, soprattutto nei casi più gravi come nel caso di chi ha una severa ostruzione o è già in ossigenoterapia, rappresenta un evento estremamente serio. Proprio secondo le linee guida GOLD, la vaccinazione anti-influenzale è in grado di ridurre il rischio di malattie gravi e di morte in pazienti con BPCO. Inoltre, nonostante gli studi siano limitati, tali vaccinazioni sono in grado di ridurre il numero complessivo di riacutizzazioni.

Nonostante le raccomandazioni in merito all'uso delle vaccinazioni nei pazienti con BPCO, le evidenze in letteratura mettono in luce un sottoutilizzo di tali terapie.

Dato che il Medico di Medicina Generale rappresenta un pilastro importante nella presa in carico e nel processo di cura del paziente con BPCO, analizzare la prevalenza di BPCO a livello della Medicina Generale Italiana del network Health Search nonché il pattern di utilizzo della vaccinazione anti-influenzale in tali pazienti permetterebbe di inquadrare l'impatto di tale patologia e aumentare la consapevolezza e la conoscenza sull'uso delle vaccinazioni in tale tipologia di pazienti.



**Figura 1.**

Prevalenza lifetime (%) di broncopneumopatia cronica ostruttiva nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2009 - 2018.

### Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva al 31 Dicembre 2018, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

**Prevalenza lifetime (%) di BPCO**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una diagnosi di BPCO (ICD9 CM: 491.2\* o 496\*) al 31 dicembre 2018
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre 2018

**Prevalenza d'uso di vaccino anti-influenzale**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti

affetti da BPCO e con almeno una vaccinazione anti-influenzale nel 2018

- **denominatore:** numero di pazienti affetti da BPCO nella popolazione dei medici ricercatori HS, nel 2018

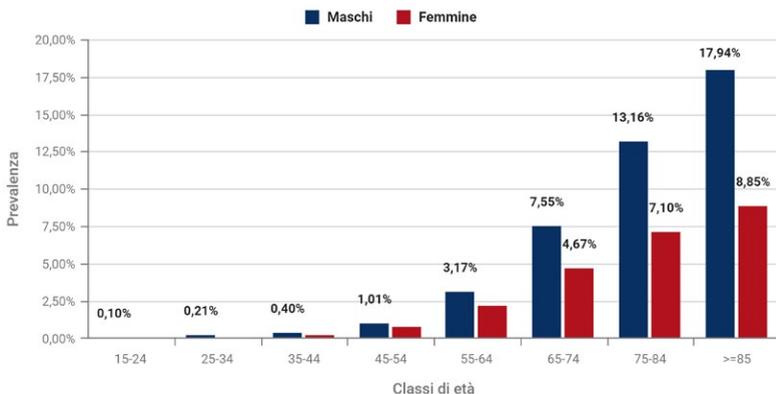
Tutte le analisi sono state stratificate per sesso, fascia d'età e Regione di residenza.

### Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di assistiti degli 800 MMG ricercatori HS attivi al 31 Dicembre 2018 sono stati identificati 30.500 pazienti affetti da BPCO, per una prevalenza pari al 3,01%. La malattia ha mostrato un trend relativamente costante negli ultimi 10 anni, passando dal 2,74% nel 2009 al 3,01% nel 2018 (Figura 1).

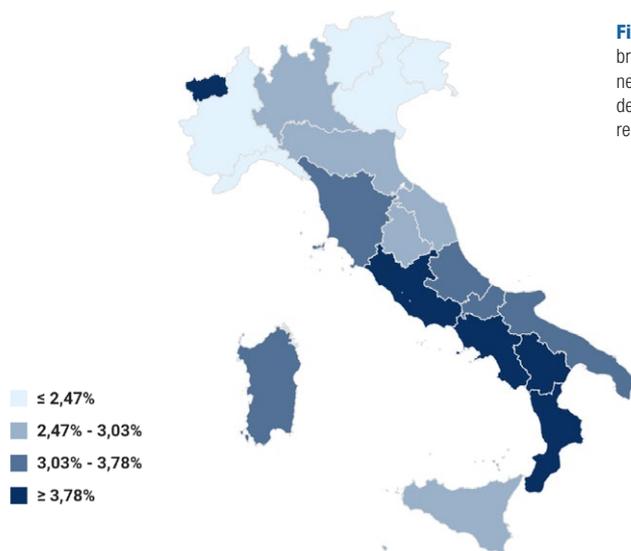
La prevalenza di BPCO risultava superiore negli uomini rispetto alle donne (3,59% M vs. 2,47% F). Considerando le diverse fasce d'età, in entrambi i sessi, si osserva un **progressivo incremento nella prevalenza di BPCO all'aumentare dell'età**, con il picco, sia per i maschi che per le femmine, nei pazienti ultra ottantacinquenni (**M: 17,94% vs. F: 8,85%**) (Figura 2).

L'analisi della prevalenza di BPCO a livello regionale evidenziava una localizzazione della patologia principalmente nelle regioni del Centro-Sud e Sud Italia. La regione che tuttavia ha mostrato la stima più elevata è risultata la Valle d'Aosta (5,08%), seguita dalla Basilicata (4,11%), Lazio (4,08%),



**Figura 2.**

Prevalenza lifetime (%) di broncopneumopatia cronica ostruttiva nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.



**Figura 3.** Prevalenza lifetime (%) di broncopneumopatia cronica ostruttiva nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

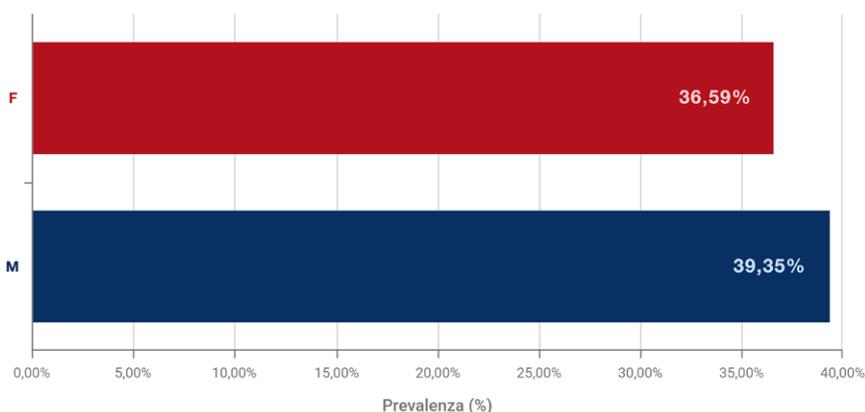
Campania (4,00%) ed infine la Calabria (3,79%) (**Figura 3**).

Per quanto riguarda la prevalenza d'uso nel 2018 di vaccino anti-influenzale nei pazienti con BPCO, questa non superava il 40% in entrambi i sessi e si attestava, in particolare, al 39,35% nei maschi

ed al 36,59% nei pazienti di sesso femminile (**Figura 4**). Stratificando per fascia d'età, si osservava un aumento crescente nella prevalenza d'uso all'aumentare dell'età, raggiungendo il picco rispettivamente nei pazienti tra i 75 e gli 84 anni di età (46,4%) (**Tabella 1**).

A livello geografico, le Regioni che mostravano la prevalenza d'uso più elevata in merito alla vaccinazione anti-influenzale risultavano essere la Toscana (61,2%), seguita dalla Puglia (56,6%), dalla Liguria (54,8%), dalla Basilicata (51,6%) e dal Veneto (50,8%).

**Figura 4.** Prevalenza d'uso (%) di vaccino anti-influenzale nella popolazione affetta da broncopneumopatia cronica ostruttiva assistita dagli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anno 2018.



**Tabella 1.** Prevalenza d'uso (%) di vaccino anti-influenzale nella popolazione affetta da broncopneumopatia cronica ostruttiva assistita dagli 800 Medici HS. Distribuzione per classi d'età. Anno 2018.

Fasce di età	Vaccino Influenzale N (%)
15-24	3 (3.9%)
25-34	11 (5.2%)
35-44	31 (6%)
45-54	227 (13.4%)
55-64	1034 (22.9%)
65-74	3419 (40.7%)
75-84	4538 (46.4%)
>=85	2381 (44.9%)

### Il parere del Medico di Medicina Generale

I dati epidemiologici presentati in questo articolo evidenziano una sottostima della BPCO da parte dei Medici di Medicina Generale. Difatti, nella popolazione dei medici aderenti al network Health Search, la prevalenza di tale patologia risulta pari al 3,01%, e quindi sottostimata rispetto al 5-10% (circa 5% in Italia) indicato dalle principali fonti internazionali.

**Un aiuto a “far emergere il sommerso” potrebbe arrivare dal recente Decreto Attuativo previsto**

dalla Legge di bilancio 2020 che disciplina la dotazione dei MMG di strumenti diagnostici di primo livello. In questo senso lo spirometro potrebbe e dovrebbe diventare un ausilio fondamentale nella corretta identificazione e nella gestione nel tempo di una patologia per la quale le riacutizzazioni rappresentano eventi la cui importanza probabilmente non è ancora sufficientemente riconosciuta. **Attenzione alla cura ma anche alla prevenzione della BPCO**, momento che nella Medicina Generale si declina essenzialmente come counseling per la disassuefazione dal fumo e vaccinazioni

anti-influenzale e anti-pneumococcica, misure che se sono da ritenersi importanti nella popolazione anziana diventano fondamentali nella gestione del paziente affetto da BPCO, considerando che il 70-80% delle riacutizzazioni di questa patologia riconosce un'etiologia batterica o virale. Le vaccinazioni, e quella anti-influenzale nello specifico, rappresentano pertanto una pratica da incentivare nel setting della Medicina Generale e anche se al numero di vaccinati nei nostri ambulatori si deve aggiungere una quota non trascurabile di pazienti vaccinati in altre strutture sanitarie, il 40% che ci attribuiscono i dati di Health Search dovrebbe essere considerato come un punto di partenza verso una copertura più capillare della popolazione affetta da BPCO.

### Per approfondire...

- Moreno D., Barroso J., Garcia A. **Vaccines for Patients with COPD**. Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov. 2015;9(1):23-30.
- Decramer M., Janssens W., Miravittles M. **Chronic obstructive pulmonary disease**. Lancet 2012; 379 (9823): 1341-51.
- Wark P.A., Toose M., Powell H., Parsons K. **Viral and bacterial infection in acute asthma and chronic obstructive pulmonary disease increases the risk of readmission**. Respirology 2013; 18(6): 996- 1002.
- **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease**. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease. Available at: [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org).
- Poole P.J., Chacko E., Wood-Baker R.W., Cates C.J. **Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease**. Cochrane Database Syst Rev 2006; (1): CD002733.

# Epidemiologia dell'Artrite Psoriasica nella Medicina Generale Italiana

A cura del **Dott. Giovanni Mascheroni**

## Panorama

La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica della pelle caratterizzata da placche ben definite, rosse e squamose, con una prevalenza che si attesta tra lo 0,09% ed l'11,4% nella popolazione adulta. Tale patologia si associa frequentemente con l'artrite, condizione nota come Artrite Psoriasica. Solitamente questa si presenta nei soggetti affetti da psoriasi o con familiarità per tale patologia. L'eziopatogenesi, così come per la psoriasi, riconosce l'azione di un agente causale non conosciuto, su un soggetto predisposto geneticamente, con l'azione combinata di fattori scatenanti. Tutto ciò comporta l'attivazione della risposta immunitaria responsabile del processo infiammatorio nonché del suo mantenimento. La prevalenza di Artrite Psoriasica si attesta tra lo 0,06% e lo 0,42% della popolazione generale, anche se è bene tener presente una possibile sovrastima in quanto i sintomi articolari potrebbero non derivare necessariamente dall'Artrite Psoriasica, ma bensì da altre patologie. **Nonostante che l'Artrite Psoriasica venisse considerata una patologia rara, ad oggi recenti studi basati sui criteri CASPAR hanno evidenziato come tale disturbo sia presente nel 30% dei soggetti affetti da psoriasi.** Tuttavia, emerge una certa difficoltà nella sua identificazione, difatti nel 15% dei pazienti affetti da psoriasi in carico al dermatologo non viene identificata la presenza di Artrite Psoriasica. **Solitamente la psoriasi si manifesta primariamente rispetto all'artrite, con una media di circa 10 anni precedenti.**

Tuttavia, emerge un 15% di casi nei quali sia artrite che psoriasi esordiscono contemporaneamente o casi in cui l'artrite precede quelle che sono le manifestazioni cutanee. L'insorgenza di tale patologia varia in funzione dell'area geografica ed in base all'origine etnica. In tal senso, l'Artrite Psoriasica difficilmente si riscontra nella popolazione Asiatica o nelle persone di colore, mentre non mostra differenze in funzione del genere.

Generalmente, l'Artrite Psoriasica viene inserita all'interno del gruppo delle spondiloartriti sieronegative. Come le altre patologie classificate facenti parte dello stesso gruppo, l'Artrite Psoriasica è caratterizzata dalla negatività del fattore reumatoide (Ra - test), la comune presenza di tendiniti e entesiti, oltre alla predisposizione genetica.

Poiché tale patologia può manifestarsi con un certo grado di variabilità, vari modelli sono stati sviluppati allo scopo di classificare le forme o sottotipi di Artrite Psoriasica. Secondo la classificazione proposta da Moll and Wright, una delle più accettate a livello internazionale, tale patologia può essere suddivisa in 5 diversi sottotipi. Questi comprendono I) l'Artrite Psoriasica oligoarticolare che è caratterizzata dall'afezione di quattro o cinque articolazioni con una distribuzione delle zone colpite solitamente asimmetrica; II) Il sottotipo poliarticolare caratterizzato da un coinvolgimento poli-articolare ed un certo grado di sovrapposizione con l'artrite reumatoide; III) il sottotipo distale o classica che solitamente si presenta in combinazione con un altro sottotipo (solo nel 5% dei casi è l'unica

forma), e coinvolge generalmente le articolazioni interfalangee distali di mani, piedi o entrambi; IV) l'artrite mutilante, la quale è caratterizzata da osteolisi delle falangi distali e anchilosi invalidanti. Fortunatamente ad oggi poco riscontrabile, in quanto si presenta come complicanza di forme particolarmente gravi e non adeguatamente trattate; V) la forma pelvi-spondilica, la quale si contraddistingue da una predominanza di infiammazioni tendinee della colonna, specialmente delle articolazioni sacroiliache.

Diversamente, le più recenti raccomandazioni sviluppate dal Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA), spostano l'attenzione sul riconoscimento di uno scenario clinico dominante nell'Artrite Psoriasica, l'individuazione del quale condiziona un algoritmo terapeutico differente, con l'obiettivo finale di ottenere il minor livello possibile di attività di malattia in tutte le sue manifestazioni cliniche. In particolare, i principali scenari clinici che regolano la scelta in termini di approccio terapeutico, i quali possono mutare nel tempo e/o associarsi tra di loro, sono 6: I) Artrite periferica; II) Artrite assiale; III) Entesite; IV) Dattilite; V) Coinvolgimento cutaneo; VI) Coinvolgimento ungueale.

L'impatto psicologico e sociale che l'Artrite Psoriasica determina sul paziente è di notevole gravità, oltre ad implicare un peggioramento della qualità della vita al pari di altre patologie come la spondiloartrite assiale o l'artrite reumatoide. **Tutto ciò determina inoltre un notevole assorbimento di risorse derivanti dalla presa in carico e**

gestione di tali pazienti a livello del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), nonché dalla mancata produttività del soggetto in seguito al peggioramento delle funzionalità e mobilità.

Mettere in luce il reale impatto epidemiologico di tale patologia a livello del nostro Paese, permetterebbe di guidare al meglio le politiche sanitarie relative all'attribuzione di economiche necessarie alla gestione ottimale di tale pazienti, garantendo conseguentemente un miglioramento della qualità di vita del paziente stesso.

**Considerando il ruolo cardine del Medico di Medicina Generale (MMG) nel sistema salute del nostro Paese, l'utilizzo delle banche dati della Medicina Generale (MG) garantirebbe di superare le limitazioni presenti nelle altre banche dati.**

Per tali ragioni, il presente studio si è posto l'obiettivo di analizzare la Artrite Psoriasica nel setting della Medicina

Generale, mediante l'impiego dei dati di Health Search (HS), al fine di fornire il quadro epidemiologico completo e aggiornato della malattia.

### Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva al 31 Dicembre 2018, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

**Prevalenza lifetime (%) di Artrite Psoriasica**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una diagnosi di Artrite Psoriasica (ICD9 CM: 696.0\*) al 31 dicembre 2018
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre 2018

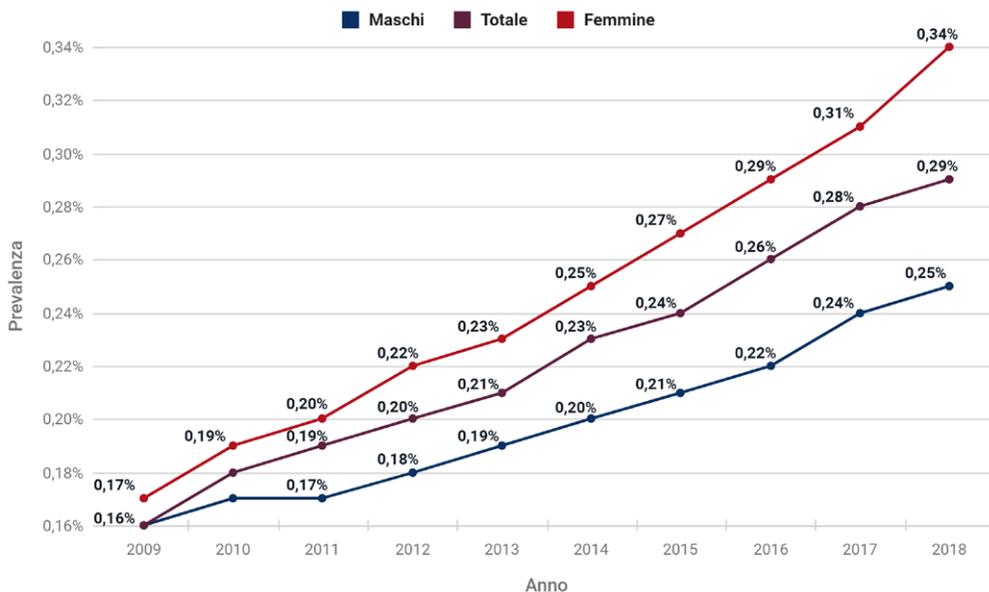
**Incidenza (x 1000 pazienti) di Artrite Psoriasica**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una "nuova" diagnosi di Artrite Psoriasica (ICD9 CM: 696.0\*) al 31 dicembre 2018
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, privi della malattia al 1° gennaio del 2018

Tutte le analisi sono state stratificate per sesso, fascia d'età e Regione di residenza.

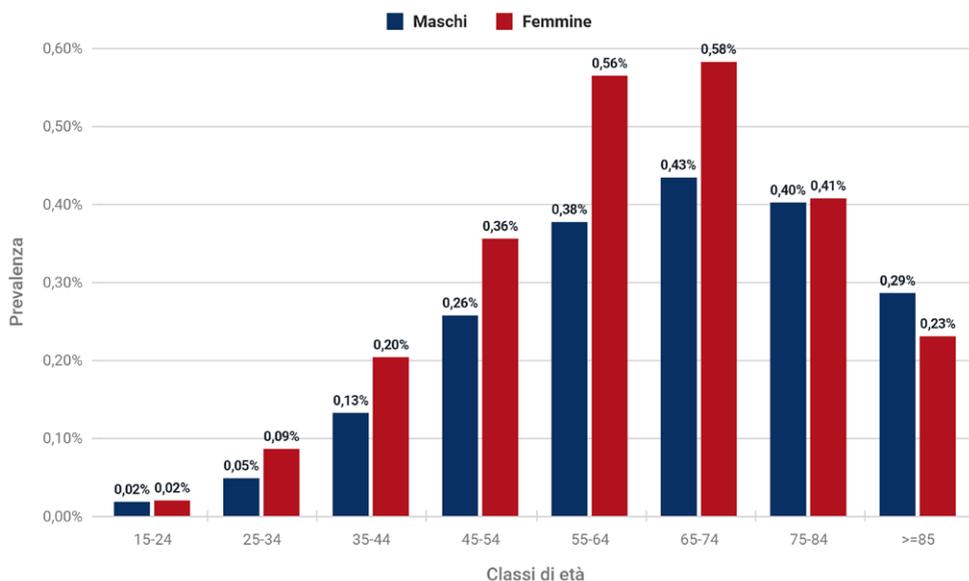
### Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di assistiti degli 800 MMG ricercatori HS attivi al 31 Dicembre 2018 **sono stati identificati 2.972 pazienti con una diagnosi di Artrite Psoriasica, per una prevalenza pari allo 0,29%. La malattia ha mostrato un lieve trend di crescita costante negli ultimi 10 anni, passando dallo 0,16% nel 2009 allo 0,29% nel 2018 (Figura 1).**



**Figura 1.** Prevalenza lifetime (%) di Artrite Psoriasica nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2009 - 2018.

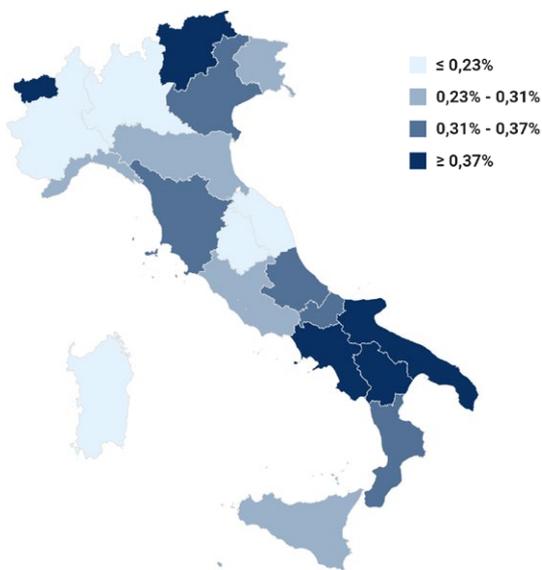
**Figura 2.** Prevalenza lifetime (%) di Artrite Psoriasica nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.



La prevalenza è risultata superiore nelle donne rispetto agli uomini (0,34% F vs. 0,25% M). Considerando le diverse fasce d'età, in entrambi i sessi, si è

osservato un progressivo incremento nella prevalenza di Artrite Psoriasica all'aumentare dell'età, con il picco, sia per i maschi che per le femmine,

nella fascia d'età compresa tra i 65 ed i 74 anni (0,58% F vs. 0,43% M), per poi decrescere all'aumentare dell'età (Figura 2).



