



"Health Search è la fedele immagine dell'evoluzione qualitativa della Medicina Generale Italiana. In un momento in cui il dibattito si concentra più sulle forme contrattuali che sulla vera essenza qualitativa della professione, Health Search ci ammonisce sul fatto che nessuna formula magica può sostituire il valore assoluto della scelta consapevole di praticare una medicina di alto livello.

Claudio Cricelli

XIV Report Health Search

Istituto di ricerca della SIMG:

Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

REPORT ANNUALE 2021

XIV REPORT HEALTH SEARCH

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

EDIZIONE 2021



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 2021 by S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)
Via del Sansovino, 179 – 50142 Firenze

Impaginazione e grafica:
Fabio Mazzone

Questo report è disponibile per libera consultazione e download nel sito web: 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

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), Ignazio Grattagliano (Responsabile editoriale SIMG).



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, Ignazio Grattagliano, Alessandro Rossi.

Ricercatori del Network “Health Search”

I nostri ringraziamenti vanno in particolare a tutti i medici ricercatori del network Health Search/IQVIA Health 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

Introduzione

a cura del Presidente Nazionale SIMG

Claudio Cricelli

Giunto alla sua **14esima edizione**, il Report HS mostra una maturità ed una accresciuta capacità di analizzare ed evidenziare le vere ragioni per le quali 23 anni fa **Health Search** fu ideato e realizzato.

Malgrado sia più noto per la sua capacità di produrre conoscenza scientifica, **Health Search** ha sempre avuto come scopo preminente quello di aiutarci a comprendere l'evoluzione della salute degli italiani e della sua evoluzione come correlato della attività corrente della **Medicina Generale**.

Uno spaccato che nasce dalla capacità analitica di osservazione dei medici del territorio, della loro quotidiana capacità non tanto di registrare, che è una conseguenza, ma di osservare e discriminare i dati che compongono lo sterminato dominio della pratica della **Medicina Generale**.

E' difficile, col passare del tempo, leggere la differenza tra la qualità globale del database **Health Search** e la straordinaria qualità individuale dei suoi ricercatori.

Tuttavia, ogni volta che **Health Search** viene interrogato su coorti o aggregati di dati apparentemente legati a fenomeni marginali, il Database risponde sempre con straordinaria precisione.

Abbiamo interrogato negli anni **Health Search** su fenomeni clinici che dubitavamo di poter tracciare efficacemente e sempre ha risposto alle interrogazioni più complesse, più astruse, più apparentemente lontane dalla attività dei suoi ricercatori.

Le qualità della ricerca sono quindi una chiara variabile dipendente dalla qualità dei suoi operatori/ricercatori che hanno costruito negli anni uno straordinario patrimonio di competenza ed accuratezza professionale.

Negli anni, buona parte dei ricercatori di **Health Search** si sono avvicinati. Oggi è pronta una nuova generazione alla quale dobbiamo dedicare una formazione adeguata che non sarà solo un percorso tecnico ma soprattutto una formazione alla buona pratica della medicina.

In un momento in cui il dibattito si concentra più sulle forme contrattuali che sulla vera essenza qualitativa della **Medicina Generale, Health Search** ci ammonisce sul fatto che nessuna formula magica può sostituire il valore assoluto della scelta consapevole di praticare una medicina di alto livello.