**Figura 3.**

Prevalenza lifetime (%) di Artrite Psoriasica nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

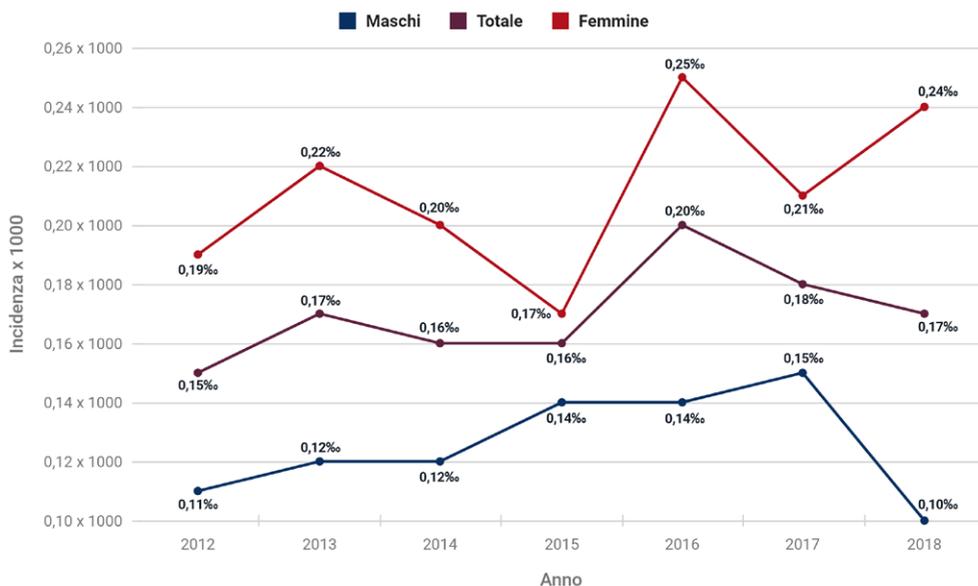
L'analisi della prevalenza di Artrite Psoriasica a livello regionale ha evidenziato una localizzazione della patologia principalmente nelle regioni del Nord e Sud Italia. La regione che tuttavia ha mostrato la stima più elevata è risultato il Trentino-Alto Adige (0,46%),

seguita dalla Puglia (0,45%), Basilicata e Campania (0,42% ciascuna) ed infine dalla Valle d'Aosta (0,37%) (Figura 3). Per quanto riguarda l'insorgenza di Artrite Psoriasica, sono emersi 175 nuovi casi di malattia per una incidenza nel 2018 dello 0,17‰. Il trend di crescita

della patologia è risultato costante negli anni considerati (lieve flessione nel 2015 causata da fattori non legati alla malattia) (Figura 4).

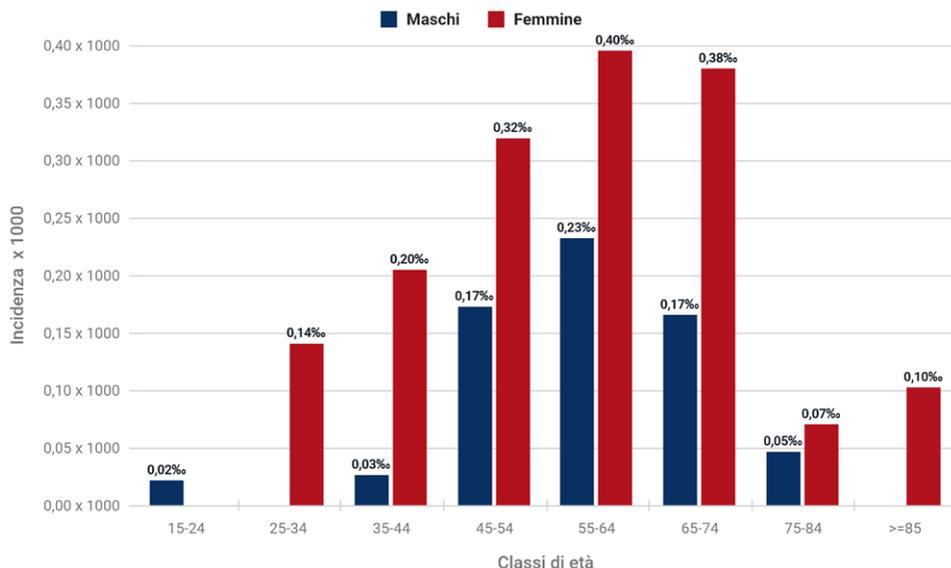
Anche in questo caso, l'incidenza è risultata più elevata nelle donne rispetto agli uomini (0,24‰ F vs. 0,43‰ M).

**Figura 4.** Incidenza (x 1000) di Artrite Psoriasica nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2009 - 2018.



**Nota:** il trend annuale dell'incidenza potrebbe risentire di variazioni dovute a: I) differenze nella modalità di registrazione della data di insorgenza della patologia, ossia data del primo contatto con il medico oppure data effettiva della diagnosi; II) differenze nella sensibilizzazione verso la registrazione di alcune patologie; III) differenze nell'accuratezza di registrazione dei codici ICD9.

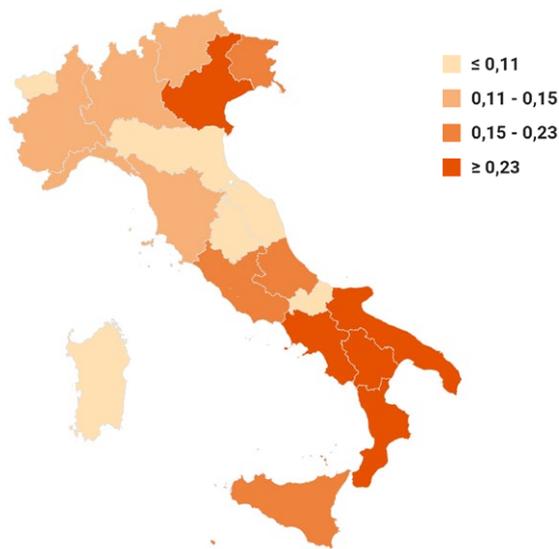
**Figura 5.** Incidenza (x 1000) di Artrite Psoriasica nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.



L'insorgenza di Artrite Psoriasica cresce al crescere dell'età, con il picco nei soggetti appartenenti alla fascia d'età 55-64 anni (0,40% F vs.

0,23% M) (Figura 5). Focalizzandosi sulla distribuzione regionale dei nuovi casi identificati nell'anno 2018, le regioni con le stime di incidenza più elevate sono

risultate la Puglia (0,23‰), seguita dalla Basilicata (0,27‰) dal Veneto (0,25‰), dalla Campania (0,24‰) e della Calabria (0,23‰) (Figura 6).



**Figura 6.**

Incidenza (x 1000) di Artrite Psoriasica nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

## **Il parere del medico di medicina generale**

L'Artrite Psoriasica è una patologia che necessita di una diagnosi precoce in quanto se non adeguatamente riconosciuta e trattata può condurre a un alto grado di invalidità.

Questo è il motivo per cui il MMG deve essere in grado di riconoscere e valutare i sintomi caratteristici di tale patologia. **I dati di HS sono in linea con quelli della letteratura e ciò è una ulteriore conferma della validità dello strumento di HS.** L'Artrite Psoriasica è una malattia complessa, con una sintomatologia che può dare origine a quadri clinici multiformi e di difficile interpretazione e che richiedono l'attenzione del MMG nella diagnosi precoce in modo da inviare poi i pazienti agli specialisti reumatologi e dermatologi per le successive fasi di cura.

**Il coinvolgimento del MMG deve iniziare da un percorso formativo basato su messaggi semplici, come ad esempio l'individuazione dei segni chiave di malattia, seguito da indicazioni chiare sull'invio allo specialista di riferimento e va poi informato sul trattamento dei possibili effetti collaterali dei farmaci utilizzati per le terapie.**

Infine il MMG deve essere messo in condizione di seguire il paziente a domicilio attraverso la possibilità di una rete che coinvolga la struttura ospedaliera specialistica, il MMG stesso e le associazioni dei malati reumatici presenti sul territorio.

## **Per approfondire...**

- Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. **Psoriatic Arthritis**. N Engl J Med. 2017 Mar 9;376(10):957-970. doi: 10.1056/NEJMra1505557
- Prignano F et al. **Epidemiology of Psoriasis and Psoriatic Arthritis in Italy-a Systematic Review**. Curr Rheumatol Rep. 2018 May 30;20(7):43. doi: 10.1007/s11926-018-0753-1.
- Moll JM, Wright V. **Psoriatic arthritis**. Semin Arthritis Rheum 1973;3:55-78.
- Michelsen B, Fiane R, Diamantopou- los AP, et al. **A comparison of disease burden in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis**. PLoS One 2015;10(4):e0123582
- World Health Organization. **Global report on psoriasis. 2016**. Available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf). Accessed 09 Aug 2017.
- Coates L.C., et al. **Group for research and assessment of psoriasis and psoriatic arthritis: treatment recommendations for psoriatic arthritis 2015**. Arthritis Rheumatol. 2016 May;68(5):1060-71. doi: 10.1002/art.39573.

# Epidemiologia e modalità di trattamento della Malattia Diverticolare nella Medicina Generale Italiana.

A cura del **Dott. Loris Pagano** con la collaborazione di **Ilaria M.P. Miano** e **Stefania Pipitone**

## Panorama

La malattia diverticolare (MD) prende il nome da alterazioni anatomiche localizzate a livello del colon e costituite da piccole formazioni a tasca, dette appunto diverticoli. Si parla di “pseudodiverticoli” nel caso di erniazioni attraverso lo strato muscolare degli strati più interni della parete colica. Questa tipologia si riscontra principalmente nella parete del colon sinistro. **Diversamente, nel caso in cui i diverticoli si presentino sulla parte destra del colon, questi prendono il nome di diverticoli “veri”, poiché caratterizzati dalla completa erniazione di tutti gli strati della parete colica.** Quest’ultima tipologia sembra essere tuttavia meno frequente nei paesi Occidentali, in quanto riscontrata principalmente nei soggetti di etnia asiatica.

Per quanto riguarda la classificazione della diverticolosi e della MD esiste un certo grado di eterogeneità tra le varie Linee Guida. Generalmente, **la MD sottende diverse entità patologiche che spaziano dalla diverticolosi alla diverticolite.**

**Si parla infatti di diverticolosi colica nel caso in cui ci sia evidenza di diverticoli, ma senza l’instaurarsi di ulteriori condizioni patologiche, rendendo la patologia sostanzialmente asintomatica.** Questa viene solitamente identificata accidentalmente e non necessita di follow-up o di trattamento.

**Nel caso in cui si osservi l’instaurarsi di un processo infiammatorio, si parla di “diverticolite”,** la quale si presenta come un processo acuto, ma che può anche cronicizzare. **Risulta la**

principale complicazione associata alla diverticolosi colica, sviluppandosi nel 10-25% dei pazienti.

Generalmente, si suddivide in una forma “complicata” ed in una “non complicata”. In quest’ultimo caso si parla di MD sintomatica non complicata (in inglese SUDD, *Symptomatic uncomplicated diverticular disease*). La SUDD è definita come una **diverticolosi cronica associata a dolore addominale e meteorismo senza la presenza tuttavia di sintomi acuti o colite.** Per tali ragioni, sembrerebbe esserci una sovrapposizione tra SUDD e la sindrome dell’intestino irritabile (IBS) a causa di meccanismi fisiopatologici simili. **Diversamente, la forma di Diverticolite acuta è caratterizzata dalla presenza di dolore addominale anche di notevole severità nei quadranti addominali inferiori, associato a febbre, leucocitosi ed alterazioni nell’alvo.** L’episodio acuto può anche ripetersi o complicarsi in seguito allo sviluppo di ascessi, perforazioni o peritonite.

**Un’ultima forma di MD è la SCAD (Segmental Colitis Associated with Diverticula), la quale tuttavia viene definita come una forma a sé stante.** Presenta infatti un quadro infiammatorio peculiare della mucosa sigmoidea nei tratti intervallari ai diverticoli, che non coinvolge mai l’ostio diverticolare e che è assente nel colon destro. Si presenta solitamente con sanguinamento rettale ed in certi casi diarrea e / o dolore addominale.

**I trattamenti per la MD si basano principalmente sulla riduzione della sintomatologia e nella prevenzione delle recidive. Numerose Linee Guida hanno tentato di delineare il miglior**

approccio terapeutico, ma ad oggi permane una notevole eterogeneità nelle raccomandazioni.

In generale, il trattamento sintomatologico così come la prevenzione di complicanze e recidive si basa sull’utilizzo di un regime dietetico a base di fibre, di probiotici, di antibiotici, in particolare rifaximina e mesalazina. L’introduzione di fibre pare avere benefici nella prevenzione delle forme asintomatiche di diverticolosi, ma non sembra essere associata a notevoli effetti benefici nei riguardi della sintomatologia associata alla SUDD. L’uso di antibiotici, in particolare di rifaximina, associata anche all’uso di fibre, risulta essere efficace nella riduzione della sintomatologia associata alla MD asintomatica, non solo grazie all’azione antibatterica ma anche grazie all’effetto modulatore sulla microflora intestinale. Il farmaco mostra una certa efficacia anche nella prevenzione della diverticolite, ma con un vantaggio terapeutico limitato.

Per quanto concerne l’uso di probiotici nel ridurre la sintomatologia dolorosa questo è giustificato dalla azione benefica a livello della microflora intestinale. Infine, la mesalazina, grazie al ruolo anti-infiammatorio mediato da tale molecola, sembra essere efficace nel ridurre i sintomi della malattia ma non nel prevenire la malattia acuta.

**Diversamente, nel caso della diverticolite acuta, per molti anni il trattamento di elezione si è basato sul trattamento antibiotico. Tuttavia, questo è stato rivalutato in seguito all’ipotesi di una eziopatogenesi infiammatoria.** Per tale ragione, l’utilizzo di antibiotici non dovrebbe essere

sistematico ma basato su una valutazione caso per caso.

**La MD e le complicanze associate continuano ad avere un forte impatto sui sistemi sanitari di tutto il mondo, oltre ad essere estremamente comuni nel mondo occidentale.**

Nel 2012 è stato stimato che la diverticolite aveva determinato 216.560 ricoveri ospedalieri per un costo complessivo di 2,2 miliardi di dollari. **In Italia si stima che ogni anno i pazienti con un episodio acuto di MD generino un costo di 63,5 milioni di euro.**

**La prevalenza della diverticolosi colica nella popolazione generale varia tra il 5 ed il 40%, con un progressivo incremento all'aumentare dell'età.** Come detto in precedenza, nonostante tale patologia sia molto comune solo una ridotta quota di pazienti svilupperà successivamente diverticolite. Tuttavia, a seguito di un primo episodio di diverticolite acuta, il rischio di una recidiva dopo 5 anni è pari al 20%. **Tutto ciò è alla base del cambiamento epidemiologico di questa patologia determinando un aumento nell'incidenza di circa il 50% nel corso degli anni (1990 - 1999; 2000 - 2007); soprattutto nei pazienti più giovani.**

Considerando che il Medico di Medicina

**Generale (MMG) è fortemente coinvolto nella prevenzione e nella presa in carico di questa condizione clinica, emerge l'importanza di poter caratterizzare, all'interno del setting delle cure primarie, l'epidemiologia della MD, così come i trattamenti farmacologici prescritti per tale patologia.**

**Per tali ragioni, il presente studio si è posto l'obiettivo di valutare la prevalenza della MD degli ultimi dieci anni, così come la prevalenza d'uso dei trattamenti farmacologici prescritti per tale patologia all'interno del setting della Medicina Generale Italiana, impiegando i dati contenuti nel database Health Search (HS) generati dagli stessi MMG.**

### Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva all'inizio del periodo di studio (dal 1 gennaio 2007 al 31 dicembre 2017) ed in carico in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

**Prevalenza lifetime (%) di Malattia Diverticolare, calcolata nel modo seguente:**

- **numeratore:** numero di pazienti con una diagnosi di Malattia Diverticolare

(ICD9 CM: 562.1\*) nell'anno di riferimento.

- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre di ogni anno di studio (2007 - 2017).

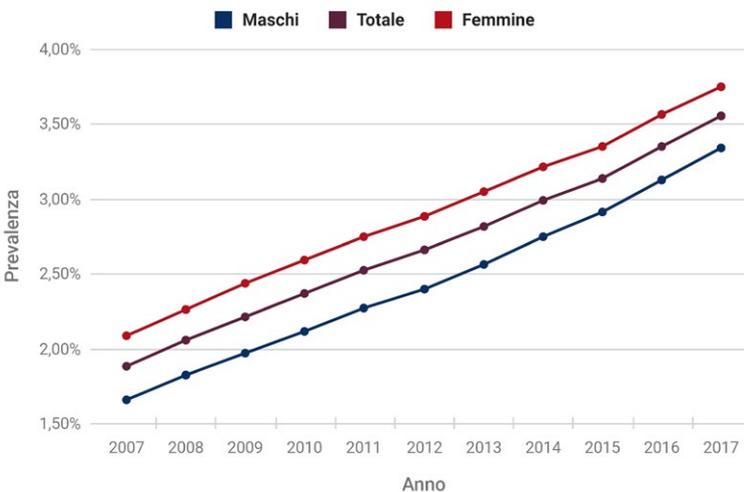
**Prevalenza d'uso (%) di farmaci prescritti per Malattia Diverticolare, calcolata nel modo seguente:**

- **numeratore:** numero di pazienti che hanno ricevuto, nel corso dell'anno di osservazione, almeno una prescrizione di farmaco (suddivise per specifica tipologia) associata ad una diagnosi di Malattia Diverticolare (ICD9 CM: 562.1\*) nell'anno di riferimento.
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di Malattia Diverticolare (ICD9 CM: 562.1\*) nell'anno.

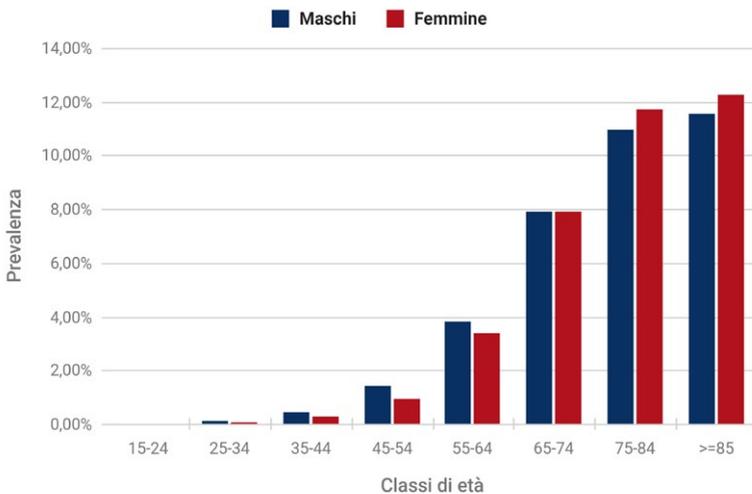
Tutte le analisi sono state stratificate per sesso, fascia d'età e Regione di residenza.

### Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di assistiti degli 800 MMG ricercatori HS attivi al 31/12/2017 sono stati identificati **36.276 pazienti con una diagnosi di MD, per una prevalenza pari al 3,55%. La malattia ha mostrato un trend di crescita costante negli ultimi 10 anni;**



**Figura 1.** Prevalenza lifetime (%) di Malattia Diverticolare nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2007 - 2017.



**Figura 2.** Prevalenza lifetime (%) di Malattia Diverticolare nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2017.

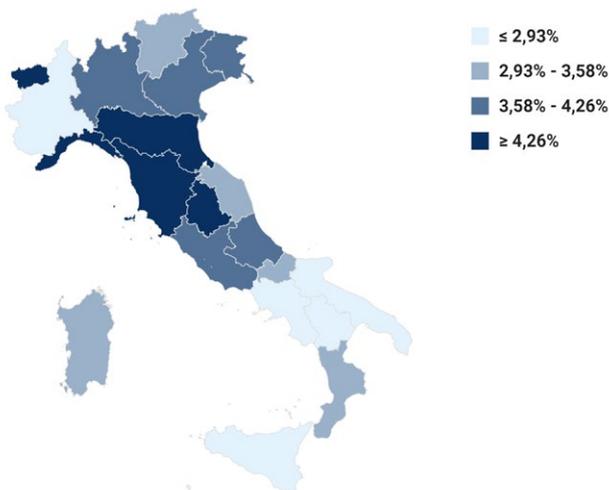
passando dal 1,88% nel 2007 al 3,55% nel 2017 (Figura 1).

La prevalenza è risultata superiore nelle donne rispetto agli uomini (3,75% F vs. 3,33% M). Considerando le diverse fasce d'età, in entrambi i sessi, si è osservato un progressivo incremento nella prevalenza di MD all'aumentare dell'età, fino a raggiungere il picco negli ultra ottantacinquenni (12,23% F vs. 11,57% M) (Figura 2).

L'analisi della prevalenza di MD a livello regionale ha evidenziato una localizzazione della patologia principalmente nelle regioni del Centro-Nord. In particolare, la regione che ha mostrato la prevalenza più alta è risultata l'Emilia Romagna (5,40%), seguita dalla Val d'Aosta (5,20%), Liguria (4,92%), Toscana (4,42%) e Umbria (4,27%) (Figura 3).

Per quanto riguarda l'utilizzo delle terapie farmacologiche prescritte dal MMG

per il trattamento della MD, nel 2017 l'antibiotico Rifaximina è risultato il farmaco con la prevalenza d'uso più elevata tra i pazienti affetti da tale patologia (30,16%), seguita dalla classe degli amminosalicilati e analoghi (mesalazina e sulfasalazina) (6,59%). Un uso molto più limitato è emerso per i probiotici (1,43%), seguiti dagli antipropulsivi (0,64%) ed infine dalla diosmectite (0,44%).



**Figura 3.** Prevalenza lifetime (%) di Malattia Diverticolare nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2017.

**Tabella 1.**

Prevalenza d'uso (%) di farmaci nei pazienti con Malattia Diverticolare in carico agli 800 medici HS. Anni 2007 - 2017.

Anno	A07AA11 - Rifaximina	A07BC05 - Diosmectite	A07DA - Antipropulsivi	A07EC - Acido aminosalicilico ed analoghi	A07FA - Microorganismi antidiarroici
2017	30,16 %	0,44 %	0,64 %	6,59 %	1,43 %
2016	30,80 %	0,45 %	0,66 %	6,73 %	1,63 %
2015	32,48 %	0,53 %	0,64 %	6,46 %	1,56 %
2014	33,92 %	0,46 %	0,71 %	6,56 %	1,60 %
2013	34,25 %	0,43 %	0,71 %	6,36 %	1,58 %
2012	34,51 %	0,38 %	0,75 %	6,35 %	1,67 %
2011	35,05 %	0,46 %	0,87 %	6,58 %	1,77 %
2010	35,75 %	0,43 %	1,07 %	6,39 %	2,42 %
2009	36,04 %	0,47 %	1,04 %	6,00 %	2,49 %
2008	36,00 %	0,62 %	1,20 %	5,69 %	2,82 %
2007	36,01 %	0,57 %	1,19 %	4,94 %	2,74 %

Dal 2007 al 2017 si è osservato un progressivo calo nelle prescrizioni di tali farmaci/classi, ad esclusione della classe di aminosalicilati, aumentata dal 4,94% al 6,59% (Tabella 1).

Focalizzandosi sull'uso della Rifaximina nei due sessi ed all'interno delle diverse classi d'età, **le donne sono risultate le maggiori utilizzatrici di tale antibiotico, con un aumento nella prevalenza d'uso all'aumentare dell'età.** Il picco nell'uso

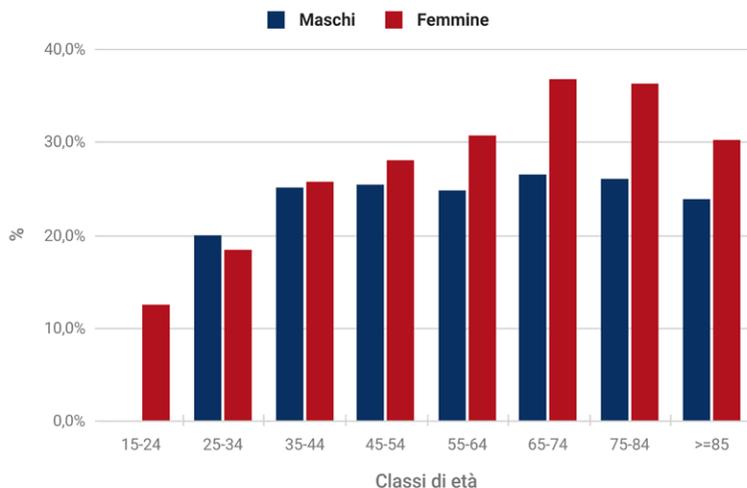
di rifaximina per entrambi i sessi è stato riscontrato tra i 65 ed i 74 anni (36,7% F vs. 26,4% M) (Figura 4).

Valutando la prevalenza d'uso di rifaximina per il trattamento della MD nelle diverse regioni italiane, la Campania è risultata la regione con la stima più elevata (41,2%), seguita da Sardegna (39,8%), Puglia (39,5%), e Lazio (36,4%). Diversamente, Val d'Aosta (12,1%), Friuli-Venezia Giulia (15,4%) e Trentino-Alto Adige (18,6%)

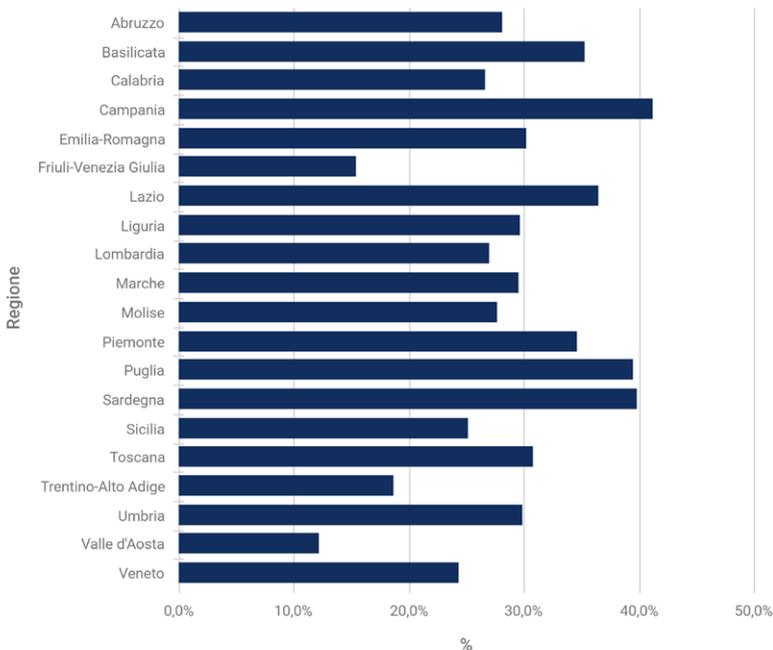
sono risultate le regioni con le prevalenze d'uso più basse (Figura 5).

#### Il parere del medico di medicina generale

La malattia diverticolare è un'affezione di notevole interesse in campo gastroenterologico; a causa della sua incidenza nella popolazione dei Paesi occidentali industrializzati si può considerare una malattia del

**Figura 4.**

Prevalenza d'uso (%) di Rifaximina nei pazienti con Malattia Diverticolare del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2017.



**Figura 5.** Prevalenza d'uso (%) di Rifaximina nei pazienti con Malattia Diverticolare del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2017.

benessere in cui di fatto risulta essere una delle patologie gastrointestinali più frequenti: naturalmente questa diffusione epidemiologica comporta che la gestione della patologia si rifletta in modo importante anche sull'economia nazionale, in cui si stima che la spesa nazionale relativa si collochi al 5° posto nella classifica dei costi sociosanitari. **Il MMG spesso è colui che con molta più probabilità lo seguirà nel tempo. Per queste motivazioni così come per la complessità nella gestione quotidiana della MD è importante che si instauri da subito un corretto e specifico approccio alla patologia in riferimento al quadro clinico generale del paziente in questione.** Un corretto inquadramento diagnostico deriva dall'integrazione imprescindibile dei dati clinico-anamnestici, dei dati di laboratorio e infine dei dati strumentali, ossia forniti dalle indagini radiologiche e dall'endoscopia; sebbene il trattamento della MD sia

significativamente migliorato nel corso degli ultimi anni molti aspetti rimangono da chiarire. Diverse società mediche in vari paesi del mondo hanno tentato di proporre dei trattamenti standard, ma a causa del numero ancora ristretto di studi che hanno come argomento la gestione terapeutica della patologia, le raccomandazioni non sono ancora omogenee: **a tutt'oggi non sono ancora disponibili linee guida internazionali basate su evidenze scientifiche.** Le nuove proposte di trattamento riguardano regimi dietetici e modifiche degli stili di vita che andrebbero a coadiuvare le terapie mediche (Rifaximina, Probiotici, Mesalazina). Nello specifico, ad esempio riguardo la componente nutrizionale, il corretto apporto di fibre nella dieta potrebbe favorire un equilibrato sviluppo della flora batterica intestinale tale da evitare la micro infiammazione di parete, molto probabilmente responsabile dei sintomi, e la contaminazione del

diverticolo con sviluppo di fenomeni infettivi/infiammatori responsabili dell'induzione del processo che porta alla diverticolite.

A riprova di tutto ciò, **ben considerato il limitato effetto degli antibiotici, è sempre più preferibile definire la diverticolite acuta come una condizione infiammatoria piuttosto che infettiva.** Il fatto che l'approccio terapeutico di noi medici risulti molto spesso distante dalle evidenze scientifiche internazionali pensiamo sia correlato, come accennato precedentemente, ad una difficoltà di fondo nella stipulazione di linee approvate in maniera universale; la scarsità di studi che indagano l'efficacia dei farmaci nei diversi quadri clinici della MD provoca quindi una inevitabile pluralità di trattamenti empirici e paziente-correlati troppo variabile e troppo poco consolidabile. **Ciò che noi consigliamo è, innanzitutto, stanziare maggiori fondi per incrementare il numero di studi**

scientifici sull'argomento: è cruciale ottenere in letteratura un quantitativo maggiore di dati adoperabili riguardo la corretta gestione terapeutica della patologia.

Riteniamo ugualmente fondamentale diffondere una maggiore informazione e formazione dei MMG in Italia sia ovviamente riguardo la MD sia più in generale su una conoscenza veramente consapevole delle basi della nutrizione umana, in quanto il corretto inquadramento anatomo-clinico del paziente correlato all'inquadramento delle sue abitudini alimentari è il primum movens verso la scelta di una terapia adeguata. Tutto ciò andrebbe ad attuare un approccio terapeutico valido a tutto tondo poiché l'unione della terapia farmacologica basata sulle evidenze scientifiche applicata alla corretta gestione quotidiana nutrizionale del paziente affetto da MD porterebbe ad una vittoria anche in termini di rapporto costo/efficacia, volgendo in questo modo attenzione, inevitabilmente, anche alle esigenze dei costi sanitari nazionali.

#### **Per approfondire...**

- Strate LL, Modi R, Cohen E, Spiegel BM. **Diverticular disease as a chronic illness: evolving epidemiologic and clinical insights.** Am J Gastroenterol 2012; 107: 1486–93
- Walker MM, Harris AK. **Pathogenesis of diverticulosis and diverticular disease.** Minerva Gastroenterol Dietol. 2017 Jun;63(2):99-109
- Cuomo R, Barbara G, Pace F, et al. **Italian consensus conference for colonic diverticulosis and diverticular disease.** United European Gastroenterol J 2014;2:413-42.
- Strate LL, Morris AM. **Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis.** Gastroenterology. 2019 Apr;156(5):1282-1298.e1.

# Farmacoutilizzazione del glucagone nei pazienti affetti da diabete mellito nella Medicina Generale Italiana.

A cura del Dott. **Gaetano d'Ambrosio**

## Panorama

L'ipoglicemia è una delle complicanze acute più comuni nei pazienti che soffrono di diabete. Si parla di ipoglicemia quando le concentrazioni di glucosio plasmatico risultano talmente basse da essere dannose per il paziente. Pragmaticamente si utilizza la soglia di 70 mg/dL per definire l'episodio ipoglicemico.

L'ipoglicemia, soprattutto nei pazienti in trattamento con insulina, risulta tra i principali fattori limitanti nella terapia del diabete sia di tipo 1 che di tipo 2. Inoltre, influisce in maniera negativa sulla qualità di vita del paziente a qualsiasi età e con qualsiasi forma di diabete. **Nella maggior parte dei casi, si tratta fortunatamente di ipoglicemie lievi; solo in circa il 10% dei casi si osservano episodi gravi con necessità di interventi sanitari tempestivi.**

L'insorgenza di ipoglicemia è caratterizzata da una serie di segni e sintomi legati all'attivazione del sistema simpatico (sintomi autonomici: tremori, ansia, nervosismo, palpitazioni, sudorazione, secchezza delle fauci, fame, pallore) e/o alla sofferenza del sistema nervoso centrale (sintomi neuro-glicopenici: irritabilità, confusione, difficoltà nell'eloquio e nel pensiero, atassia, parestesie, cefalea, convulsioni, coma). Episodi ripetuti di ipoglicemia sono associati a deficit cognitivi nei bambini, ospedalizzazioni ripetute, maggiore incidenza di eventi cardiovascolari e, conseguentemente, aumento dei costi dell'assistenza.

**Solitamente la sintomatologia che accompagna uno stato ipoglicemico è**

**immediatamente avvertita del soggetto diabetico, il quale può quindi agire prontamente. Tuttavia possono esservi differenze significative nella percezione dei sintomi neuroglicopenici.** I pazienti diabetici insulino-dipendenti mal controllati percepiscono i sintomi neurologici per valori di glicemia più alta della norma a causa di una down-regulation del sistema di trasporto del glucosio attraverso la barriera emato-encefalica. Per la ragione opposta, i pazienti diabetici trattati con dosi eccessive di insulina presentano una maggiore tolleranza all'ipoglicemia. Inoltre, in alcuni particolari contesti, come nel caso di pazienti anziani, o nel caso di ipoglicemie molto rapide e gravi o nel caso di una insorgenza di ipoglicemia notturna, tali sintomi possono non essere del tutto percepiti.

**Le cause dell'ipoglicemia possono essere molteplici. Nella maggior parte dei casi essa compare in soggetti diabetici in terapia con insulina o con sulfaniluree.** Fattori predisponenti sono: il perseguire target glicemici molto ambiziosi, l'età avanzata, l'insufficienza renale cronica. Fattori scatenanti: la riduzione dell'apporto di cibo, l'attività fisica intensa, errori nell'assunzione della terapia ipoglicemizante.

Sulla base della gravità si distinguono tre livelli di ipoglicemia: lieve, moderata e grave (Figura 1).

**Nel caso di ipoglicemia lieve il paziente presenta tremori, palpitazioni e sudorazione mentre, nel caso di ipoglicemia moderata, sopraggiunge anche un senso di debolezza e confusione. In entrambe le tipologie, il paziente è comunque generalmente in**

**grado di autogestirsi. Contrariamente, nell'ipoglicemia grave il paziente presenta un'alterazione dello stato di coscienza con la necessità di un intervento da parte di terzi. La gravità della sintomatologia è determinata anche dalla rapidità con cui si determina il calo glicemico.**

**Nel caso di ipoglicemia lieve-moderata, il trattamento prevede l'ingestione di cibi contenenti glucosio e carboidrati.** Sono preferibili gli zuccheri semplici, che permettono un assorbimento più rapido e una più facile quantificazione dei livelli di glicemia. In particolare, dovrebbero essere assunti per bocca circa 15 gr di carboidrati, preferibilmente glucosio, e la glicemia dovrebbe essere ricontrollata dopo 15 minuti. Se la glicemia è ancora inferiore a 100 mg/dL si somministrano altri 15 mg di glucosio e si esegue una ulteriore verifica dopo altri 15 minuti. Quando la soglia dei 100 mg/dL è superata, si può sospendere la somministrazione di glucosio ma è necessario eseguire un ulteriore controllo glicemico ancora dopo altri 15 minuti.

**Nel caso di una ipoglicemia grave, la complicanza acuta più temibile nei diabetici insulino-trattati, la terapia necessita obbligatoriamente l'intervento di terzi.**

Il trattamento di scelta si basa sulla somministrazione endovenosa di glucosio in soluzione ipertonica (dal 20 al 33%). Chiaramente tale procedura richiede la presenza di un accesso venoso e la disponibilità di un operatore esperto. **Una soluzione alternativa consiste nella somministrazione del glucagone alla dose di 1 mg, negli adulti e nei bambini di età superiore ai 12 anni, o**

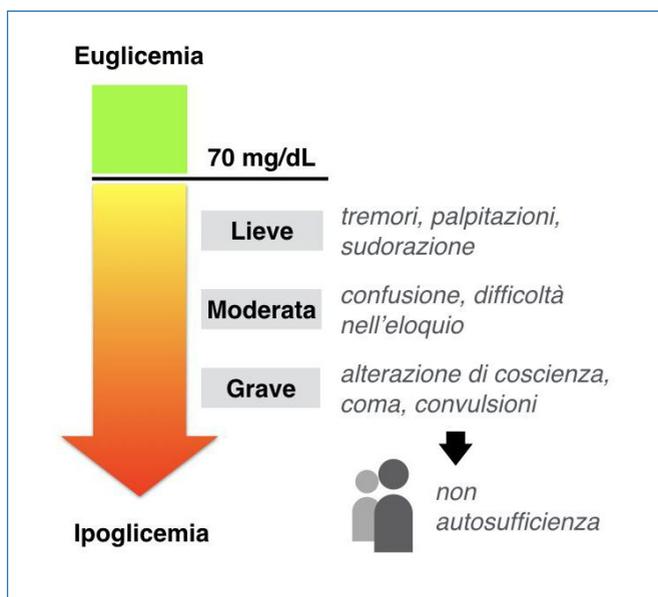


Figura 1. Livelli di gravità dell'ipoglicemia.

di 0,5 mg nei bambini al di sotto dei 12 anni. Questo farmaco è disponibile in siringhe pre-riempite e può essere facilmente somministrato per via intramuscolare o sottocutanea, anche in assenza di personale sanitario, dai familiari del paziente.

Il glucagone è un ormone peptidico che in condizioni normali funge da contro-regolatore rispetto all'insulina. È secreto dalle cellule alfa del pancreas quando la concentrazione ematica di glucosio scende al di sotto di 80 – 100 mg/dL e si lega ai suoi recettori, presenti principalmente sugli epatociti, determinando la degradazione del glicogeno (glicogenolisi) e il conseguente rilascio di glucosio nel sangue che consente di contrastare l'ipoglicemia indotta da insulina.

Per queste ragioni, i pazienti diabetici a rischio di ipoglicemia grave, soprattutto i diabetici insulino-trattati con elevata variabilità glicemica, dovrebbero poter disporre di una confezione di glucagone

e le persone a stretto contatto con essi dovrebbero essere istruite a riconoscere i sintomi dell'ipoglicemia e a somministrare prontamente il farmaco.

**Considerando il ruolo centrale svolto dal Medico di Medicina Generale nella gestione e nella presa in carico del paziente diabetico nonché l'importanza che ha il glucagone nella gestione delle ipoglicemie, il presente studio si è posto l'obiettivo di mettere in luce quale sia il livello di utilizzo del glucagone nel setting della Medicina Generale Italiana, analizzando i dati contenuti nel database Health Search (HS) generati dagli stessi Medici di Medicina Generale.**

#### Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva al 31/12/2017 con età superiore o uguale a 15 anni, in carico agli 800 Medici di Medicina Generale del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati

calcolati i seguenti indicatori.

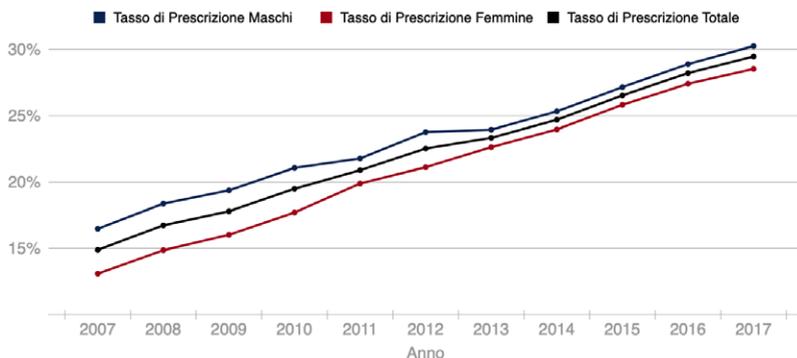
**Prevalenza d'uso (%) di glucagone nei pazienti con diabete di tipo 1**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con diagnosi di diabete di tipo 1 (ICD9 CM: 250.\*1 e 250.\*3) antecedente al 2017 ed almeno una prescrizione di glucagone (ATC: H04AA01) nel 2017;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di diabete di tipo 1 (ICD9 CM: 250.\*1 e 250.\*3) antecedente al 2017.

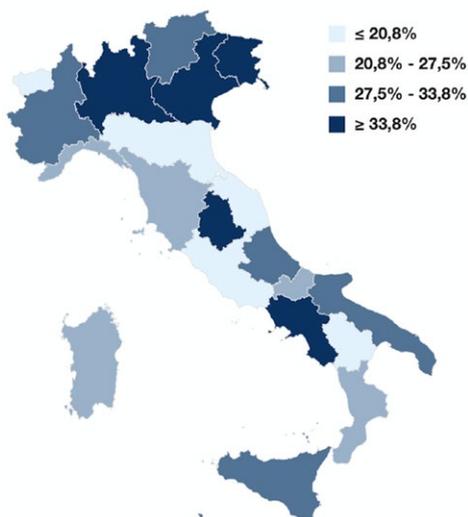
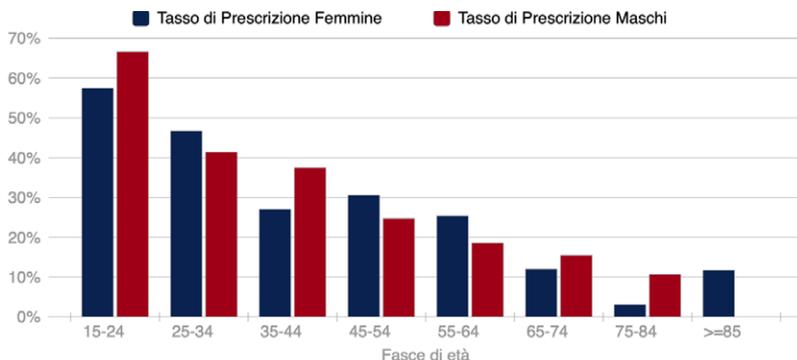
**Prevalenza d'uso (%) di glucagone nei pazienti con diabete di tipo 2**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con diagnosi di diabete di tipo 2 (ICD9 CM: 250\*, escludendo 250.\*1 e 250.\*3) antecedente al 2017 ed almeno una prescrizione di glucagone (ATC: H04AA01) nel 2017;

**Figura 2.** Trend prescrittivo di glucagone per i pazienti con diabete di tipo 1. Anno 2017.



**Figura 3.** Tasso di prescrizione di glucagone nella popolazione dei pazienti HS con diabete di tipo 1. Analisi per sesso e classi di età. Anno 2017.



**Figura 4.** Tasso di prescrizione di glucagone nella popolazione dei pazienti HS con diabete di tipo 1. Distribuzione per Regione. Anno 2017.

- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di diabete di tipo 2 (ICD9 CM: 250\*, escludendo 250.\*1 e 250.\*3) antecedente al 2017.

**Tasso di prescrizione di glucagone nei pazienti con diabete di tipo 1**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con diagnosi di diabete di tipo 1 ed almeno una prescrizione di glucagone al 31 Dicembre 2017;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di diabete di tipo 1 nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2017.

**Tasso di prescrizione di glucagone nei pazienti con diabete di tipo 2**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con diagnosi di diabete di tipo 2 ed almeno una prescrizione di glucagone al 31 Dicembre 2017;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di diabete di tipo 2 nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2017.

Tutte le analisi sono state stratificate per sesso, fascia d'età e Regione di residenza.

## Risultati dell'analisi

### Diabete di Tipo 1

A partire dalla popolazione di assistiti degli 800 Medici di Medicina Generale ricercatori HS attivi al 31/12/2017 sono stati identificati 132 pazienti con una diagnosi di diabete di tipo 1 e con una prescrizione di glucagone nell'anno (2017), per una prevalenza d'uso pari al 6,91% nel 2017.

Considerando il tasso di prescrizione di glucagone al 31 dicembre 2017, emergeva un totale di 571 pazienti (29,46%) con una diagnosi di diabete di tipo 1 ed almeno una prescrizione di glucagone nell'intera storia clinica del paziente. Il trend di prescrizione di glucagone risultava leggermente superiore per i pazienti di sesso maschile (30,25%) rispetto ai pazienti di sesso femminile (28,52%) (Figura 2).

Considerando le varie fasce d'età, si osservava, al 2017, un picco nel tasso di prescrizione di glucagone per la fascia più giovane (15-24 anni), sia per i pazienti di sesso maschile (66,67%) che femminile (57,43%), e un progressivo decremento nelle fasce di età più avanzate (Figura 3).