Claudio Cricelli
Presidente Nazionale SIMG

IL NETWORK

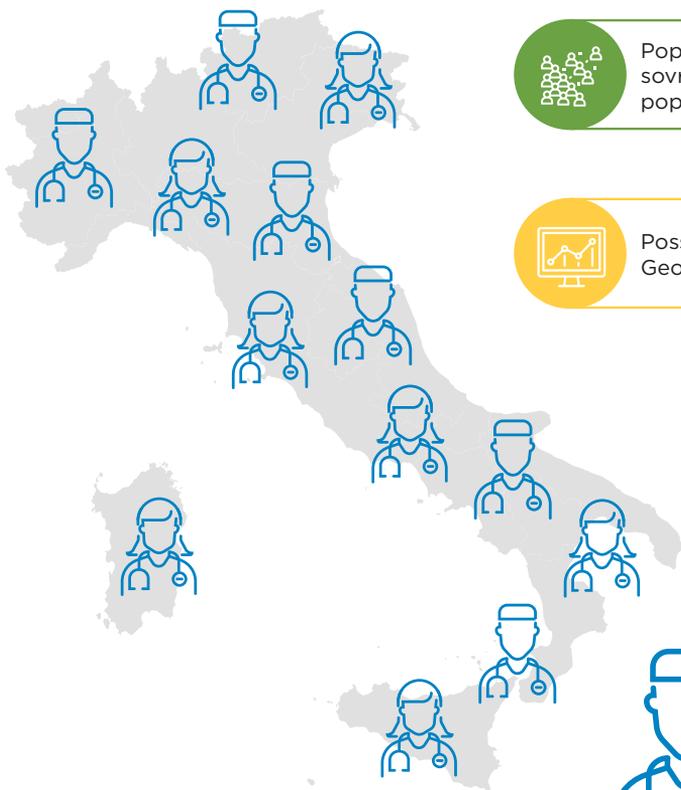
I medici e la popolazione in studio



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



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



Popolazione HS sovrapponibile a popolazione italiana ISTAT



Possibilità di confronti Geografici e Temporal

834

Medici ricercatori

800

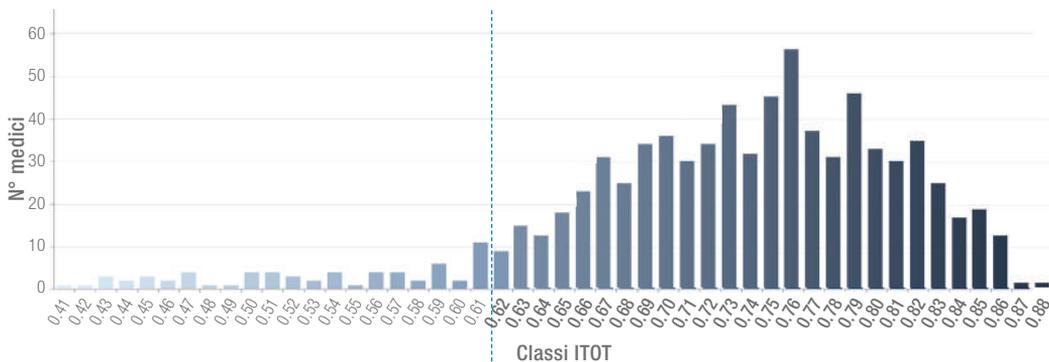
RICERCATORI VALIDATI



IL NETWORK

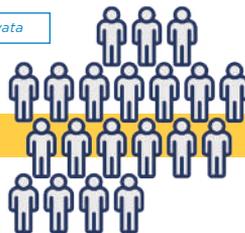
I medici e la popolazione in studio

DISTRIBUZIONE DI FREQUENZA DELL' INDICE ITOT

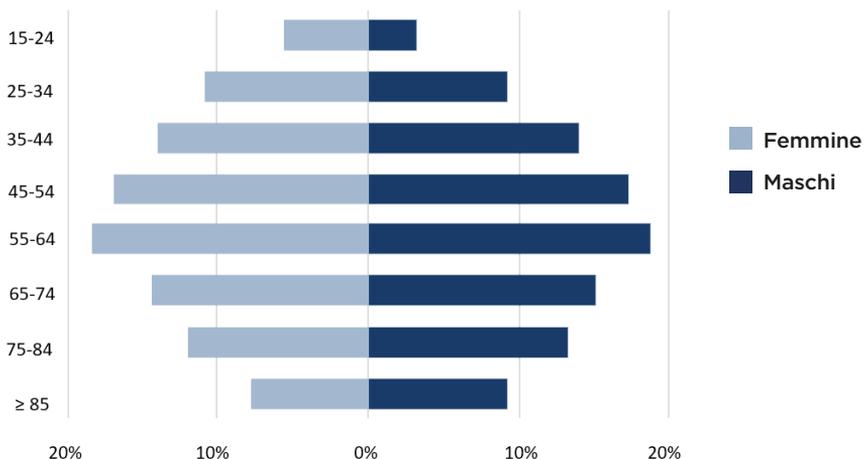


Soglia per arruolamento con affidabilità sufficientemente elevata

1.007.794 PAZIENTI ATTIVI

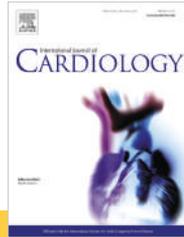
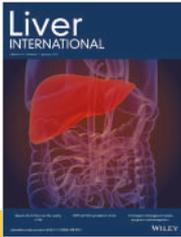