Dall'analisi sulla distribuzione geografica nell'anno 2017, emergeva un maggior tasso di prescrizione di glucagone

principalmente nelle regioni del Nord Italia (Lombardia 35,4%, Veneto 39,1% e Friuli-Venezia Giulia 40,7%) nonché in Umbria (36,4%) e Campania (45%) (Figura 4).

### Diabete di Tipo 2

Analizzando le stesse stime nei pazienti con diabete di tipo 2, emergeva una prevalenza d'uso di glucagone pari allo 0,22%, corrispondente a 165 pazienti affetti da tale forma di diabete.

Valutando il trend di prescrizione di glucagone al 31 dicembre 2017 per i pazienti con diabete di tipo 2, risultava un totale di 905 pazienti (1,13%) caratterizzati da almeno una prescrizione di glucagone, nell'intera storia clinica. Circa il 95% di questi pazienti aveva avuto una prescrizione di insulina o di sulfaniluree nei sei mesi precedenti la prescrizione del farmaco. In questo caso, la stima è risultata leggermente maggiore nelle femmine (1,20%) rispetto ai maschi (1,08%) (Figura 5).

Come per i pazienti affetti da diabete di tipo 1, il picco di prescrizione di glucagone si osservava per i pazienti compresi tra i 15 e 24 anni, per poi decrescere progressivamente nelle fasce d'età più avanzate (Figura 6).

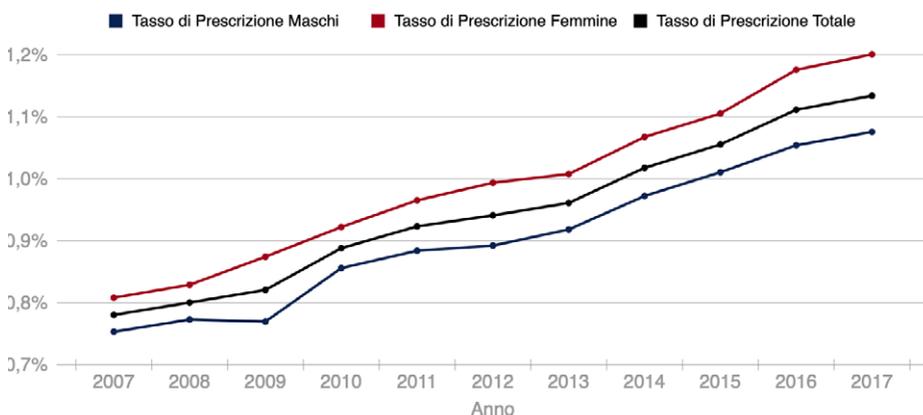
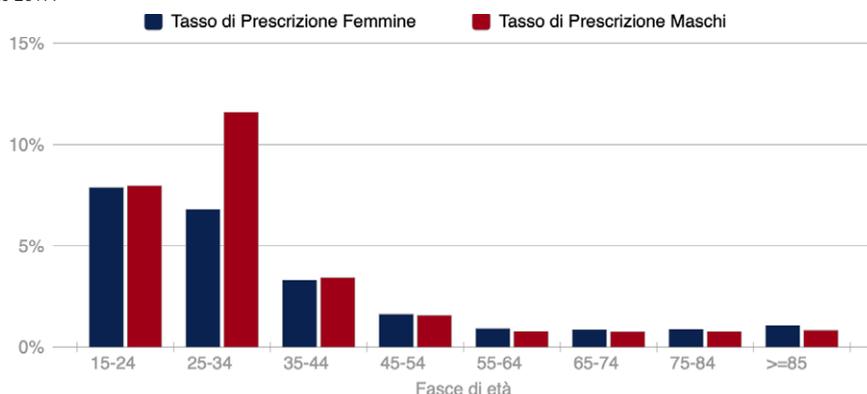
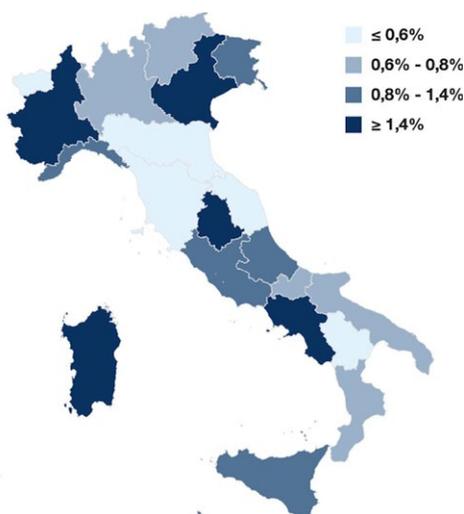


Figura 5. Trend prescrittivo di glucagone per i pazienti con diabete di tipo 2. Anno 2017.

**Figura 6.** Tasso di prescrizione di glucagone nella popolazione dei pazienti HS con diabete di tipo 2. Analisi per sesso e classi di età. Anno 2017.



**Figura 7.** Tasso di prescrizione di glucagone nella popolazione dei pazienti HS con diabete di tipo 2. Distribuzione per Regione. Anno 2017.



Dall'analisi per regione, si osservava in questo caso una maggiore prescrizione di glucagone in **Piemonte (1,5%), Veneto (1,7%), Umbria (2,2%), Campania (2,1%)** e Sardegna (Figura 7).

### Il parere del Medico di Medicina Generale

I dati di Health Search mettono in

luce una limitata propensione alla prescrizione di glucagone sia nei pazienti con diabete di tipo 1 che di tipo 2.

Come indicato nelle più recenti linee guida, il glucagone rappresenta una arma formidabile per il trattamento delle ipoglicemie gravi.

Questo farmaco, infatti, può essere

facilmente somministrato anche da un familiare, con un minimo grado di preparazione, a differenza delle soluzioni glucosate ipertoniche che invece richiedono la disponibilità di personale qualificato per la somministrazione endovenosa.

Appare, quindi, preoccupante che il farmaco sia disponibile solo per il

30% dei pazienti con diabete di tipo 1 e per poco più dell'1% dei pazienti con diabete di tipo 2. Bisogna tuttavia considerare che tra i pazienti di tipo 2 sono considerati a rischio di ipoglicemie solo i pazienti insulino-trattati e quelli che assumono una sulfanilurea.

I dati relativi alle prescrizioni non consentono di riconoscere i fattori che inducono il sotto-utilizzo del glucagone nei pazienti diabetici. Si può tuttavia ipotizzare che una delle cause del fenomeno possa essere ricercata in una scarsa conoscenza del glucagone come farmaco e che un intervento informativo / formativo sulla gestione delle ipoglicemie possa favorire una migliore gestione di questa temibile complicanza del diabete e delle conseguenze negative che essa comporta in termini di mortalità, ospedalizzazioni, qualità della vita, costi diretti e indiretti.

Ci auguriamo che la diffusione dei dati di Health Search possa dare un contributo significativo in questa direzione.

#### **Per approfondire...**

- Società Italiana di Diabetologia. **Standard italiani per la cura del Diabete Mellito, 2018**
- Kedia N. **Treatment of severe diabetic hypoglycemia with glucagon: an underutilized therapeutic approach.** Diabetes Metab Syndr Obes. 2011; 4: 337–346.
- Seaquist ER, Anderson J, Childs B et al. **Hypoglycemia and diabetes: a report of a workgroup of the American Diabetes Association and the Endocrine Society.** Diabetes Care. 2013 May;36(5):1384-95.

# Epidemiologia e gestione delle Demenze nella Medicina Generale Italiana

A cura del Dott. **Ettore Marconi**

## Panorama

In molti dei Paesi sviluppati e in via di sviluppo si sta osservando un progressivo invecchiamento della popolazione con l'aspettativa di vita fortemente aumentata negli ultimi cento anni. Basti pensare che a metà degli anni '50 la popolazione di età superiore o uguale a 65 anni non superava il 10%, mentre quella con più di 80 anni raggiungeva l'1%-3% della popolazione. Ad oggi, prendendo l'Italia come esempio, tali percentuali risultano duplicate se non addirittura triplicate per gli ultraottantenni. **Questo progressivo invecchiamento della popolazione coincide con l'aumento delle patologie croniche-degenerative, tra le quali le demenze risultano tra le forme sicuramente più gravi e invalidanti. Ad oggi, si stima che nel mondo circa 50 milioni di persone siano affette da demenza nelle sue molteplici forme ed evoluzioni e che tale valore triplicherà entro il 2050 raggiungendo circa 150 milioni di malati. A livello Europeo, le stime mettono in luce circa 25% di nuovi casi di demenza ogni anno, con un incremento esponenziale nell'insorgenza di malattia all'aumentare dell'età.** Nel nostro paese, nonostante una probabile sottostima data dalla carenza di sistemi di registrazione e di controllo di tali patologie, si contano circa 600mila malati di demenza (demenza di Alzheimer). **Diversamente, il Mild Cognitive Impairment (MCI), che si riferisce ad una popolazione di soggetti anziani potenzialmente a rischio di sviluppare demenza, si riscontra in circa il 19% dei pazienti ultrasessantacinquenni.** Questi soggetti non sono compromessi

nel loro funzionamento quotidiano e presentano un deficit cognitivo lieve e subclinico.

**La gestione dei pazienti con demenza, più che per altre cronicità, necessita di una integrazione e di una interoperabilità di più figure professionali sanitarie allo scopo di rendere il percorso di cura e di assistenza dei pazienti il più continuo e appropriato possibile, partendo dalla fase di sospetto diagnostico fino ad arrivare alla gestione della patologia conclamata.** Quello che però ad oggi tende ad emergere è una gestione delle demenze eccessivamente sbilanciata in direzione specialistica, con interventi non continuativi e poco coordinati. Tutto questo si traduce in una incapacità di rispondere in modo appropriato ai bisogni dei pazienti e, non meno importante, delle famiglie. A tal proposito, **il World Alzheimer Report dell'Alzheimer Disease International (ADI)**, federazione delle associazioni mondiali sull'Alzheimer e altre demenze, ha cercato negli ultimi anni di delineare e strutturare un percorso quanto migliore possibile nell'assistenza di tali pazienti. **Per raggiungere l'obiettivo, è stato rivalutato il ruolo delle cure primarie e dei Medici di Medicina Generale (MMG) all'interno dei servizi e nella gestione del percorso assistenziale di tali pazienti.** Infatti, il MMG è l'operatore sanitario che conosce in modo approfondito il profilo cognitivo e comportamentale dei suoi assistiti e che di conseguenza può identificare quelli che sono i segni iniziali di un decadimento cognitivo anche su segnalazione di un familiare o di una persona vicina al paziente.

Pertanto, in caso di sospetto diagnostico,

**compito del MMG è di procedere con la valutazione tempestiva delle funzioni cognitive dei pazienti utilizzando strumenti semplici e rapidi da somministrare, come il GPCog (General Practitioner assessment of Cognition) che appare il test più completo in quanto esamina anche lo stato funzionale del paziente tramite intervista al familiare/caregiver.**

Come indicato dalle Linee Guida (SNLG, NICE), **nelle fasi iniziali di decadimento cognitivo è raccomandato eseguire una serie di esami di laboratorio per escludere encefalopatie metaboliche croniche che causano stato confusionale e perdita di memoria.**

**Al contempo, è raccomandato l'impiego delle tecniche di imaging (TAC e RMN) finalizzate all'esclusione di patologie quali tumori, ematomi subdurali e idrocefalo normoteso, in forza della predittività negativa ottimale fornita da tali tecniche in questo specifico momento del percorso diagnostico.** Secondo il parere degli esperti, le apparecchiature TAC multistrato senza l'uso di mezzo di contrasto sono adeguate nelle fasi di indagini iniziali per i criteri diagnostici di esclusione contenuti nelle Linee Guida.

**Un ulteriore intervento da parte del MMG è di procedere con la consulenza specialistica e con percorsi assistenziali utili sia al paziente sia alle famiglie coinvolgendo i servizi dedicati (Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze).**

**Una gestione multidisciplinare delle varie forme di demenze, basata sul massimo livello di evidenza possibile, deve innanzitutto basarsi su una valutazione delle modalità e delle capacità di azione degli operatori e delle**

strutture coinvolte, così da metterle in luce aspetti positivi e criticità. Alla luce di queste considerazioni il presente studio si è posto l'obiettivo di valutare la gestione del paziente con demenza attraverso l'impiego di specifici indicatori, costituiti dall'inquadramento epidemiologico di tali disturbi e dalla loro gestione in termini di richieste di esami di laboratorio, visite specialistiche e accertamenti diagnostico-strumentali, all'interno del setting della Medicina Generale Italiana, impiegando i dati contenuti nel database Health Search (HS) generati dagli stessi MMG.

### Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva al 31/12/2017 con età superiore o uguale a 15 anni, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

**Prevalenza lifetime (%) di Demenza**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con almeno una diagnosi di demenza (ICD9 CM: 290.0x, 290.1x, 290.4x, 310.1x, 331.0x, 331.1x, 331.3x, 331.8x) al 31 dicembre del 2017;
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2017.

**Incidenza (x 1000 pazienti) di Demenza**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti con una "prima" diagnosi di demenza (ICD9 CM: 290.0, 290.1, 290.4, 310.1, 331.0, 331.1, 331.3, 331.8) nel 2017;
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, privi della malattia al 1° gennaio del 2017.

**Prevalenza (%) di esami ematochimici richiesti per i pazienti con diagnosi di Demenza**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con diagnosi di demenza con almeno

una prescrizione di uno dei seguenti esami: emocromo, glicemia; ormone tireostimolante (TSH); sodio; potassio; cloro; calcio; vitamina B12 (la cui data di prescrizione sia inferiore a 90 giorni la data della diagnosi) al 31 dicembre del 2017;

- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di demenza al 31 dicembre del 2017.

**Prevalenza (%) di visite specialistiche richieste per i pazienti con diagnosi di Demenze**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con diagnosi di Demenza con almeno una richiesta di visita geriatrica e/o visita neurologica registrata in HS (entro 90 giorni dalla data della diagnosi) al 31 dicembre del 2017;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di demenza al 31 dicembre del 2017.

**Prevalenza (%) di indagini diagnostico-strumentali richieste per i pazienti con diagnosi di Demenze**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con diagnosi di Demenza con almeno una richiesta di TAC encefalo senza contrasto, TAC encefalo con contrasto, RMN encefalo senza contrasto, RMN encefalo con contrasto registrata in HS (entro 90 giorni dalla data della diagnosi) al 31 dicembre del 2017;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di demenza al 31 dicembre del 2017.

Tutte le analisi sono state stratificate per sesso, fascia d'età e regione di residenza.

### Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di 1.014.308 assistiti degli 800 MMG ricercatori HS attivi al 31/12/2017 sono stati identificati 28.696 pazienti con una diagnosi di demenza, per una prevalenza di 2,81%. La prevalenza di malattia è stata nettamente superiore nelle donne rispetto agli uomini (3,53%

F vs. 2,04% M). Inoltre, essa aumenta in maniera costante al crescere dell'età, raggiungendo il picco nella popolazione ultraottantacinquenne, sia femminile (22,98%) che maschile (17,68%) (Figura 1).

Sono stati identificati 4.440 nuovi pazienti con demenza per l'anno 2017, con una incidenza di 4,45 (x 1000 pazienti). Anche in questo caso, la stima è risultata maggiore nelle donne (5,39 x 1000) rispetto ai maschi (3,45 x 1000 pazienti), con il picco di casi di malattia riscontrato nella popolazione ultraottantacinquenne per entrambi i sessi (Femmine: 39,17 x 1000 vs. Maschi: 34,32 x 1000) (Figure 2).

Dalla distribuzione geografica della malattia, si evidenzia una prevalenza maggiore principalmente nelle regioni del Centro Italia e del Centro-Sud. In particolare, le regioni con le stime di prevalenza più elevate sono risultate l'Emilia Romagna (4,2%), l'Umbria (3,9%), le Marche (3,3%), l'Abruzzo (3,5%) ed il Molise (3,5%). Distribuzioni sovrapponibili si sono riscontrate anche per le stime di incidenza.

Per quanto riguarda la gestione della malattia, la percentuale delle diverse richieste di esami ematochimici (prevalenza d'uso) evidenzia che il MMG richiedeva principalmente emocromo (39,77%), glicemia (34,40%), potassiemia (23,53%) e sodiemia (20,22%). In tal senso, è da considerare un progressivo aumento dal 2007 al 2017 nelle richieste di esami per tutti i parametri, ad eccezione di alcuni che mostrano un leggero calo negli ultimi 3 anni (Figura 3). Tali richieste riguardavano principalmente i pazienti di età più avanzata, in particolare a partire dalla fascia di età compresa tra i 65 ed i 74 anni, tranne nel caso delle richieste del dosaggio ematico dell'ormone TSH, più frequente nei giovani adulti. La distribuzione delle richieste di esami è sovrapponibile nei due sessi, con frequenze relativamente maggiori per le singole tipologie nel sesso femminile. Per quanto concerne il numero di

esami ematochimici richiesti al 31 dicembre del 2017, si osserva una notevole percentuale di pazienti privi di qualsiasi richiesta di esami considerando le varie fasce d'età. In particolare, si passa da un massimo dell'87% di assenza di esami nelle fasce di età più basse (15-24 anni), fino ad un minimo del 51% negli ultraottantacinquenni.

Diversamente, considerando la quota di pazienti (stratificata per fasce d'età) che avevano avuto una o più richieste di esami da parte dell'MMG, emerge che per la maggior parte di tali pazienti erano stati prescritti da 2 a 4 esami (Figura 4).

Andando ad analizzare le richieste di visite specialistiche (prevalenza d'uso) al 31 dicembre del 2017, emerge un progressivo incremento nelle richieste di visite geriatriche all'aumentare dell'età, con un picco nei pazienti oltre 85anni (23,90%). Diversamente, per quanto riguarda le

richieste di consulenze neurologiche, si osserva un progressivo incremento nella percentuale di richieste a partire dalla fascia di età compresa tra i 15-24 anni (15,76%), con il picco nei pazienti tra i 55 ed i 64 anni (36,51%) per poi progressivamente decrescere nei soggetti più anziani.

Focalizzandosi sulle distribuzioni delle tipologie di visite specialistiche nelle varie fasce d'età, si osserva anche in questo caso una elevata percentuale di pazienti privi di qualsiasi tipologia di richiesta, con un range tra l'84,24% per i pazienti di età compresa tra 15 e 24 anni, ed il 51,41% per i pazienti più anziani (75-84) (Figura 5). La distribuzione delle richieste di visite specialistiche per i due sessi mostra una maggior percentuale di visite geriatriche nelle donne (18,79%) rispetto agli uomini (16,94%). Situazione opposta si osserva invece per le visite neurologiche (Maschi: 32,21% vs. Femmine: 28,86%).

Per quanto concerne le richieste di indagini diagnostico-strumentali all'interno delle varie fasce d'età, si osserva una percentuale di richieste di RMN non superiore al 7% (55-64 anni). Questa risulta molto inferiore nei pazienti tra i 15-24 anni (1,63%). Allo stesso modo, le richieste di TAC incrementano progressivamente all'aumentare dell'età, con un picco nei pazienti tra i 75 e gli 84 anni (11,98%). Anche in questo caso, focalizzandosi sulla distribuzione di tali accertamenti nelle varie fasce d'età, emerge una elevata quota di pazienti priva di qualsiasi richiesta di indagine-strumentale con una variazione tra l'83,09% ed il 97,28% (Figura 6).

Nell'analisi stratificata per sesso, i pazienti di sesso maschile mostravano, sia per le richieste di RMN che TAC, percentuali superiori fino ad un massimo di un punto percentuale rispetto al sesso femminile.

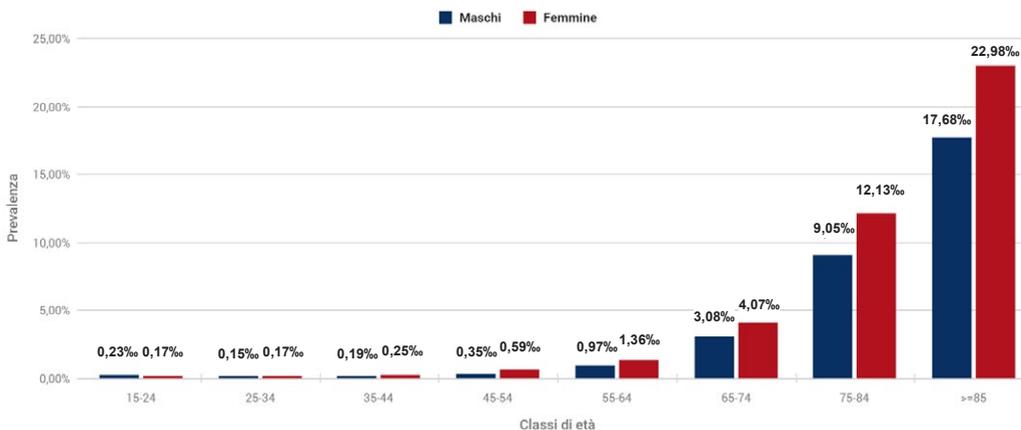
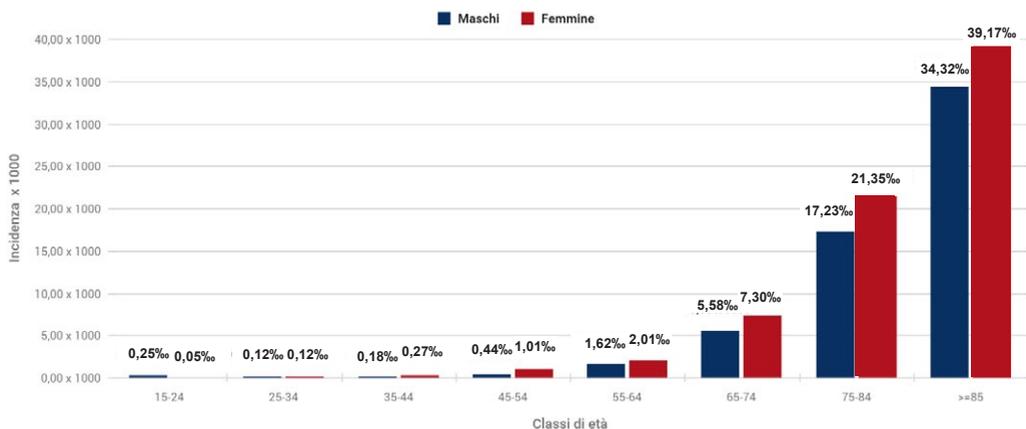
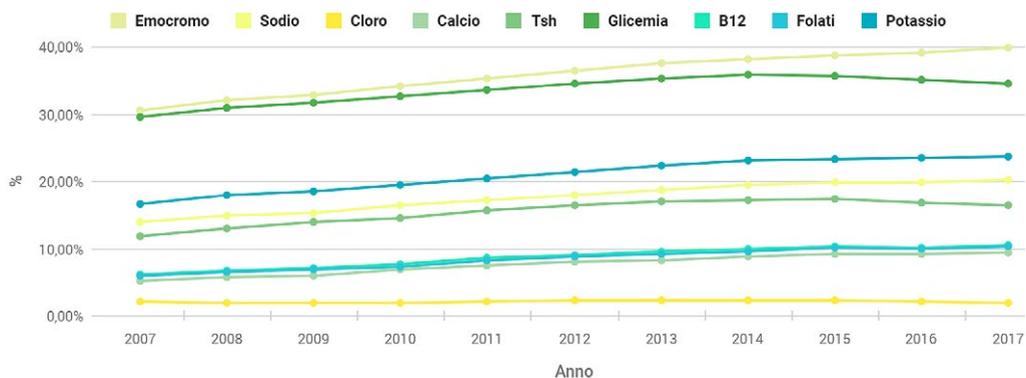


Figura 1. Prevalenza lifetime (%) di Demenza nella popolazione attiva del campione degli 800 medici HS al 31 Dicembre 2017. Distribuzione per sesso e fasce di età.