POPOLAZIONE DEI PAZIENTI ATTIVI STRATIFICATA PER SESSO E CLASSI DI ETÀ

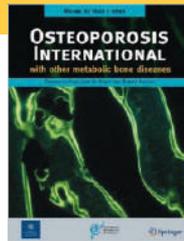


IL NETWORK

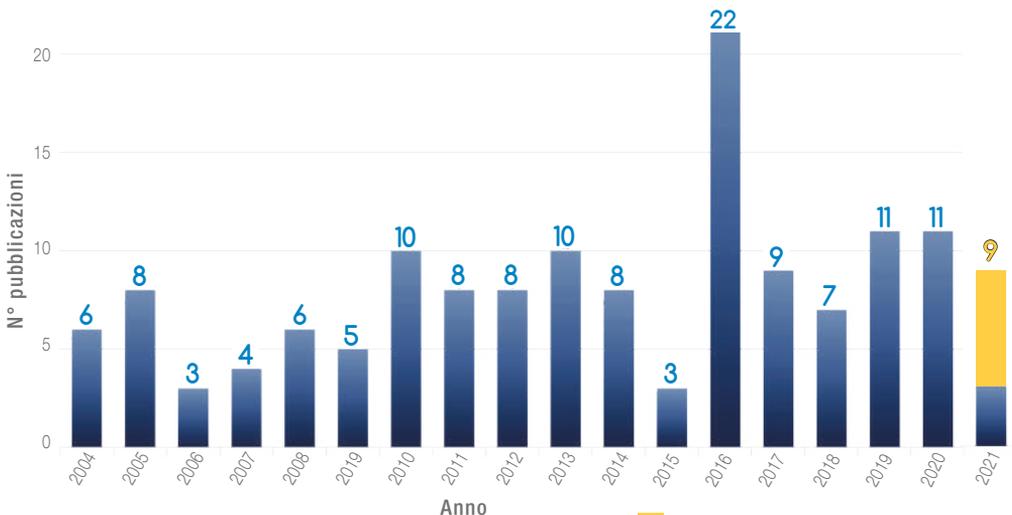
I medici e la popolazione in studio



STUDI EPIDEMIOLOGICI PUBBLICATI SU RIVISTE SCIENTIFICHE NAZIONALI ED INTERNAZIONALI



DISTRIBUZIONE PER ANNO DEGLI STUDI PUBBLICATI SU RIVISTE INDICIZZATE SU PUBMED



6 articoli in corso di pubblicazione

IL CARICO DI LAVORO

Contatti con i propri assistiti e prestazioni erogate



CONTATTI/PAZIENTE/ANNO PER
ULTRA 85ENNI



23,9 22,4

ANNO 2019

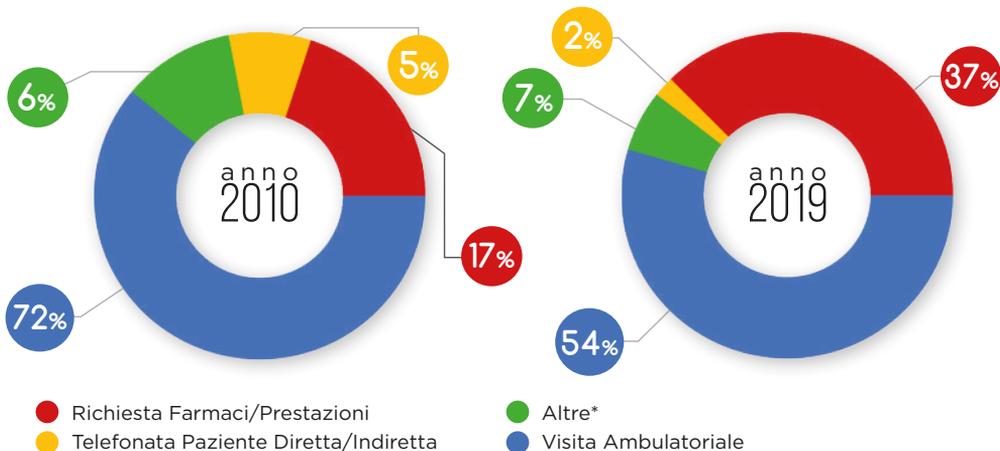
NUMERO MEDIO DI CONTATTI PER PAZIENTE
AREA GEOGRAFICA