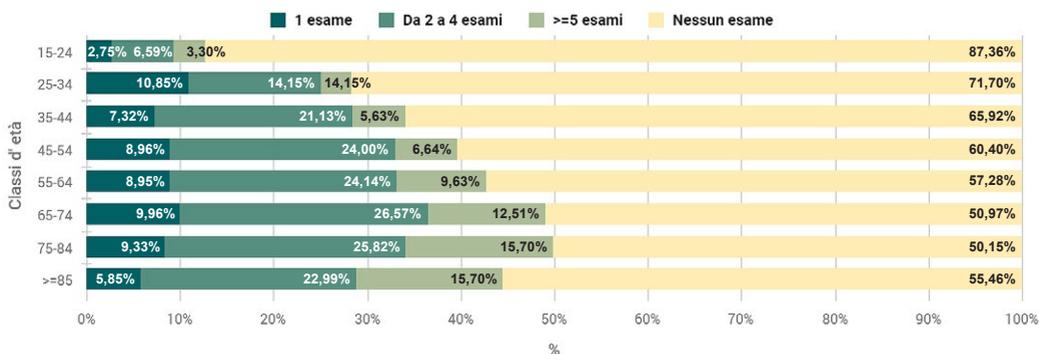
**Figura 2.** Incidenza (x 1000 pazienti) di Demenza nella popolazione attiva del campione degli 800 medici HS al 31 Dicembre 2017. Distribuzione per sesso e fasce d'età.



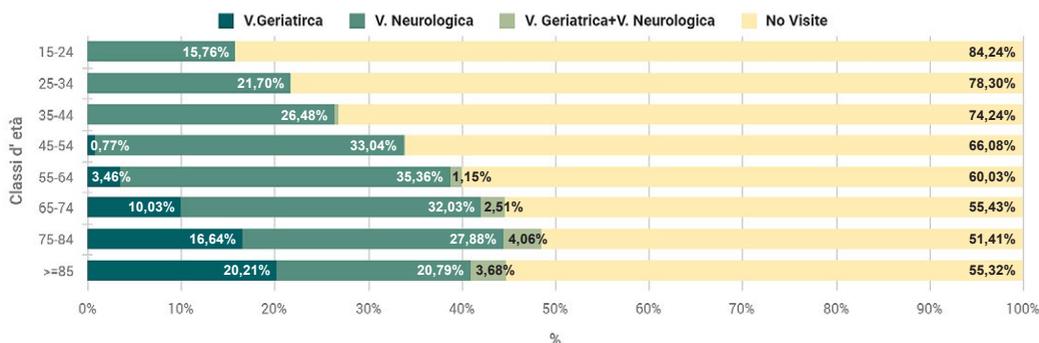
**Figura 3.** Trend di prevalenza (%) di richieste per esami di laboratorio nei pazienti con diagnosi di Demenza in carico agli 800 medici HS (1 gennaio 2007-31 dicembre 2017). Analisi stratificata per tipologia di esame richiesto.



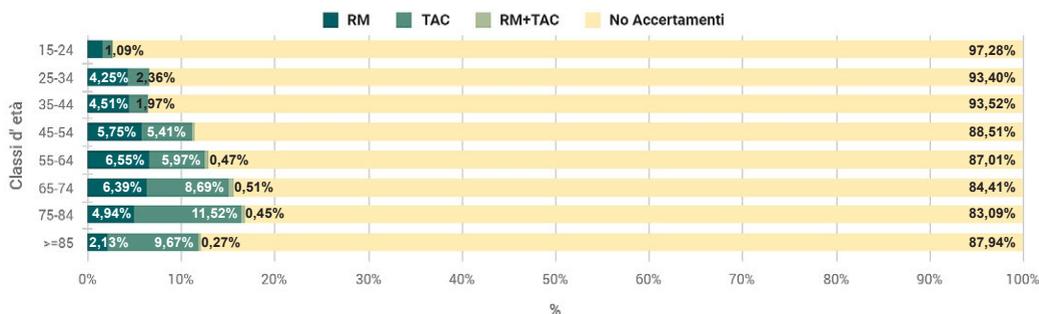
**Figura 4.** Distribuzione delle richieste per esami di laboratorio nei pazienti con diagnosi di Demenza in carico in carico agli 800 medici HS al 31 dicembre 2017. Analisi per classi di età e numero di esami di laboratorio.



**Figura 5.** Distribuzione delle richieste per visite specialistiche nei pazienti con diagnosi di Demenza in carico in carico agli 800 medici HS al 31 dicembre 2017. Analisi per tipologia di visita e classi di età.



**Figura 6.** Distribuzione delle richieste per accertamenti diagnostico-strumentale nei pazienti con diagnosi di Demenza in carico in carico agli 800 medici HS al 31 dicembre 2017. Distribuzione per tipologia di accertamento e classi di età.



## Il parere del Medico di Medicina Generale

I dati di Health Search mettono in luce una buona propensione all'identificazione del problema delle demenze da parte del MMG. Le stime di prevalenza ed incidenza identificate nello studio risultano sovrapponibili ai dati di letteratura, come quelli riportati all'interno del World Alzheimer Report 2015. Le demenze, nelle loro molteplici forme, sono patologie con le quali il MMG entra spesso in contatto. Tuttavia, gli indicatori di performance riguardo la gestione dei pazienti, dedotti sulla base delle evidenze fornite dalle principali Linee Guida, evidenziano una bassa aderenza da parte del MMG. In particolare, per quanto riguarda gli esami di laboratorio emerge una bassa percentuale di richieste delle varie tipologie di esami. In tal senso, dallo studio emerge che nessuna tipologia di esame laboratoristico supera il 40% di richiesta (solo l'emocromo - 41% - nella fascia d'età compresa tra 75 ed 84 anni). Più in generale, si osserva un 16% di pazienti con 5 o più richieste di esami di laboratorio tra quelli raccomandati (valore riferito ai pazienti di età maggiore o uguale di 75 anni). Al contempo, emerge una elevata percentuale di pazienti ai quali non è stato prescritto alcun esame. Lo studio mette anche in luce una bassa propensione del MMG alla richiesta di accertamenti diagnostico-strumentali (TAC e RMN) e,

seppure in minor misura, anche di visite specialistiche.

Questi risultati potrebbero derivare da una scarsa conoscenza del MMG delle procedure di gestione appropriata del paziente con demenza. Tuttavia, un altro aspetto critico del problema può essere correlato al fatto che, oltre che per conferma diagnostica, diagnosi differenziale e impostazione terapeutica, l'invio del paziente allo specialista da parte del MMG si rende necessaria per la prescrizione di farmaci specifici (inibitori delle colinesterasi) e di neurolettici atipici, nonché per le richieste di invalidità presso quelle commissioni che procedono soltanto dopo valutazione specialistica. Tale "obbligatorietà" di delega allo specialista può quindi rappresentare un fattore disincentivante per il MMG con conseguente riduzione dell'abitudine clinica alla gestione del problema. In conclusione, la gestione appropriata delle patologie deve partire da dati oggettivi che quantifichino le dimensioni dei problemi e ne mettano in evidenza i punti critici. Infatti, è la misura dell'appropriatezza che contribuisce fortemente a determinare la struttura complessiva della performance degli interventi sanitari ed a valutarne gli eventuali cambiamenti nel tempo. Su alcuni aspetti della gestione dei pazienti affetti da demenza in Medicina Generale, le analisi effettuate indicano la necessità di azioni mirate sulle criticità emerse. A questo scopo, è

auspicabile un cambiamento culturale delle varie figure professionali coinvolte nella gestione di pazienti complessi, nell'ottica di un'assistenza sanitaria che possa definirsi realmente multidisciplinare e in grado di definire al meglio le strategie più appropriate che consentano di porre i pazienti al centro del processo di cura.

A cura del Dott. Francesco Mazzoleni

### Per approfondire:

- Istituto Superiore Sanità. SNLG. 2013. Impiego delle tecniche di imaging nelle demenze.
- Alzheimer's Association. 2018 Alzheimer's disease facts and figures.
- Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2016: Improving Healthcare for People Living with Dementia: Coverage, Quality and Costs now and in the Future. London: Alzheimer's Disease International (ADI); 2016.
- National Institute for Health and Care Excellence (UK). (NICE). 2018. Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers.

# Epidemiologia dell'Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa nella Medicina Generale Italiana

A cura della Dott.ssa **Rita Marchi**

## Panorama

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), recentemente rinominati come **Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione**, sono disturbi psicologici e psichiatrici tra i più complessi ed eterogenei. Secondo il più importante manuale diagnostico - **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)** pubblicato dall'American Psychiatric Association - i DCA vengono definiti come **caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica e/o il funzionamento psicosociale**.

I **DCA** sono tra le patologie più frequentemente riscontrate negli adolescenti e, in questa fascia d'età, rappresentano la terza causa di malattia cronica, solamente dopo obesità e asma. Proprio sulla base della nuova definizione, i DCA comprendono **i disturbi della nutrizione caratteristici dell'infanzia e i disturbi dell'alimentazione**.

In quest'ultimi, le due categorie diagnostiche maggiormente frequenti sono la **Bulimia Nervosa** e l'**Anoressia Nervosa**. Chi soffre di Bulimia Nervosa o di Anoressia Nervosa, presenta una **paura del grasso e una preoccupazione patologica per quanto riguarda il peso e la forma del proprio corpo**. Questo fa sì che l'individuo instauri una autovalutazione prevalentemente basata sulla percezione del proprio corpo e che la vita quotidiana venga continuamente e indebitamente influenzata da pratiche atte a controllarlo.

**Nella Bulimia Nervosa la fobia per il grasso e i tentativi nella perdita di**

**peso corporeo sono le caratteristiche principali**. Tuttavia i pazienti con Bulimia Nervosa rientrano spesso in un range normale di peso, e spesso sono riluttanti o negano il loro stato di malessere. Infatti, la Bulimia Nervosa è caratterizzata da episodi di abbuffate, che consistono nel mangiare una quantità di cibo molto superiore alla norma, oppure dalla sensazione di perdere il controllo e di non riuscire a fermarsi; in genere si hanno almeno 1-2 episodi alla settimana. Successivamente all'abbuffata c'è la fase compensatoria di eliminazione delle calorie in eccesso attraverso il vomito indotto o l'uso di diuretici, lassativi o un eccesso di attività fisica. I livelli di autostima sono bassissimi e sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo. **L'Anoressia Nervosa è forse la forma di disturbo dell'alimentazione più conosciuta e studiata**.

È un disordine psichiatrico estremamente grave, **caratterizzato dalla più alta mortalità tra tutte malattie psichiatriche**. I soggetti che ne soffrono hanno una estrema insoddisfazione per il proprio corpo o per parti di esso. **L'ossessione per il peso si adempie attraverso un approccio di tipo restrittivo (attraverso il ridotto apporto nutrizionale) ed uno con abbuffate e/o condotte di eliminazione (attraverso l'uso di diuretici, vomito, iperattività motoria)**.

Inoltre, il paziente con Anoressia Nervosa mostra segni evidenti di malnutrizione che possono facilitare o indirizzare la diagnosi. **Entrambe le tipologie di disturbo sono caratterizzate da una serie di comorbilità e complicanze sia di natura psichiatrica che non**.

I soggetti con Bulimia Nervosa mostrano una erosione dello smalto dei denti, ed abrasioni interne causate dall'induzione del vomito. Per quanto riguarda l'Anoressia

Nervosa, le gravità e le conseguenze delle sequele indotte sono strettamente collegate alla velocità con il quale viene perso il grasso corporeo, dall'età del paziente e da molte altre caratteristiche. Nei pazienti con Anoressia Nervosa spesso si osserva disidratazione, alopecia, ipotermia, ritardo della crescita e sviluppo, amenorrea con le conseguenze di una pseudo menopausa con osteoporosi. Entrambe le patologie possono poi determinare una serie di complicanze più gravi, prevalentemente a livello gastrointestinale (come esofagiti e pancreatiti) e cardiovascolare (principalmente bradicardia e numerose anomalie della funzionalità cardiaca). Nei pazienti con Bulimia Nervosa e Anoressia Nervosa le comorbilità di natura psichiatrica, in particolare i disturbi d'ansia e dell'umore, i disturbi ossessivi compulsivi e l'abuso di sostanze sono estremamente frequenti. Ne consegue un alto tasso di suicidi, che rappresentano la causa principale di morte prematura in questi disturbi.

**In tale contesto, il Medico di Medicina Generale (MMG) riveste un ruolo chiave nell'identificazione e nel riconoscimento delle sintomatologie e dei segni che possono far sospettare una diagnosi di Bulimia Nervosa o Anoressia Nervosa. L'intervento del Medico di Medicina Generale viene in tal senso considerato il primo livello nella rete dei Disturbi dell'alimentazione. L'identificazione precoce di tali patologie ad opera del MMG è di primaria importanza per iniziare tempestivamente la cura del paziente e per migliorarne la prognosi.** Inoltre, in numerosi studi risulta che l'assistenza fornita dal MMG è maggiormente accettata dal paziente con tali disturbi.

In Europa, la prevalenza di Anoressia Nervosa si attesta tra lo 0,5 e 3,7 per cento nella popolazione femminile, e tra 1,1 e il 4,2 per cento per quanto riguarda la bulimia. Entrambe le tipologie di disturbo sono caratteristiche del genere femminile; il rapporto tra maschi e femmine si attesta tra 1:6 e 1:10. Inoltre, come descritto in precedenza, l'adolescenza risulta essere la fascia d'età più colpita da tali patologie. Ad oggi tuttavia, non esiste ancora un dato epidemiologico condiviso e consolidato dei DCA, prevalentemente a causa delle difficoltà nell'uniformare gli studi attuati a definirla.

**Considerando tutti gli elementi precedentemente discussi, il presente studio si è posto l'obiettivo di inquadrare l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa nel setting della Medicina Generale Italiana, mediante l'impiego dei dati di Health Search (HS), così da fornire un quadro epidemiologico Nazionale su tali disturbi.**

### Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva al 31/12/2017, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

**Prevalenza (%) di Bulimia Nervosa**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti con una diagnosi di Bulimia (ICD9 CM: 307.51) nel 2017;
- **denominatore:** numero di individui presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2017.

**Incidenza (x 1000 soggetti) di Bulimia Nervosa**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti con una "nuova" diagnosi di Bulimia (ICD9 CM: 307.51) nel 2017;
- **denominatore:** numero di soggetti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, privi della malattia al 1° gennaio del 2017.

**Prevalenza (%) di Anoressia Nervosa**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti con una diagnosi di Anoressia

Nervosa (ICD9 CM: 307.1x) nel 2017;

- **denominatore:** numero di individui presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2017.

**Incidenza (x 1000 soggetti) di Anoressia Nervosa**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti con una "nuova" diagnosi di Anoressia Nervosa (ICD9 CM: 307.1x) nel 2017;
- **denominatore:** numero di soggetti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, privi della malattia al 1° gennaio del 2017.

Tutte le analisi sono state stratificate per sesso, età e regione di residenza.

### Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di 1.014.308 assistiti degli 800 MMG ricercatori HS attivi al 31/12/2017, **sono stati identificati 630 soggetti con una diagnosi di Bulimia Nervosa, per una prevalenza di 0,06%.**

La prevalenza di malattia è stata nettamente superiore nelle donne rispetto agli uomini (0,10% F vs. 0,02% M). Inoltre, essa aumenta a partire dalle fasce d'età più giovani per poi decrescere progressivamente all'aumentare dell'età. Il picco massimo si osserva nella popolazione compresa tra i 25 ed i 34 anni, per quanto riguarda i soggetti di sesso femminile (0,18%). Nei maschi, tale stima rimane costante (0,02%) fino alla fascia d'età compresa tra i 65 ed i 74 anni (**Figura 1**).

**Sono stati identificati 32 nuovi pazienti con Bulimia Nervosa per l'anno 2017,**

**per una incidenza di 0,03 (x 1000 soggetti).** Anche in questo caso, la stima è risultata più alta nelle donne (0,06 x 1000), con il picco di malattia riscontrato nella fascia d'età compresa tra i 35 ed i 44 anni (0,11 x 1000) (**Figura 2**).

**Per quanto riguarda l'Anoressia Nervosa, dall'analisi del database HS sono emersi 670 soggetti, per una prevalenza di 0,07%.** La prevalenza di malattia è stata nettamente superiore nelle donne rispetto agli uomini (0,11% F vs. 0,01% M). Tale stima aumenta

a partire dalle fasce d'età più giovani per poi decrescere progressivamente all'aumentare dell'età. Il picco massimo si osserva nella popolazione compresa tra i 25 ed i 34 anni, sia femminile (0,26%) che maschile (0,04%) (**Figura 3**).

**Anche in questo caso sono stati identificati 32 nuovi pazienti (28 F vs.**

**4 M) con Anoressia Nervosa per l'anno 2017, per una incidenza di 0,03 (x 1000 soggetti).** L'incidenza è risultata più alta nelle donne (0,05 x 1000) rispetto agli uomini (0,01 x 1000), concentrandosi nella fascia d'età compresa tra i 15 ad i 24 anni (0,17 x 1000) (**Figura 4**).

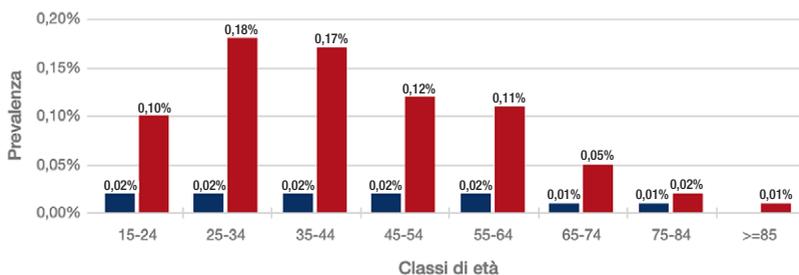
**La distribuzione geografica della Bulimia Nervosa evidenzia una netta separazione Nord-Sud delle stime di prevalenza.** Infatti, le prevalenze più elevate si riscontrano nelle regioni del Nord, come Lombardia (0,08%), Piemonte (0,09%), Veneto (0,08%) e Friuli Venezia Giulia (0,1%), e Toscana (0,08%) e Emilia Romagna (0,08%) per quanto riguarda le regioni del Centro. Risultati sovrapponibili si riscontrano anche le stime di incidenza (**Figura 5**).

Contestualmente, **per quanto riguarda la distribuzione geografica della Anoressia Nervosa, si evidenzia un gradiente Nord-Sud delle stime di prevalenza.** In particolare, fatta eccezione per il Piemonte, le stime di prevalenza di più alte sono emerse per le Marche (0,08%), la Toscana (0,08%), il Veneto (0,08%), l'Emilia Romagna (0,09%), la Lombardia (0,09%) ed il Trentino-Alto Adige (0,08%). Risultati sovrapponibili si riscontrano anche le stime di incidenza (**Figura 6**).

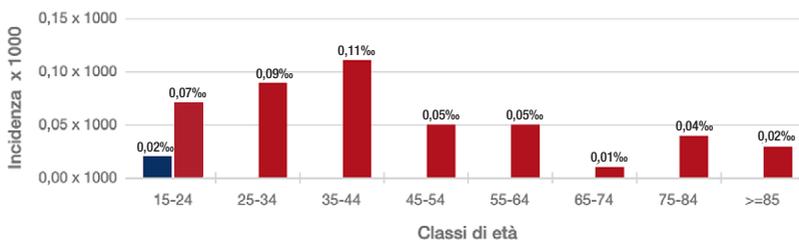
**Il parere del Medico di Medicina Generale**

**In Italia si calcola che circa 3 milioni di persone siano affette da Disturbi dell'alimentazione, di cui il 95,9% sono donne.** La prevalenza si attesta tra 1-5% per la Bulimia Nervosa e tra lo 0,2-0,8% per Anoressia Nervosa. Per quanto riguarda l'incidenza di tali disturbi, in particolare per Bulimia Nervosa ogni anno si registrano 12 nuovi casi per 100mila persone tra le donne e circa 0,8 nuovi casi tra gli uomini.

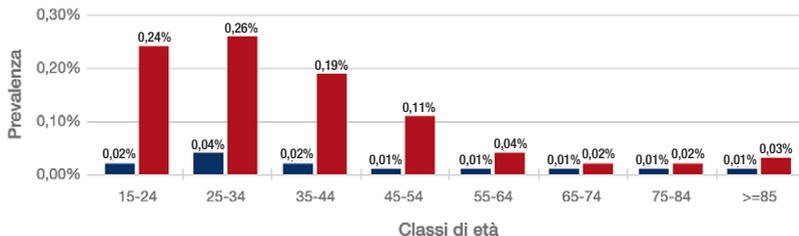
**Figura 1.** Prevalenza lifetime (%) di Bulimia Nervosa nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e fasce d'età. Anno 2017.



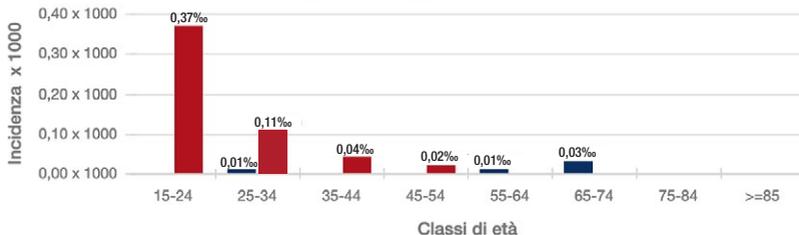
**Figura 2.** Incidenza (x 1000 soggetti) di Bulimia Nervosa nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e fasce d'età. Anno 2017.



**Figura 3.** Prevalenza lifetime (%) di Anoressia Nervosa nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e fasce d'età. Anno 2017.

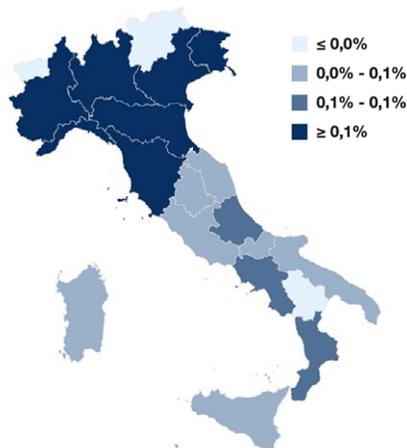


**Figura 4.** Incidenza (x 1000 soggetti) di Anoressia Nervosa nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e fasce d'età. Anno 2017.

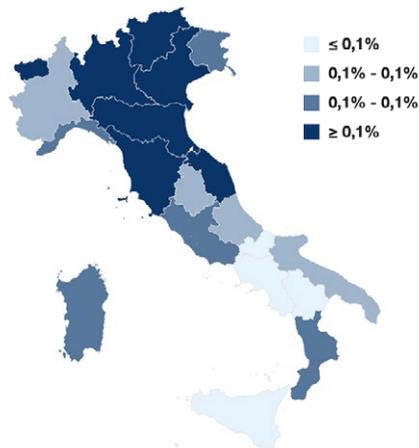


■ Maschi ■ Femmine

**Figura 5.** Prevalenza lifetime (%) di Bulimia Nervosa nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e fasce d'età. Anno 2017.



**Figura 6.** Prevalenza lifetime (%) di Anoressia Nervosa nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e fasce d'età. Anno 2017.



Diversamente l'incidenza di Anoressia Nervosa è di almeno 8 nuovi casi per 100mila persone in un anno tra le donne, mentre per gli uomini si attesta fra 0,02 e 1,4 nuovi casi. **Considerando i dati della Medicina Generale, per entrambe le tipologie di disturbo alimentare le prevalenze risultano all'incirca dello 0,11%, con una incidenza pari a 6 casi e 5 casi ogni 100mila pazienti per Bulimia Nervosa e Anoressia Nervosa rispettivamente.** I dati emersi mettono in luce una leggera sottostima per entrambe le tipologie di disturbo. Questo può essere attribuito ad una difficoltà nel riconoscimento delle sintomatologie e dei segni caratteristici, oltre alla negazione da parte dei pazienti nell'ammettere la presenza di tali malattie. La difficoltà risiede nell'interpretare i loro segnali nascosti.

Se i pazienti vengono lamentando disturbi addominali, nausea e spesso vomitano, attraverso una visita e un colloquio svolto in modo approfondito, tranquillo e sereno può emergere che il vomito in realtà è autoindotto. **Bisogna saper ascoltare e capire i messaggi non verbali trasmessi dai pazienti.** Ciò consentirà al medico di identificare e trattare i soggetti con tali disturbi, facendo la differenza nella prognosi del malato. **Il ruolo dell'MMG nella gestione dei disturbi dell'alimentazione è estremamente importante poiché spesso è il primo operatore sanitario con il quale il malato viene a contatto, spesso per motivi legati alle complicitanze.** Oltre alla complessità nel raggiungere la diagnosi, un'ulteriore difficoltà sta nel riuscire ad indirizzare il/la paziente ad un centro per i disturbi del comportamento

**alimentare, perché spesso, in primo luogo non c'è la consapevolezza della malattia, secondariamente il paziente rifiuta la presenza di qualcuno che si intromette nella propria vita e che cerca di stravolgerne le abitudini consolidate anche se sbagliate.** La fiducia del paziente va conquistata e mantenuta; pretendere troppo in fretta un cambiamento può far sì che il paziente si senta a disagio e passi da un centro all'altro. **La cura ed il trattamento di tali pazienti si basa su un approccio multidisciplinare, proprio per la complessità delle patologie.** In questo contesto l'MMG ha il ruolo centrale, insieme ad un terapeuta ed un nutrizionista. **Chiaramente il paziente molto complesso necessita dello specialista o di un intervento medico di urgenza, ma nei casi meno complessi è l'MMG che si occupa della cura del malato nella sua totalità.**

### Per approfondire

- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DMS V.** 5th Edition.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015). **Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity.** Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 24 (1), 177–196.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). **Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors.** Current Opinion in Psychiatry, 29 (6), 340–345.
- Sangvai, D. (2016). **Eating Disorders in the Primary Care Setting.** Primary Care: Clinics in Office Practice, 43 (2), 301–312.



# Health Search Newsletter

Notiziario periodico sulle  
attività di **HEALTH SEARCH**



[www.healthsearch.it/newsletter](http://www.healthsearch.it/newsletter)



**SIMG**  
SOCIETÀ ITALIANA DI  
MEDICINA GENERALE  
E DELLE CURE PRIMARIE

## 7. PUBBLICAZIONI SU RIVISTE INDICIZZATE PUBMED

- Autori:** Ali MS, Berencsi K, Marinier K, Deltour N, Perez-Guthann S, Pedersen L, Rijnbeek P, Lapi F, Simonetti M, Reyes C, Van der Lei J, Sturkenboom M, Prieto-Alhambra D.

**Titolo:** Comparative cardiovascular safety of strontium ranelate and bisphosphonates: a multi-database study in 5 EU countries by the EU-ADR Alliance.

**Rivista:** Osteoporos Int. 2020 Aug 5. doi: 10.1007/s00198-020-05580-0.
- Autori:** Penning-van Beest FJ, Bezemer ID, Smits E, García Rodríguez LA, Cea Soriano L, Lapi F, Simonetti M, Asimwe A, Herings RM.

**Titolo:** Reduction in Use of Cyproterone/Ethinylestradiol (Diane-35 and Generics) After Risk Minimization Measures in the Netherlands, UK and Italy.

**Rivista:** Contraception. 2020 May 26;S0010-7824(20)30158-X.
- Autori:** Giorli G, Rouette J, Yin H, Lapi F, Simonetti M, Cricelli C, Pollak M, Azoulay L.

**Titolo:** Prediagnostic Use of Low-Dose Aspirin and Risk of Incident Metastasis and All-Cause Mortality Among Patients With Colorectal Cancer.

**Rivista:** Br J Clin Pharmacol. 2020 Apr 30;86(11):2266-2273.
- Autori:** Dentali F, Fontanella A, Cohen AT, Simonetti M, Parretti L, Marconi E, Parretti D, Gussoni G, Campanini M, Agnelli G, Cricelli C, Lapi F.

**Titolo:** Derivation and Validation of a Prediction Model for Venous Thromboembolism in Primary Care.

**Rivista:** Thromb Haemost. 2020 Apr;120(4):692-701.
- Autori:** Vetrano DL, Zucchelli A, Bianchini E, Marconi E, Lombardo FP, Cricelli C, Lapi F.

**Titolo:** Patterns of Oral Corticosteroids Use in Primary Care Patients With Severe Asthma.

**Rivista:** Respir Med. 2020 May;166:105946.
- Autori:** Zucchelli A, Vetrano DL, Bianchini E, Lombardo FP, Piraino A, Zibellini M, Ricci A, Marengoni A, Lapi F, Cricelli C.

**Titolo:** Adherence to COPD Free Triple Inhaled Therapy in the Real-World: A Primary Care Based Study.

**Rivista:** Clin Respir J . 2020 Mar 26. doi: 10.1111/crj.13190.
- Autori:** Engelkes M, de Ridder MA, Svensson E, Berencsi K, Prieto-Alhambra D, Lapi F, Giaquinto C, Picelli G, Boudiaf N, Albers FC, Cockle SM, Bradford ES, Suruki RY, Brusselle GG, Rijnbeek PR, Sturkenboom MC, Verhamme KM.

**Titolo:** Multinational Cohort Study of Mortality in Patients With Asthma and Severe Asthma.

**Rivista:** Respir Med. Apr-May 2020;165:105919.

8. **Autori:** Lombardi N, Crescioli G, Simonetti M, Marconi E, Vannacci A, Bettiol A, Parretti D, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Adherence to Triple-Free-Drug Combination Therapies Among Patients With Cardiovascular Disease.  
**Rivista:** *Am J Cardiol.* 2020 May 1;125(9):1429-1435.
9. **Autori:** Engelkes M, Baan EJ, de Ridder MAJ, Svensson E, Prieto-Alhambra D, Lapi F, Giaquinto C, Picelli G, Boudiaf N, Albers F, Evitt LA, Cockle S, Bradford E, Van Dyke MK, Suruki R, Rijnbeek P, Sturkenboom MCJM, Janssens HM, Verhamme KMC.  
**Titolo:** Incidence, Risk Factors and Re-Exacerbation Rate of Severe Asthma Exacerbations in a Multinational, Multidatabase Pediatric Cohort Study.  
**Rivista:** *Pediatr Allergy Immunol.* 2020 Jul;31(5):496-505.
10. **Autori:** Aliberti S, Sotgiu G, Lapi F, Gramegna A, Cricelli C, Blasi F.  
**Titolo:** Prevalence and Incidence of Bronchiectasis in Italy.  
**Rivista:** *BMC Pulm Med.* 2020 Jan 16;20(1):15.
11. **Autori:** Vetrano DL, Zucchelli A, Marconi E, Levi M, Pegoraro V, Cataldo N, Heiman F, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Predictors of Iron-Deficiency Anemia in Primary Care Older Adults: A Real-World European Multi-Country Longitudinal Study.  
**Rivista:** *Aging Clin Exp Res.* 2020 Nov;32(11):2211-2216.
12. **Autori:** Marconi E, Pecchioli S, Nica M, Colombo D, Mazzoleni F, De Cesaris F, Geppetti P, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Epidemiology and determinants of chronic migraine: A real-world cohort study, with nested case-control analysis, in primary care in Italy.  
**Rivista:** *Cephalalgia.* 2019 Nov 19;333102419889351.
13. **Autori:** Berencsi K, Sami A, Ali MS, Marinier K, Deltour N, Perez-Guthann S, Pedersen L, Rijnbeek P, Van der Lei J, Lapi F, Simonetti M, Reyes C, Sturkenboom MCJM, Prieto-Alhambra D.  
**Titolo:** Impact of risk minimisation measures on the use of strontium ranelate in Europe: a multi-national cohort study in 5 EU countries by the EU-ADR Alliance.  
**Rivista:** *Osteoporos Int.* 2019 Nov 6. doi: 10.1007/s00198-019-05181-6.
14. **Autori:** Alexander M, Loomis AK, van der Lei J, Duarte-Salles T, Prieto-Alhambra D, Ansell D, Pasqua A, Lapi F, Rijnbeek P, Mosseveld M, Waterworth DM, Kendrick S, Sattar N, Alazawi W.  
**Titolo:** Risks and clinical predictors of cirrhosis and hepatocellular carcinoma diagnoses in adults

with diagnosed NAFLD: real-world study of 18 million patients in four European cohorts.

**Rivista:** BMC Med. 2019 May 20;17(1):95.

15. **Autori:** Alexander M, Loomis AK, van der Lei J, Duarte-Salles T, Prieto-Alhambra D, Ansell D, Pasqua A, Lapi F, Rijnbeek P, Mosseveld M, Avillach P, Egger P, Dhalwani NN, Kendrick S, Celis-Morales C, Waterworth DM, Alazawi W, Sattar N.  
**Titolo:** Non-alcoholic fatty liver disease and risk of incident acute myocardial infarction and stroke: findings from matched cohort study of 18 million European adults.  
**Rivista:** BMJ. 2019 Oct 8;367:l5367.
16. **Autori:** Sultana J, Fontana A, Giorgianni F, Tillati S, Cricelli C, Pasqua A, Patorno E, Ballard C, Sturkenboom M, Trifirò G.  
**Titolo:** Measuring the Effectiveness of Safety Warnings on the Risk of Stroke in Older Antipsychotic Users: A Nationwide Cohort Study in Two Large Electronic Medical Records Databases in the United Kingdom and Italy.  
**Rivista:** Drug Saf. 2019 Dec;42(12):1471-1485.
17. **Autori:** Harari S, Davi M, Biffi A, Caminati A, Ghirardini A, Lovato V, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Epidemiology of idiopathic pulmonary fibrosis: a population-based study in primary care.  
**Rivista:** Intern Emerg Med. 2019 Sep 20.
18. **Autori:** Vetrano DL, Zucchelli A, Bianchini E, Cricelli C, Piraino A, Zibellini M, Ricci A, Onder G, Lapi F.  
**Titolo:** Triple inhaled therapy in COPD patients: determinants of prescription in primary care.  
**Rivista:** Respir Med. 2019 Jul - Aug;154:12-17.
19. **Autori:** Levi M, Marconi E, Simonetti M, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Epidemiology of non-deferrable medical conditions in primary care in Italy.  
**Rivista:** Health Soc Care Community. 2019 Sep;27(5):e663-e671.
20. **Autori:** Lapi F, Marconi E, Simonetti M, Baldo V, Rossi A, Sessa A, Cricelli C.  
**Titolo:** Adjuvanted versus nonadjuvanted influenza vaccines and risk of hospitalizations for pneumonia and cerebro/cardiovascular events in the elderly.  
**Rivista:** Expert Rev Vaccines. 2019 Jun;18(6):663-670.
21. **Autori:** Levi M, Simonetti M, Marconi E, Brignoli O, Cancian M, Masotti A, Pegoraro V, Heiman F, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Gender differences in determinants of iron-deficiency anemia: a population-based study conducted in four European countries.  
**Rivista:** Ann Hematol. 2019 Jul;98(7):1573-1582.

22. **Autori:** Lombardi N, Vannacci A, Bettiol A, Marconi E, Pecchioli S, Magni A, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Prescribing Trends of Codeine-containing Medications and Other Opioids in Primary Care After A Regulatory Decision: An Interrupted Time Series Analysis.  
**Rivista:** Clin Drug Investig. 2019 May;39(5):455-462.
23. **Autori:** Atella V, Piano Mortari A, Kopinska J, Belotti F, Lapi F, Cricelli C, Fontana L.  
**Titolo:** Trends in age-related disease burden and healthcare utilization.  
**Rivista:** Aging Cell. 2018 Nov 29:e12861.
24. **Autori:** Marconi E, Bettiol A, Lombardi N, Crescioli G, Parretti L, Vannacci A, Medea G, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Prescribing patterns of allopurinol and febuxostat according to directives on the reimbursement criteria and clinical guidelines: analysis of a primary care database.  
**Rivista:** Curr Med Res Opin. 2018 Oct 25:1-6.
25. **Autori:** Trifirò G, Gini R, Barone-Adesi F, Beghi E, Cantarutti A, Capuano A, Carnovale C, Clavenna A, Dellagiovanna M, Ferrajolo C, Franchi M, Ingrasciotta Y, Kirchmayer U, Lapi F, Leone R, Leoni O, Lucenteforte E, Moretti U, Mugelli A, Naldi L, Poluzzi E, Rafaniello C, Rea F, Sultana J, Tettamanti M, Traversa G, Vannacci A, Mantovani L, Corrao G.  
**Titolo:** The Role of European Healthcare Databases for Post-Marketing Drug Effectiveness, Safety and Value Evaluation: Where Does Italy Stand?  
**Rivista:** Curr Med Res Opin. 2018 Oct 25:1-6.
26. **Autori:** Ubaldi E, Grattagliano I, Lapi F, Pecchioli S, Cricelli C.  
**Titolo:** Overview on the management of diverticular disease by Italian General Practitioners.  
**Rivista:** Dig Liver Dis. 2018 Jul 31.
27. **Autori:** Alexander M, Loomis AK, Fairburn-Beech J, van der Lei J, Duarte-Salles T, Prieto-Alhambra D, Ansell D, Pasqua A, Lapi F, Rijnbeek P, Mosseveld M, Avillach P, Egger P, Kendrick S, Waterworth DM, Sattar N, Alazawi W.  
**Titolo:** Real-world data reveal a diagnostic gap in non-alcoholic fatty liver disease.  
**Rivista:** BMC Med. 2018 Aug 13;16(1):130.
28. **Autori:** Gatto F, Trifirò G, Lapi F, Cocchiara F, Campana C, Dell'Aquila C, Ferrajolo C, Arvigo M, Cricelli C, Giusti M, Ferone.  
**Titolo:** Epidemiology of acromegaly in Italy: analysis from a large longitudinal primary care database.  
**Rivista:** Endocrine. 2018 Sep;61(3):533-541.

29. **Autori:** Carreras G, Simonetti M, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Deterministic and Probabilistic Record Linkage: an Application to Primary Care Data.  
**Rivista:** J Med Syst. 2018 Mar 22;42(5):82.
30. **Autori:** Heintjes EM, Overbeek JA, Hall GC, Prieto-Alhambra D, Lapi F, Hammar N, Bezemer ID  
**Titolo:** Factors Associated with Type 2 Diabetes Mellitus Treatment Choice Across Four European Countries.  
**Rivista:** Clin Ther. 2017 Nov;39(11):2296-2310.e14.
31. **Autori:** Lucenteforte E, Lombardi N, Vetrano DL, La Carpia D, Mitrova Z, Kirchmayer U, Corrao G, Lapi F, Mugelli A, Vannacci A.  
**Titolo:** Inappropriate pharmacological treatment in older adults affected by cardiovascular disease and other chronic comorbidities: a systematic literature review to identify potentially inappropriate prescription indicators.  
**Rivista:** Clin Interv Aging. 2017 Oct 19;12:1761-1778.
32. **Autori:** Guglielmi V, Bellia A, Bianchini E, Medea G, Cricelli I, Sbraccia P, Lauro D, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Drug interactions in users of tablet vs. oral liquid levothyroxine formulations: a real-world evidence study in primary care.  
**Rivista:** Endocrine. 2018 Mar;59(3):585-592. Epub 2017 Sep 14.
33. **Autori:** Vetrano DL, Bianchini E, Onder G, Cricelli I, Cricelli C, Bernabei R, Bettoncelli G, Lapi F.  
**Titolo:** Poor adherence to chronic obstructive pulmonary disease medications in primary care: Role of age, disease burden and polypharmacy.  
**Rivista:** Geriatr Gerontol Geriatr Gerontol Int. 2017 Dec;17(12):2500-2506.
34. **Autori:** Guglielmi V, Bellia A, Pecchioli S, Della-Morte D, Parretti D, Cricelli I, Medea G, Sbraccia P, Lauro D, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Effectiveness of adherence to lipid lowering therapy on LDL-cholesterol in patients with very high cardiovascular risk: A real-world evidence study in primary care.  
**Rivista:** Atherosclerosis. 2017 Aug;263:36-41.
35. **Autori:** Lapi F, Simonetti M, Cricelli I, Cricelli C, Cassano N, Vena GA.  
**Titolo:** Prescription Appropriateness of Cyproterone Acetate/Ethinylestradiol in Primary Care: A Population-Based Study in Italy.  
**Rivista:** Clin Drug Investig. 2017 Aug;37(8):755-762.
36. **Autori:** Overbeek JA, Heintjes EM, Prieto-Alhambra D, Blin P, Lassalle R, Hall GC, Lapi F, Bianchini E, Hammar N, Bezemer ID, Herings RMC.

- Titolo:** Type 2 Diabetes Mellitus Treatment Patterns Across Europe: A Population-based Multi-database Study.  
**Rivista:** Clin Ther. 2017 Apr;39(4):759-770.
37. **Autori:** Piccinni C, Antonazzo IC, Simonetti M, Mennuni MG, Parretti D, Cricelli C, Colombo D, Nica M, Cricelli I, Lapi F.  
**Titolo:** The Burden of Chronic Heart Failure in Primary Care in Italy.  
**Rivista:** High Blood Press Cardiovasc Prev. 2017 Jun;24(2):171-178.
38. **Autori:** Vannacci A, Lombardi N, Simonetti M, Fornasari D, Fanelli A, Cricelli I, Cricelli C, Lora Aprile P, Lapi F.  
**Titolo:** Regular use of acetaminophen or acetaminophen-codeine combinations and prescription of rescue therapy with non-steroidal anti-inflammatory drugs: a population-based study in primary care.  
**Rivista:** Curr Med Res Opin. 2017 Jun;33(6):1141-1148.
39. **Autori:** Gini R, Schuemie MJ, Mazzaglia G, Lapi F, Francesconi P, Pasqua A, Bianchini E, Montalbano C, Roberto G, Barletta V, Cricelli I, Cricelli C, Dal Co G, Bellentani M, Sturkenboom M, Klazinga N.  
**Titolo:** Automatic identification of type 2 diabetes, hypertension, ischaemic heart disease, heart failure and their levels of severity from Italian General Practitioners' electronic medical records: a validation study.  
**Rivista:** BMJ Open. 2016 Dec 9;6(12):e012413
40. **Autori:** Lapi F, Capogrosso Sansone A, Mantarro S, Simonetti M, Tuccori M, Blandizzi C, Rossi A, Corti G, Bartoloni A, Bellia A, Baiocchi L, Cricelli I, Cricelli C.  
**Titolo:** Hepatitis C virus infection: opportunities for an earlier detection in primary care.  
**Rivista:** Eur J Gastroenterol Hepatol. 2017 Mar;29(3):271-276.
41. **Autori:** Vetrano DL, La Carpia D, Grande G, Casucci P, Bacelli T, Bernabei R, Onder G; Italian Group for Appropriate Drug Prescription in the Elderly (I-GrADE).  
**Titolo:** Anticholinergic Medication Burden and 5-Year Risk of Hospitalization and Death in Nursing Home Elderly Residents With Coronary Artery Disease.  
**Rivista:** J Am Med Dir Assoc. 2016 Nov 1;17(11):1056-1059.
42. **Autori:** Sultana J, Fontana A, Giorgianni F, Pasqua A, Cricelli C, Spina E, Gambassi G, Ivanovic J, Ferrajolo C, Molokhia M, Ballard C, Sharp S, Sturkenboom M, Trifirò G.  
**Titolo:** The Effect of Safety Warnings on Antipsychotic Drug Prescribing in Elderly Persons with

Dementia in the United Kingdom and Italy: A Population-Based Study.