IL CARICO DI LAVORO

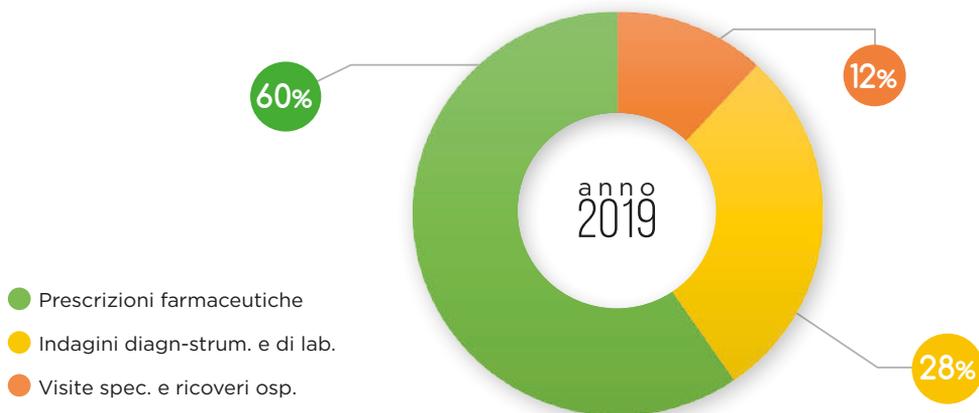
Contatti con i propri assistiti e prestazioni erogate

DISTRIBUZIONE PERCENTUALE (%) PER TIPO DI VISITA NEGLI ANNI



*comprese le visite domiciliari

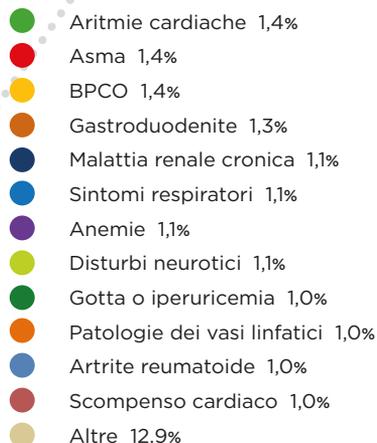
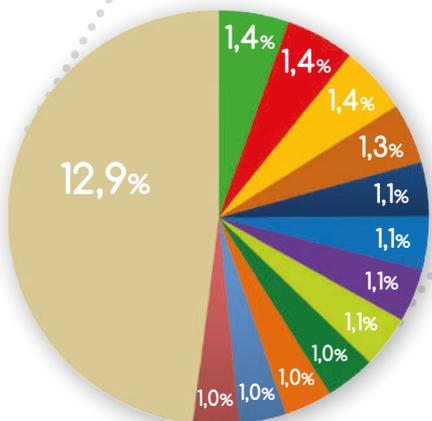
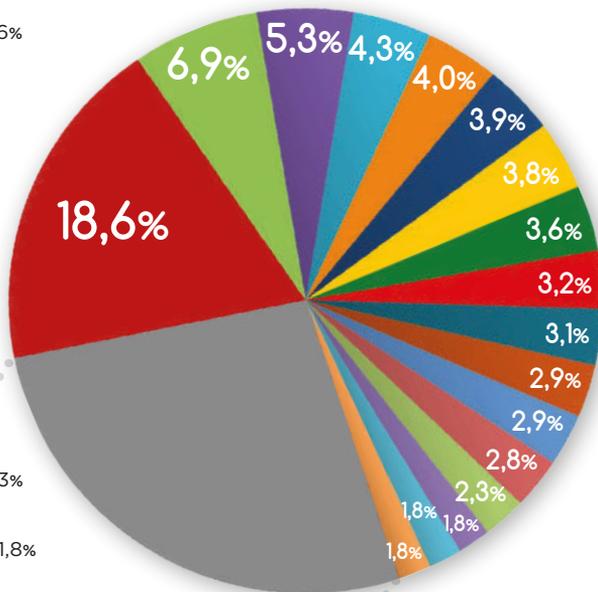
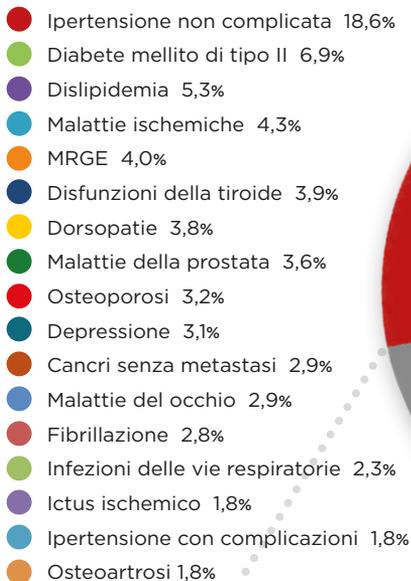
CONTATTI CULMINATI IN ALMENO UNA PRESTAZIONE (su 100 contatti)



IL CARICO DI LAVORO

Contatti con i propri assistiti e prestazioni erogate

PATOLOGIE CON MAGGIOR NUMERO DI CONTATTI



LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO

Prevalenza di malattia e modalità di impiego dei farmaci

IPERTENSIONE ARTERIOSA



Aumento nella prevalenza di Iperensione arteriosa dal 2010 (26,0%) al 2019 (31,1%).