**Rivista:** CNS Drugs. 2016 Nov;30(11):1097-1109.

43. **Autori:** Tocci G, Nati G, Cricelli C, Parretti D, Lapi F, Ferrucci A, Borghi C, Volpe M.  
**Titolo:** Prevalence and Control of Hypertension in Different Macro-Areas in Italy: Analysis of a Large Database by the General Practice.  
**Rivista:** High Blood Press Cardiovasc Prev. 2016 Dec;23(4):387-393.
44. **Autori:** Tocci G, Nati G, Cricelli C, Parretti D, Lapi F, Ferrucci A, Borghi C, Volpe M.  
**Titolo:** Prevalence and control of hypertension in the general practice in Italy: updated analysis of a large database.  
**Rivista:** J Hum Hypertens. 2016 Apr;31(4):258-262.
45. **Autori:** Arfè A, Nicotra F, Ghirardi A, Simonetti M, Lapi F, Sturkenboom M, Corrao G.  
**Titolo:** A probabilistic bias analysis for misclassified categorical exposures, with application to oral anti-hyperglycaemic drugs.  
**Rivista:** Pharmacoepidemiol Pharmacoevid Drug Saf. 2016 Dec;25(12):1443-1450.
46. **Autori:** Roberto G, Leal I, Sattar N, Loomis AK, Avillach P, Egger P, van Wijngaarden R, Ansell D, Reisberg S, Tammesoo ML, Alavere H, Pasqua A, Pedersen L, Cunningham J, Tramontan L, Mayer MA, Herings R, Coloma P, Lapi F, Sturkenboom M, van der Lei J, Schuemie MJ, Rijnbeek P, Gini R.  
**Titolo:** Identifying Cases of Type 2 Diabetes in Heterogeneous Data Sources: Strategy from the EMIF Project.  
**Rivista:** PLoS One. 2016 Aug 31;11(8):e0160648.
47. **Autori:** Castellini G, Pecchioli S, Cricelli I, Mazzoleni F, Cricelli C, Ricca V, Hudziak JJ, Brignoli O, Lapi F.  
**Titolo:** How to early recognize mood disorders in primary care: A nationwide, population-based, cohort study.  
**Rivista:** Eur Psychiatry. 2016 Aug 25;37:63-69.
48. **Autori:** Guglielmi V, Bellia A, Pecchioli S, Medea G, Parretti D, Lauro D, Sbraccia P, Federici M, Cricelli I, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** What is the actual epidemiology of familial hypercholesterolemia in Italy? Evidence from a National Primary Care Database.  
**Rivista:** Int J Cardiol. 2016 Aug 17;223:701-705.
49. **Autori:** Pupillo E, Cricelli C, Mazzoleni F, Cricelli I, Pasqua A, Pecchioli S, Lapi F, Beghi E.  
**Titolo:** Epidemiology of Parkinson's Disease: A Population-Based Study in Primary Care in Italy.  
**Rivista:** Neuroepidemiology. 2016;47(1):38-45.

50. **Autori:** Vena GA, Cassano N, Pegoraro V, Cataldo N, Heiman F, Cricelli I, Colombo D, Zagni E, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Medication patterns in chronic spontaneous urticaria: results from a nationwide investigation in the primary care setting in Italy.  
**Rivista:** G Ital Dermatol Venereol. 2016 Jun 1.
51. **Autori:** Battaglia A, Lora Aprile P, Cricelli I, Fornasari D, Fanelli A, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Paracetamol: a probably still safe drug.  
**Rivista:** Ann Rheum Dis. 2016 Sep;75(9):e57.
52. **Autori:** Levi M, Rosselli M, Simonetti M, Brignoli O, Cancian M, Masotti A, Pegoraro V, Cataldo N, Heiman F, Chelo M, Cricelli I, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Epidemiology of iron deficiency anaemia in four European countries: a population-based study in primary care.  
**Rivista:** Eur J Haematol. 2016 Dec;97(6):583-593.
53. **Autori:** Levi M, Pasqua A, Cricelli I, Cricelli C, Piccinni C, Parretti D, Lapi F.  
**Titolo:** Patient Adherence to Olmesartan/Amlodipine Combinations: Fixed Versus Extemporaneous Combinations.  
**Rivista:** J Manag Care Spec Pharm. 2016 Mar;22(3):255-62.
54. **Autori:** Lapi F, Levi M, Simonetti M, Cancian M, Parretti D, Cricelli I, Sobrero A, Cricelli C.  
**Titolo:** Risk of prostate cancer in low-dose aspirin users: A retrospective cohort study.  
**Rivista:** Int J Cancer. 2016 Jul 1;139(1):205-11.
55. **Autori:** Lapi F, Cassano N, Pegoraro V, Cataldo N, Heiman F, Cricelli I, Levi M, Colombo D, Zagni E, Cricelli C, Vena GA.  
**Titolo:** Epidemiology of chronic spontaneous urticaria: results from a nationwide, population-based study in Italy.  
**Rivista:** Br J Dermatol. 2016 May;174(5):996-1004.
56. **Autori:** Lapi F, Cricelli I, Simonetti M, Colombo D, Nica M.  
**Titolo:** Clinical and Economic Impact of Chronic Heart Failure in General Practice: Analysis of 13.633 Patients.  
**Rivista:** Value Health. 2015 Nov;18(7):A374.
57. **Autori:** Roberto G, Simonetti M, Piccinni C, Lora Aprile P, Cricelli I, Fanelli A, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Risk of Acute Cerebrovascular and Cardiovascular Events Among Users of Acetaminophen or an Acetaminophen-Codeine Combination in a Cohort of Patients with Osteoarthritis: A Nested

Case-Control Study.

**Rivista:** *Pharmacotherapy*. 2015 Oct;35(10):899-909.

58. **Autori:** Lapi F, Bianchini E, Cricelli I, Trifirò G, Mazzaglia G, Cricelli C.  
**Titolo:** Development and Validation of a Score for Adjusting Health Care Costs in General Practice.  
**Rivista:** *Value Health*. 2015 Sep;18(6):884-95. Feb;118(2):136-42.
59. **Autori:** Roberto G, Simonetti M, Cricelli C, Cricelli I, Giustini SE, Parretti D, Lapi F.  
**Titolo:** Concurrent Use of Low-Dose Aspirin and Omega-3 Fatty Acids and Risk of Upper Gastrointestinal Complications: A Cohort Study with Nested Case-Control Analysis.  
**Rivista:** *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2016 Feb;118(2):136-42.
60. **Autori:** Lapi F, Piccinni C, Simonetti M, Levi M, Lora Aprile P, Cricelli I, Cricelli C, Fanelli A.  
**Titolo:** Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of cerebrovascular events in patients with osteoarthritis: a nested case-control study.  
**Rivista:** *Intern Emerg Med*. 2016 Feb;11(1):49-59.
61. **Autori:** Herrera L, Leal I, Lapi F, Schuemie M, Arcoraci V, Cipriani F, Sessa E, Vaccheri A, Piccinni C, Staniscia T, Vestri A, Di Bari M, Corrao G, Zambon A, Gregori D, Carle F, Sturkenboom M, Mazzaglia G, Trifiro G.  
**Titolo:** Risk of atrial fibrillation among bisphosphonate users: a multicenter, population-based, Italian study.  
**Rivista:** *Osteoporos Int*. 2015 May;26(5):1499-506.
62. **Autori:** Mantarro S, Capogrosso-Sansone A, Tuccori M, Blandizzi C, Montagnani S, Convertino I, Antonioli L, Fornai M, Cricelli I, Pecchioli S, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Allopurinol adherence among patients with gout: an Italian general practice database study.  
**Rivista:** *Int J Clin Pract*. 2015 Jul;69(7):757-65.
63. **Autori:** Trifirò G, Parrino F, Sultana J, Giorgianni F, Ferrajolo C, Bianchini E, Medea G, Benvenga S, Cricelli I, Cricelli C, Lapi F.  
**Titolo:** Drug interactions with levothyroxine therapy in patients with hypothyroidism: observational study in general practice.  
**Rivista:** *Clin Drug Investig*. 2015 Mar;35(3):187-95.
64. **Autori:** Giussani G, Cricelli C, Mazzoleni F, Cricelli I, Pasqua A, Pecchioli S, Lapi F, Beghi E.  
**Titolo:** Prevalence and incidence of epilepsy in Italy based on a nationwide database.  
**Rivista:** *Neuroepidemiology*. 2014;43(3-4):228-32.

65. **Autori:** Heintjes E, Overbeek JA, Blin P, Hall GC, Lapi F, Prieto AD, Bezemer ID  
**Titolo:** Type 2 Diabetes Treatment Patterns Across Europe.  
**Rivista:** Value Health. 2014 Nov;17(7):A359.
66. **Autori:** Filippi A, Giampaoli S, Lapi F, Mazzaglia G, Palmieri L, Pecchioli S, Brignoli O, Cricelli C, Simonetti M, Sessa E, Marchioli R.  
**Titolo:** Global cardiovascular risk evaluation: pattern of algorithm use and risk modification in 'real life'.  
**Rivista:** J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2016 Aug;17(8):581-6.
67. **Autori:** Mazzaglia G, Piccinni C, Filippi A, Sini G, Lapi F, Sessa E, Cricelli I, Cutroneo P, Trifirò G, Cricelli C, Caputi AP.  
**Titolo:** Effects of a computerized decision support system in improving pharmacological management in high-risk cardiovascular patients: A cluster-randomized open-label controlled trial.  
**Rivista:** Health Informatics J. 2016 Jun;22(2):232-47.
68. **Autori:** Minutolo R, Lapi F, Chiodini P, Simonetti M, Bianchini E, Pecchioli S, Cricelli I, Cricelli C, Piccinocchi G, Conte G, De Nicola L.  
**Titolo:** Risk of ESRD and Death in Patients with CKD Not Referred to a Nephrologist: A 7-Year Prospective Study.  
**Rivista:** Clin J Am Soc Nephrol. 2014 Sep 5;9(9):1586-93.
69. **Autori:** Valkhoff VE, Coloma PM, Masclee GM, Gini R, Innocenti F, Lapi F, Molokhia M, Mosseveld M, Nielsson MS, Schuemie M, Thiessard F, van der Lei J, Sturkenboom MC, Trifirò G; EU-ADR Consortium.  
**Titolo:** Validation study in four health-care databases: upper gastrointestinal bleeding misclassification affects precision but not magnitude of drug-related upper gastrointestinal bleeding risk.  
**Rivista:** J Clin Epidemiol. 2014 Aug;67(8):921-31.
70. **Autori:** Prezioso D, Illiano E, Piccinocchi G, Cricelli C, Piccinocchi R, Saita A, Micheli C, Trinchieri A.  
**Titolo:** Urolithiasis in Italy: An epidemiological study.  
**Rivista:** Arch Ital Urol Androl. 2014 Jun 30;86(2):99-102.
71. **Autori:** Ravera M, Cannavò R, Noberasco G, Guasconi A, Cabib U, Pieracci L, Pegoraro V, Brignoli o, Cricelli C, Deferrari G, Paoletti E.  
**Titolo:** High performance of a risk calculator that include renal function in predicting mortality of

hypertensive patients in clinical application.

**Rivista:** J Hypertension. 2014 Jun; 32(6):1245-54.

72. **Autori:** Masclee GM, Valkhoff VE, van Soest EM, Schade R, Mazzaglia G, Molokhia M, Trifirò G, Goldstein JL, Hernández-Díaz S, Kuipers EJ, Sturkenboom MC.  
**Titolo:** Cyclo-oxygenase-2 inhibitors or nonselective NSAIDs plus gastroprotective agents: what to prescribe in daily clinical practice?  
**Rivista:** Aliment Pharmacol Ther. 2013 Jul;38(2):178-89.
73. **Autori:** Cazzola M, Calzetta L, Lauro D, Bettoncelli G, Cricelli C, Di Daniele N, Rogliani P.  
**Titolo:** Asthma and COPD in an Italian adult population: Role of BMI considering the smoking habit.  
**Rivista:** Respir Med. 2013 Sep;107(9):1417-22.
74. **Autori:** Ravera M, Noberasco G, Signori A, Re M, Filippi A, Cannavò R, Weiss U, Cricelli C, Deferrari G, Paoletti E.  
**Titolo:** Left-ventricular hypertrophy and renal outcome in hypertensive patients in primary-care.  
**Rivista:** Am J Hypertens. 2013 May;26(5):700-7.
75. **Autori:** Trifirò G, Morabito P, Cavagna L, Ferrajolo C, Pecchioli S, Simonetti M, Bianchini E, Medea G, Cricelli C, Caputi AP, Mazzaglia G.  
**Titolo:** Epidemiology of gout and hyperuricaemia in Italy during the years 2005-2009: a nationwide population-based study.  
**Rivista:** Ann Rheum Dis. 2013 May;72(5):694-700.
76. **Autori:** Ferrajolo C, Verhamme KM, Trifirò G, 't Jong GW, Giaquinto C, Picelli G, Oteri A, de Bie S, Valkhoff VE, Schuemie MJ, Mazzaglia G, Cricelli C, Rossi F, Capuano A, Sturkenboom MC.  
**Titolo:** Idiopathic Acute Liver Injury in Paediatric Outpatients: Incidence and Signal Detection in Two European Countries.  
**Rivista:** Drug Saf. 2013 Oct;36(10):1007-16.
77. **Autori:** Casula M, Tragni E, Zambon A, Filippi A, Brignoli O, Cricelli C, Poli A, Catapano AL;  
**Titolo:** CHECK group. C-reactive protein distribution and correlation with traditional cardiovascular risk factors in the Italian population.  
**Rivista:** Eur J Intern Med. 2013 Mar;24(2):161-6.
78. **Autori:** Cricelli I, Lapi F, Montalbano C, Medea G, Cricelli C.  
**Titolo:** Mille general practice governance (MilleGPG): an interactive tool to address an effective quality of care through the Italian general practice network.  
**Rivista:** Prim Health Care Res Dev. 2013 Feb 22:1-4.

79. **Autori:** Trifirò G, Tillati S, Spina E, Ferrajolo C, Alacqua M, Aguglia E, Rizzi L, Caputi AP, Cricelli C, Samani F.  
**Titolo:** A nationwide prospective study on prescribing pattern of antidepressant drugs in Italian primary care.  
**Rivista:** Eur J Clin Pharmacol. 2013 Feb;69(2):227-36.
80. **Autori:** Lapi F, Cipriani F, Caputi AP, Corrao G, Vaccheri A, Sturkenboom MC, Di Bari M, Gregori D, Carle F, Staniscia T, Vestri A, Brandi M, Fusco V, Campisi G, Mazzaglia G;  
**Titolo:** Bisphosphonates Efficacy-Safety Tradeoff (BEST) study group. Assessing the risk of osteonecrosis of the jaw due to bisphosphonate therapy in the secondary prevention of osteoporotic fractures.  
**Rivista:** Osteoporos Int. 2013 Feb;24(2):697-705.
81. **Autori:** Gini R, Francesconi P, Mazzaglia G, Cricelli I, Pasqua A, Gallina P, Brugaletta S, Donato D, Donatini A, Marini A, Zocchetti C, Cricelli C, Damiani G, Bellentani M, Sturkenboom MC, Schuemie MJ.  
**Titolo:** Chronic disease prevalence from Italian administrative databases in the VALORE project: a validation through comparison of population estimates with general practice databases and national survey.  
**Rivista:** BMC Public Health. 2013 Jan 9;13:15.
82. **Autori:** Avillach P, Coloma PM, Gini R, Schuemie M, Mouglin F, Dufour JC, Mazzaglia G, Giaquinto C, Fornari C, Herings R, Molokhia M, Pedersen L, Fourier-Réglat A, Fieschi M, Sturkenboom M, van der Lei J, Pariente A, Trifirò G.  
**Titolo:** EU-ADR consortium. Harmonization process for the identification of medical events in eight European healthcare databases: the experience from the EU-ADR project.  
**Rivista:** J Am Med Inform Assoc. 2013 Jan 1;20(1):184-92.
83. **Autori:** Schuemie MJ, Coloma PM, Straatman H, Herings RM, Trifirò G, Matthews JN, Prieto-Merino D, Molokhia M, Pedersen L, Gini R, Innocenti F, Mazzaglia G, Picelli G, Scotti L, van der Lei J, Sturkenboom MC.  
**Titolo:** Using Electronic Health Care Records for Drug Safety Signal Detection: A Comparative Evaluation of Statistical Methods.  
**Rivista:** Med Care. 2012 Oct;50(10):890-897.
84. **Autori:** Valkhoff VE, van Soest EM, Masclee GM, de Bie S, Mazzaglia G, Molokhia M, Kuipers EJ, Sturkenboom MC.  
**Titolo:** Prescription of nonselective NSAIDs, coxibs and gastroprotective agents in the era of

rofecoxib withdrawal – a 617 400-patient study.

**Rivista:** Aliment Pharmacol Ther. 2012 Oct;36(8):790-9.

85. **Autori:** Aguglia E, Ravasio R, Simonetti M, Pecchioli S, Mazzoleni F.

**Titolo:** Use and treatment modalities for SSRI and SNRI antidepressants in Italy during the period 2003-2009.

**Rivista:** Curr Med Res Opin. 2012 Sep;28(9):1475-84.

86. **Autori:** Valkhoff VE, van Soest EM, Mazzaglia G, Molokhia M, Schade R, Trifiro G, Goldstein JL, Hernandez-Diaz S, Kuipers EJ, Sturkenboom MC.

**Titolo:** Adherence to gastroprotection during cyclooxygenase-2 inhibitor use and the risk of upper gastrointestinal events: A population-based study.

**Rivista:** Arthritis Rheum. 2012 Aug;64(8):2792-802.

87. **Autori:** Coloma PM, Trifirò G, Schuemie MJ, Gini R, Herings R, Hippisley-Cox J, Mazzaglia G, Picelli G, Corrao G, Pedersen L, van der Lei J, Sturkenboom M; on behalf of the EU-ADR consortium.

**Titolo:** Electronic healthcare databases for active drug safety surveillance: is there enough leverage?

**Rivista:** Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2012 Jun;21(6):611-21.

88. **Autori:** Trifirò G, Mokhles MM, Dieleman JP, van Soest EM, Verhamme K, Mazzaglia G, Herings R, de Luise C, Ross D, Brusselle G, Colao A, Haverkamp W, Schade R, van Camp G, Zanettini R, Sturkenboom MC.

**Titolo:** Risk of cardiac valve regurgitation with dopamine agonist use in Parkinson's disease and hyperprolactinaemia: a multi-country, nested case-control study.

**Rivista:** Drug Saf. 2012 Feb 1;35(2):159-71.

89. **Autori:** Mokhles MM, Trifirò G, Dieleman JP, Haag MD, van Soest EM, Verhamme KM, Mazzaglia G, Herings R, de Luise C, Ross D, Brusselle G, Colao A, Haverkamp W, Schade R, van Camp G, Zanettini R, Sturkenboom MC.

**Titolo:** The risk of new onset heart failure associated with dopamine agonist use in Parkinson's disease

**Rivista:** Pharmacol Res. 2012 Mar;65(3):358-64.

90. **Autori:** Lapi F, Simonetti M, Michieli R, Pasqua A, Brandi ML, Frediani B, Cricelli C, Mazzaglia G.

**Titolo:** Assessing 5-year incidence rates and determinants of osteoporotic fractures in primary care.

**Rivista:** Bone. 2012 Jan;50(1):85-90.

91. **Autori:** Cazzola M, Calzetta L, Bettoncelli G, Cricelli C, Romeo F, Matera MG, Rogliani P.  
**Titolo:** Cardiovascular disease in asthma and COPD: A population-based retrospective cross-sectional study.  
**Rivista:** *Respir Med.* 2011 Feb;106(2):249-56.
92. **Autori:** van Soest EM, Valkhoff VE, Mazzaglia G, Schade R, Molokhia M, Goldstein JL, Hernández-Díaz S, Trifirò G, Dieleman JP, Kuipers EJ, Sturkenboom MC.  
**Titolo:** Suboptimal gastroprotective coverage of NSAID use and the risk of upper gastrointestinal bleeding and ulcers: an observational study using three European databases.  
**Rivista:** *Gut* 2011 Dec;60(12):1650-9.
93. **Autori:** Trifirò G, Patadia V, Schuemie MJ, Coloma PM, Gini R, Herings R, Hippisley-Cox J, Mazzaglia G, Giaquinto C, Scotti L, Pedersen L, Avillach P, Sturkenboom MC, van der Lei J, Eu-ADR Group.  
**Titolo:** EU-ADR healthcare database network vs. spontaneous reporting system database: preliminary comparison of signal detection.  
**Rivista:** *Stud. Health Technol Inform.* 2011;166:25-30.
94. **Autori:** Parabiaghi A, Franchi C, Tettamanti M, Barbato A, D'Avanzo B, Fortino I, Bortolotti A, Merlino L, Nobili A.  
**Titolo:** Antidepressants utilization among elderly in Lombardy from 2000 to 2007: dispensing trends and appropriateness.  
**Rivista:** *Eur J Clin Pharmacol.* 2011 Oct;67(10):1077-83.
95. **Autori:** Filippi A, Bianchi C, Parazzini F, Cricelli C, Sessa E, Mazzaglia G.  
**Titolo:** A national survey on aspirin patterns of use and persistence in community outpatients in Italy.  
**Rivista:** *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2011 Oct;18(5):695-703.
96. **Autori:** Cazzola M, Segreti A, Bettoncelli G, Calzetta L, Cricelli C, Pasqua F, Rogliani P.  
**Titolo:** Change in asthma and COPD prescribing by Italian general practitioners between 2006 and 2008  
**Rivista:** *Prim Care Respir J.* 2011 Sep;20(3):291-8.
97. **Autori:** Cazzola M, Calzetta L, Bettoncelli G, Novelli L, Cricelli C, Rogliani P.  
**Titolo:** Asthma and comorbid medical illness.  
**Rivista:** 2011 Jul;38(1):42-9.
98. **Autori:** Ravera M, Noberasco G, Weiss U, Re M, Gallina AM, Filippi A, Cannavò R, Ravera G, Cricelli C, Deferrari G.