La prevalenza risulta maggiore nelle femmine (31,4%) rispetto ai maschi (30,7%).



Nel 2019 gli ACE-Inibitori risultano i farmaci maggiormente utilizzati. Inoltre, l'impiego dei sartani e beta bloccanti continua ad essere in crescita rispetto alle altre classi di farmaci che rimangono stabili o in leggera diminuzione.

ICTUS ISCHEMICO



Aumento marcato nella prevalenza di Ictus ischemico passando dal 2,8% nel 2010 al 4,8% nel 2019.



I maschi mostrano una prevalenza di Ictus ischemico maggiore rispetto alle femmine (M: 5,2% vs. F: 4,5%).



L'impiego di farmaci antipertensivi e antitrombotici è risultato sostanziale stabile, mentre è emerso, tra il 2010 e il 2019 un marcato aumento nell'uso della politerapia e dei farmaci ipolipemizzanti.

MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE



Leggera crescita nella prevalenza delle Malattie ischemiche del cuore, che raggiungono una stima del 4,4% nel 2019.



Emergono valori di prevalenza più elevati nei maschi rispetto alle femmine (M: 6,0% vs. F: 2,9%).



Aumentano le prevalenze d'uso per tutte le categorie di farmaci considerate.

LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO

Prevalenza di malattia e modalità di impiego dei farmaci

SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO

Lieve aumento della prevalenza di Scompenso cardiaco nel corso degli ultimi dieci anni che si attesta all'1,3% nel 2019.

1,3%



Nessuna rilevante differenza nelle stime in base al sesso.



I pazienti trattati con beta bloccanti e diuretici risultano in aumento mentre si riducono i consumi di ACE-inibitori e glicosidi cardiaci.



DIABETE MELLITO DI TIPO 2 (DM2)

La prevalenza di DM2 è aumentata, passando dal 7,1% del 2010 all'8,3% del 2019.

8,3%



I maschi risultano caratterizzati da stime di prevalenza maggiori rispetto alle femmine (M: 9,3% vs. F: 7,4%).



Costante crescita nelle stime di prevalenza d'uso per i farmaci antidiabetici, ad eccezione delle sulfaniluree (28,6% nel 2010 vs. 13,4% nel 2019), della repaglinide (8,3% nel 2010 vs. 5,2% nel 2019) e dei glitazoni (5,3% nel 2010 vs. 3,6% nel 2019).



MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO (MRGE)

La prevalenza di MRGE è notevolmente aumentata nel corso degli ultimi dieci anni, passando dal 9,1% (2010) al 19,7% (2019).

19,7%



Le femmine risultano caratterizzate da stime di prevalenza maggiori rispetto agli uomini (F: 21,9% vs. M: 17,4%).



Tutte le classi farmacologiche analizzate hanno mostrato un costante calo nel loro impiego tra il 2010 e il 2019.



LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO

Prevalenza di malattia e modalità di impiego dei farmaci

BPCO / ASMA



Le prevalenze di BPCO e Asma bronchiale nel 2019 hanno raggiunto un valore rispettivamente del 3,1% e 8,0%.



La BPCO (3,1%) interessa maggiormente i maschi, in particolare quelli ultra 85enni (17,6%), mentre l'Asma (8,0%) risulta globalmente più frequente nelle femmine (8,6%), e nei giovani adulti tra i 15 e i 24 anni.



Nei pazienti con BPCO emerge un aumento nell'uso dei broncodilatatori dal 2010 al 2019, associato ad un progressivo calo per i corticosteroidi in monoterapia. Nel caso dell'Asma, le prevalenze d'uso di tutte classi terapeutiche considerate mostrano un calo tra il 2010 e il 2019.

DEPRESSIONE



Aumento nella prevalenza di malattia tra il 2010 (3,7%) ed il 2019 (5,3%).