- Titolo:** CKD awareness and blood pressure control in the primary care hypertensive population.  
**Rivista:** Am J Kidney Dis. 2011 Jan;57(1):71-7.
99. **Autori:** Cazzola M, Puxeddu E, Bettoncelli G, Novelli L, Segreti A, Cricelli C, Calzetta L.  
**Titolo:** The prevalence of asthma and COPD in Italy: A practice-based study.  
**Rivista:** 2011 Mar;105(3):386-91.
100. **Autori:** Coloma PM, Schuemie MJ, Trifirò G, Gini R, Herings R, Hippisley-Cox J, Mazzaglia G, Giaquinto C, Corrao G, Pedersen L, van der Lei J, Sturkenboom M.  
**Titolo:** EU-ADR Consortium. Combining electronic healthcare databases in Europe to allow for large-scale drug safety monitoring: the EU-ADR Project.  
**Rivista:** Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2011 Jan;20(1):1-11.
101. **Autori:** Cimminiello C, Filippi A, Mazzaglia G, Pecchioli S, Arpaia G, Cricelli C.  
**Titolo:** Venous thromboembolism in medical patients treated in the setting of primary care: A nationwide case-control study in Italy.  
**Rivista:** Thromb Res. 2010 Nov;126(5):367-72.
102. **Autori:** Vena GA, Altomare G, Ayala F, Berardesca E, Calzavara-Pinton P, Chimenti S, Giannetti A, Girolomoni G, Lotti T, Martini P, Mazzaglia G, Peserico A, Puglisi Guerra A, Sini G, Cassano N, Cricelli C.  
**Titolo:** Incidence of psoriasis and association with comorbidities in Italy: A 5-year observational study from a national primary care database.  
**Rivista:** Eur J Dermatol. 2010 Sep 1;20(5):593-598.
103. **Autori:** Avillach P, Joubert M, Thiessard F, Trifirò G, Dufour JC, Pariente A, Mougin F, Polimeni G, Catania MA, Giaquinto C, Mazzaglia G, Fornari C, Herings R, Gini R, Hippisley-Cox J, Molokhia M, Pedersen L, Fourier-Réglat A, Sturkenboom M, Fieschi M.  
**Titolo:** Design and evaluation of a semantic approach for the homogeneous identification of events in eight patient databases: a contribution to the European EU-ADR project.  
**Rivista:** Stud Health Technol Inform. 2010;160:1085-9.
104. **Autori:** D'ambrosio GG, Campo S, Cancian M, Pecchioli S, Mazzaglia G.  
**Titolo:** Opportunistic prostate-specific antigen screening in Italy: 6 years of monitoring from the Italian general practice database.  
**Rivista:** 2010 Nov;19(6):413-6.
105. **Autori:** Mazzaglia G, Filippi A, Alacqua M, Cowell W, Shakespeare A, Mantovani LG, Bianchi C, Cricelli C.  
**Titolo:** A national survey of the management of atrial fibrillation with antithrombotic drugs in

Italian primary care.

**Rivista:** *Thromb Haemost.* 2010 May 3;103(5):968-75.

106. **Autori:** Cazzola M, Bettoncelli G, Sessa E, Cricelli C, Biscione G.  
**Titolo:** Prevalence of comorbidities in patients with chronic obstructive pulmonary disease.  
**Rivista:** *Respiration.* 2010;80(2):112-9.
107. **Autori:** Trifirò G, Sini G, Sturkenboom MC, Vanacore N, Mazzaglia G, Caputi AP, Cricelli C, Brignoli O, Aguglia E, Biggio G, Samani F.  
**Titolo:** Prescribing pattern of antipsychotic drugs in the Italian general population 2000-2005: a focus on elderly with dementia.  
**Rivista:** *Int Clin Psychopharmacol.* 2010 Jan;25(1):22-8.
108. **Autori:** Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino V, Borghi C, Brignoli O, Caputi AP, Cricelli C, Mantovani LG.  
**Titolo:** Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients.  
**Rivista:** *Circulation.* 2009 Oct 20;120(16):1598-605.
109. **Autori:** Avillach P, Mouglin F, Joubert M, Thiessard F, Pariente A, Dufour JC, Trifirò G, Polimeni G, Catania MA, Giaquinto C, Mazzaglia G, Baio G, Herings R, Gini R, Hippisley-Cox J, Molokhia M, Pedersen L, Fourier-Réglat A, Sturkenboom M, Fieschi M.  
**Titolo:** A semantic approach for the homogeneous identification of events in eight patient databases: a contribution to the European eu-ADR project.  
**Rivista:** *Stud Health Technol Inform.* 2009;150:190-4.
110. **Autori:** Filippi A, D'Ambrosio G, Giustini SE, Mazzaglia G, Pecchioli S, Cricelli C.  
**Titolo:** Pharmacological treatment after acute myocardial infarction from 2001 to 2006: a survey in Italian primary care.  
**Rivista:** *J. Cardiovasc. Med. (Hagerstown).* 2009 Sep;10(9):714-8.
111. **Autori:** Sacchetti E, Turrina C, Cesana B, Mazzaglia G.  
**Titolo:** Timing of stroke in elderly people exposed to typical and atypical antipsychotics: a replication cohort study after the paper of Kleijer, et al.  
**Rivista:** *J Psychopharmacol.* 2009 Mar. 24(7):1131-2.
112. **Autori:** Filippi A, Paolini I, Innocenti F, Mazzaglia G, Battaggia A, Brignoli O.  
**Titolo:** Blood pressure control and drug therapy in patients with diagnosed hypertension: a survey in Italian general practice.  
**Rivista:** *J Hum Hypertens.* 2009 Nov;23(11):758-63.

113. **Autori:** Cazzola M, Bettoncelli G, Sessa E, Cricelli C.  
**Titolo:** Primary care of the patient with chronic obstructive pulmonary disease in Italy.  
**Rivista:** Respiratory Med. 2009 Apr;103(4):582-8.
114. **Autori:** Ravera M, Noberasco G, Re M, Filippi A, Gallina AM, Weiss U, Cannavò R, Ravera G, Cricelli C, Deferrari G.  
**Titolo:** Chronic Chronic kidney disease and cardiovascular risk in hypertensive type 2 diabetics: a primary care perspective.  
**Rivista:** Nephrol Dial Transplant. 2009 May;24(5):1528-33.
115. **Autori:** Sturkenboom MC, Dieleman JP, Picelli G, Mazzaglia G, Mozaffari E, Filippi A, Cricelli C, van der Lei J.  
**Titolo:** Prevalence and treatment of hypertensive patients with multiple concomitant cardiovascular risk factors in The Netherlands and Italy.  
**Rivista:** Journal of human hypertension. 2008 Oct;22(10):704-13.
116. **Autori:** Minutolo R, De Nicola L, Mazzaglia G, Postorino M, Cricelli C, Mantovani LG, Conte G, Cianciaruso B.  
**Titolo:** Detection and Awareness of Moderate to Advanced CKD by Primary Care Practitioners: A Cross-sectional Study From Italy.  
**Rivista:** Am J Kidney Dis. 2008 Sep;52(3):444-53.
117. **Autori:** Mazzaglia G, Yurgin N, Boye KS, Trifirò G, Cottrell S, Allen E, Filippi A, Medea G, Cricelli C.  
**Titolo:** Prevalence and antihyperglycemic prescribing trends for patients with type 2 diabetes in Italy: a 4-year retrospective study from national primary care data.  
**Rivista:** Pharmacol Res. 2008 May;57(5):358-63.
118. **Autori:** Sacchetti E, Trifirò G, Caputi A, Turrina C, Spina E, Cricelli C, Brignoli O, Sessa E, Mazzaglia G.  
**Titolo:** Risk of stroke with typical and atypical anti-psychotics: a retrospective cohort study including unexposed subjects.  
**Rivista:** J Psychopharmacol. 2008 Jan;22(1):39-46.
119. **Autori:** Savica R, Beghi E, Mazzaglia G, Innocenti F, Brignoli O, Cricelli C, Caputi AP, Musolino R, Spina E, Trifiro G.  
**Titolo:** Prescribing patterns of antiepileptic drugs in Italy: a nationwide population-based study in the years 2000-2005.  
**Rivista:** Eur J Neurol. 2007 Dec;14(12):1317-21.

120. **Autori:** Mantovani LG, Bettoncelli G, Cricelli C, Sessa E, Mazzaglia G, Canonica GW, Passalacqua G.  
**Titolo:** Allergic rhinitis in the Italian population evaluated through the national database of general practitioners.  
**Rivista:** Allergy. 2007 May;62(5):569-71.
121. **Autori:** Galatti L, Mazzaglia G, Greco A, Sessa E, Cricelli C, Schito GC, Nicoletti E, Spina E, Caputi AP.  
**Titolo:** Co-prescriptions with itraconazole and fluconazole as a signal for possible risk of drug-drug interactions: a four-year analysis from Italian general practice.  
**Rivista:** Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2007 Feb 26.
122. **Autori:** Tragni E, Filippi A, Mazzaglia G, Sessa E, Cricelli C, Catapano A.  
**Titolo:** Monitoring statin safety in primary care.  
**Rivista:** Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2007 Feb 15.
123. **Autori:** Gelatti U, Samani F, Donato F, Covolo L, Mazzaglia G, Cremaschini F, Simon G, Leggieri G, Balestrieri M.  
**Titolo:** Health-related quality of life in older people using benzodiazepines: a cross-sectional study.  
**Rivista:** Ann Ig. 2006 Jul-Aug;18(4):313-26.
124. **Autori:** Filippi A, Vannuzzo D, Bignamini AA, Mazzaglia G, Brignoli O, Sabatini A, Cricelli C, Catapano AL.  
**Titolo:** Secondary prevention of myocardial infarction: a survey in primary care.  
**Rivista:** J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2006 Jun;7(6):422-426.
125. **Autori:** Galatti L, Sessa A, Mazzaglia G, Pecchioli S, Rossi A, Cricelli C, Schito GC, Nicoletti G.  
**Titolo:** Antibiotic prescribing for acute and recurrent cystitis in primary care: a 4 year descriptive study.  
**Rivista:** J Antimicrob Chemother 2006 Mar;57(3):551-6.
126. **Autori:** Mazzaglia G, Mantovani LG, Sturkenboom MC, Filippi A, Trifirò G, Cricelli C, Brignoli O, Caputi AP.  
**Titolo:** Patterns of persistence with antihypertensive medications in newly diagnosed hypertensive patients in Italy: a retrospective cohort study in primary care.  
**Rivista:** J Hypertens. 2005 Nov;23(11):2093-100.
127. **Autori:** Filippi A, Sessa E, Pecchioli S, Trifirò G, Samani F, Mazzaglia G.  
**Titolo:** Homecare for patients with heart failure in Italy.  
**Rivista:** Ital Heart J. 2005 Jul;6(7):573-7.

128. **Autori:** Filippi A, Vanuzzo D, Bignamini AA, Mazzaglia G, Cricelli C, Catapano AL.  
**Titolo:** The database of Italian general practitioners allows a reliable determination of the prevalence of myocardial infarction.  
**Rivista:** Ital Heart J. 2005 Apr;6(4):311-4.
129. **Autori:** Balestrieri M, Marcon G, Samani F, Marini M, Sessa E, Gelatti U, Donato F.  
**Titolo:** Mental disorders associated with benzodiazepine use among older primary care attenders. A regional survey.  
**Rivista:** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005 Apr;40(4):308-15.
130. **Autori:** Filippi A, Tragni E, Bignamini AA, Sessa E, Merlini G, Brignoli O, Mazzaglia G, Catapano A.  
**Titolo:** Cholesterol control in Stroke prevention in Italy: a cross-sectional study in family practice.  
**Rivista:** Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2005 April; 12(2):159-163.
131. **Autori:** Filippi A, Vannuzzo D, Bignamini AA, Sessa E, Brignoli O, Mazzaglia G.  
**Titolo:** Computerized general practice database provide quick and cost-effective information on the prevalence of angina pectoris.  
**Rivista:** Ital Heart J. 2005 Jan; 6(1):49-51.
132. **Autori:** Sacchetti E, Turrina C, Parrinello G, Brignoli O, Stefanini G, Mazzaglia G.  
**Titolo:** Incidence of diabetes in a general practice population: a database cohort study on the relationship with haloperidol, olanzapine, risperidone or quetiapine exposure.  
**Rivista:** Int Clin Psychopharmacol. 2005 Jan;20(1):33-37.
133. **Autori:** Trifirò G, Spina E, Brignoli O, Sessa E, Caputi AP, Mazzaglia G.  
**Titolo:** Antipsychotic prescribing pattern among Italian general practitioners: a population-based study during 1999-2002 years.  
**Rivista:** European Journal of Clinical Pharmacology.2005 Jan 22.
134. **Autori:** Filippi A, Sessa E, Trifirò G, Mazzaglia G, Pecchioli S, Caputi AP, Cricelli C.  
**Titolo:** Oral anticoagulant therapy in Italy: prescribing prevalence and clinical reasons.  
**Rivista:** Pharmacol Res 2004;50:601-603.
135. **Autori:** D'Ambrosio G, Samani F, Cancian M, De Mola C.  
**Titolo:** Practice of opportunistic prostate-specific antigen screening in Italy: data from the Health Search database.  
**Rivista:** Eur J Cancer Prev 2004; 13: 383-386.
136. **Autori:** Fabiani L, Scatigna M, Panopoulou K, Sabatini A, Sessa E, Donato F, Marchi M, Nardi R, Niccolai C, Samani F, Ventriglia G.

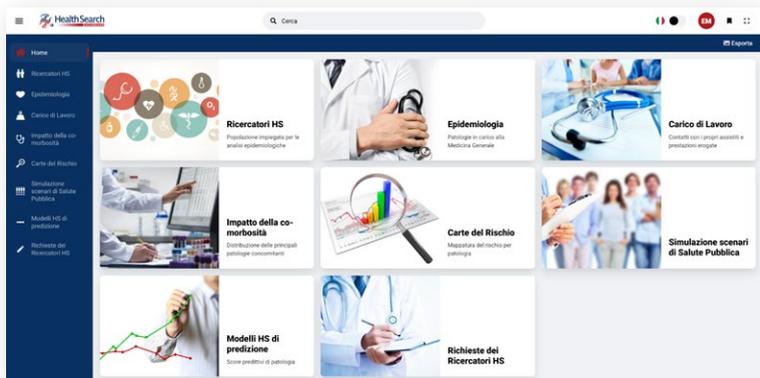
- Titolo:** Health Search: istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale: la realizzazione di un database per la ricerca in medicina generale.
- Rivista:** Epidemiol & Prev 2004; 28: 156-162.
137. **Autori:** Filippi A, Gensini G, Bignamini AA, Sabatini A, Mazzaglia G, Cricelli C.  
**Titolo:** Management of patients with suspected angina, but without known myocardial infarction: a cross-sectional survey.  
**Rivista:** Br J Gen Pract 2004; 54: 429-33.
138. **Autori:** Filippi A, Buda S, Brignoli O, Cricelli C, Degli Esposti E.  
**Titolo:** Global cardiovascular risk evaluation in Italy: a cross sectional survey in general practice.  
**Rivista:** It Heart J 2004; 5: 223-7.
139. **Autori:** Fabiani L, Giovannoni S, Casanica M, Scatigna M, Pulsoni R, Ventriglia G, Marchi M.  
**Titolo:** Applicabilità di linee guida e formazione: un percorso diagnostico per il mal di schiena.  
**Rivista:** Rec. Prog. Med. 2004; 95: 81-6.
140. **Autori:** Mazzaglia G, Caputi AP, Rossi A, Bettoncelli G, Stefanini G, Ventriglia G, Nardi R, Brignoli O, Cricelli C.  
**Titolo:** Exploring patient- and doctor-related variables associated with antibiotic prescribing for respiratory infections in primary care.  
**Rivista:** Eur J Clin Pharmacol 2003; 59: 651-7.
141. **Autori:** Cricelli C, Mazzaglia G, Samani F, Marchi M, Sabatini A, Nardi R, Ventriglia G, Caputi AP.  
**Titolo:** Prevalence estimates for chronic diseases in Italy: exploring the differences between self-report and primary care databases.  
**Rivista:** J Public Health Med 2003; 25:254-7.
142. **Autori:** Filippi A, Sabatini A, Badioli L, Samani F, Mazzaglia G, Catapano A, Cricelli C.  
**Titolo:** Effects of an Automated Electronic Reminder in Changing the Antiplatelet Drug-Prescribing Behavior Among Italian General Practitioners in Diabetic Patients: An intervention trial.  
**Rivista:** Diabetes Care 2003; 26:1497-500.
143. **Autori:** Filippi A, Bignamini AA, Sessa E, Samani F, Mazzaglia G.  
**Titolo:** Secondary prevention of stroke in Italy: a cross-sectional survey in family practice.  
**Rivista:** Stroke 2003; 34:1010-4.



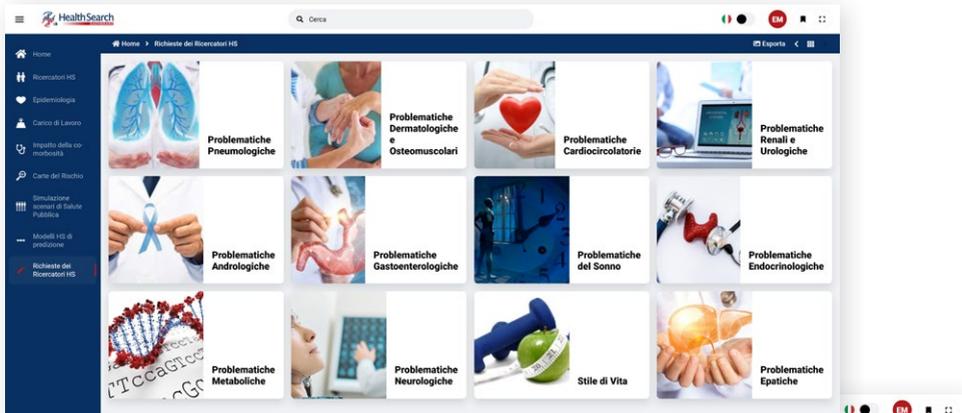
# Health Search Dashboard

UN INNOVATIVO STRUMENTO DI REPORTISTICA E  
ANALISI EPIDEMIOLOGICA BASATO SUL DATABASE HEALTH SEARCH

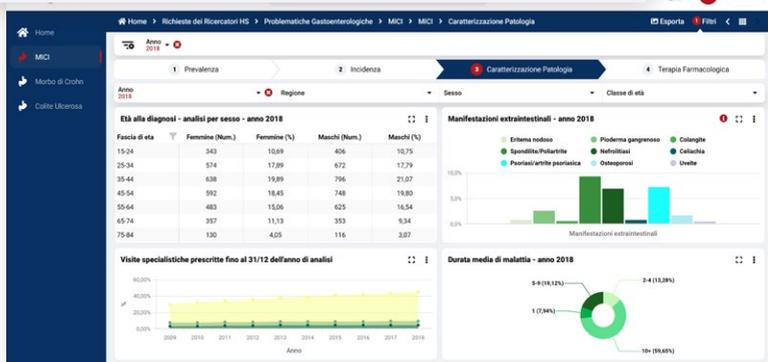
<https://www.healthsearch.it/dashboard>

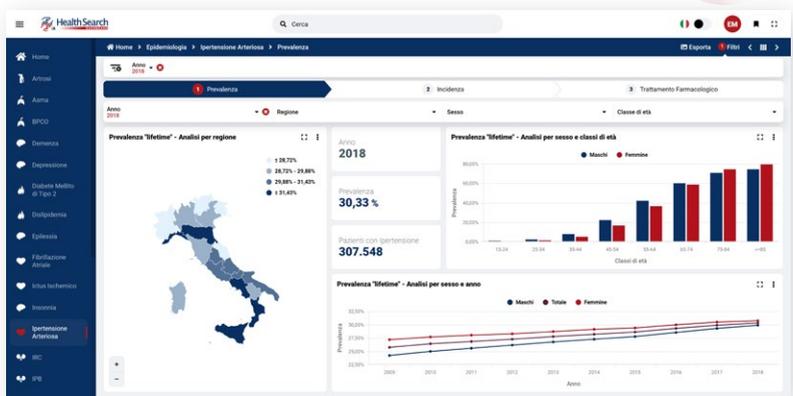
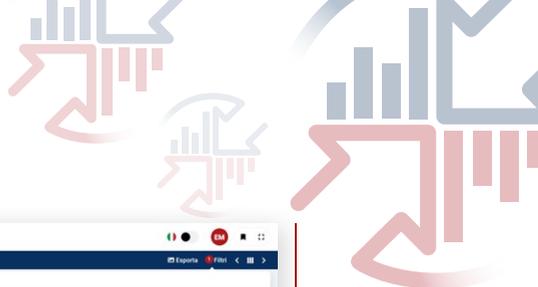


Servizio rivolto  
ai Ricercatori  
Health Search  
ed alle istituzioni  
pubbliche quali  
Istituti di Ricerca  
e Aziende  
Sanitarie  
Regionali/Locali.



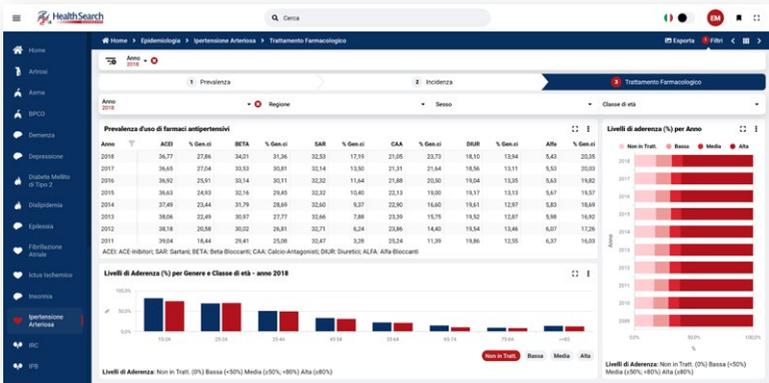
Cruscotti  
realizzati in base  
alle specifiche  
richieste dei  
Ricercatori Health  
Search e progettati  
per consentire  
la valutazione  
multidimensionale  
dei dati.





Analisi delle differenze territoriali, di genere ed età con valutazioni puntuali e di trend temporale.

Possibilità di analizzare l'appropriatezza di impiego dei farmaci per numerose patologie ad elevato impatto sociale.



Valutazione del carico di lavoro in base ai contatti con gli assistiti e alle prestazioni erogate.





**WWW.HEALTHSEARCH.IT**

Una fotografia istantanea, nitida e obiettiva della Medicina Generale Italiana e dei suoi cambiamenti nel tempo. Questo Report fornisce una visione aggiornata delle numerose sfaccettature dell'operato dei Medici di Medicina Generale: dal carico di lavoro, alla prevalenza e management delle patologie a maggior impatto sociale, fino all'attività di ricerca dei medici su tematiche di grande interesse clinico e scientifico. Il Report, inoltre, descrive nel dettaglio le scelte prescrittive operate dal Medico di Medicina Generale, in termini di molecole e ricorso ai farmaci generici, al fine di giungere a valutazioni sull'appropriatezza di impiego dei farmaci e sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.

Il XIII Report Health Search si conferma una fonte di informazioni unica e insostituibile, rappresentando, pertanto, uno strumento di riferimento per tutti gli attori del panorama sanitario Nazionale e Internazionale: Medici di Medicina Generale, Epidemiologi, Amministratori Sanitari, Operatori della Salute, Ricercatori e tutti coloro che sono interessati ad approfondire le loro conoscenze sulla Medicina Generale Italiana.

Questo report è disponibile per libera consultazione e download nel sito web: [www.healthsearch.it](http://www.healthsearch.it)

Per informazioni in merito ai dati in esso contenuti è possibile contattare l'istituto di ricerca SIMG-Health Search alla casella e-mail: [info@healthsearch.it](mailto:info@healthsearch.it)