La depressione si riscontra soprattutto nelle femmine rispetto agli uomini (F: 7,0% vs. M: 3,5%).



Nel trattamento della Depressione, risultano in calo gli SSRI ed i triciclici, mentre mostrano un lieve aumento gli SNRI.

DEMENZA



La prevalenza di Demenza mostra un trend in crescita, attestandosi al 3,1% nel 2019.



Prevalenza maggiore per femmine rispetto ai maschi (F: 3,9% vs. M: 2,2%), con aumento proporzionale all'aumentare dell'età.



Aumenta l'uso degli antipsicotici atipici e della memantina, a differenza degli altri farmaci caratterizzati da un progressivo calo tra il 2010 ed il 2019.

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 mostra una leggera crescita negli ultimi dieci anni (6,2‰ nel 2010 vs. 8,2‰ del 2019).



Tale patologia risulta più frequente nei maschi rispetto alle femmine (M: 8,9‰ vs. F: 7,5‰), con il picco di prevalenza tra gli over 85enni.



TUMORE DELLA MAMMELLA

La prevalenza di Tumore della mammella è lievemente aumentata raggiungendo un valore pari al 16,3‰ nel 2019.



Trend crescente in particolare per le femmine, con valori di prevalenza che variano dal 22,9‰ nel 2010 al 31,1‰ nel 2019.



MELANOMA MALIGNO

La prevalenza di Melanoma maligno è aumentata nel corso degli ultimi dieci anni, raggiungendo un valore pari al 4,9‰ nel 2019.



Stima globale più elevata per le femmine (F: 5,0‰ vs. M: 4,6‰), sebbene queste mostrino valori di prevalenza superiori ai maschi fino alla fascia di età 55-64 anni.



MODELLI HS DI PREDIZIONE

Modelli pubblicati



TEV-HS Score

Lo score stima il rischio a 30 giorni di tromboembolismo venoso (TEV) mediante la combinazione di 21 fattori di rischio.

FRA-HS Score

Lo Score permette di calcolare il rischio di frattura osteoporotica di anca e femore a 5 o a 10 anni.



HSM-Index

Score composito di multimorbidità in grado di aggiustare i costi sanitari diretti in Medicina Generale, in funzione di variabili demografiche, presenza di patologie croniche e acute, residenza e MMG.

DEP-HS Score

Lo score calcola il rischio cumulato di depressione a 1 anno. Questo è stato ottenuto dalla combinazione di numerosi fattori di rischio relativi a condizioni patologiche nonché segni e sintomi potenzialmente associati alla presenza di somatizzazione.



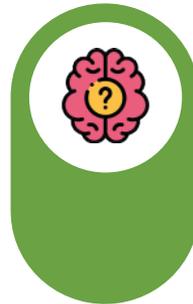
MODELLI HS DI PREDIZIONE

Modelli in corso di pubblicazione



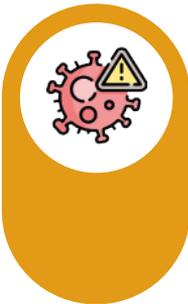
FRAILTY Index

Lo score stadia il paziente ultra sessantenne in funzione del suo livello di fragilità, stimato sulla base del rischio di morte a 3 anni.



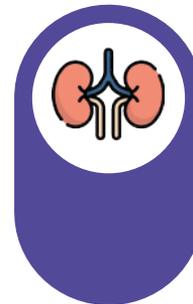
AD-HS Score

Score predittivo di rischio di malattia di Alzheimer a 15 anni.



CoVid-HS

Score per la predizione del rischio esiti gravi (decesso e ospedalizzazione) legati a infezione da COVID-19.



MRC-HS Score

Score predittivo di rischio di Malattia Renale Cronica (MRC).

INDICE

INFOGRAFICA	8
PREFAZIONE	20
ORGANIZZAZIONE DEL REPORT	21
1. IL NETWORK DEI MMG	22
1.1 MMG attivi e qualità del dato.....	22
1.2 Popolazione di pazienti dei MMG validati.....	23
2. IL CARICO DI LAVORO	24
2.1 I contatti con gli assistiti.....	25
2.2 Le prestazioni erogate.....	26
3. LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO SOCIALE	27
4. MODELLI HS DI PREDIZIONE	60
4.1 TEV-HS Score.....	60
4.2 FRA-HS Score.....	61
4.3 DEP-HS Score.....	62
4.4 HSM-Index.....	63
4.5 Score in fase di pubblicazione.....	64
5. LE RICERCHE DEI MMG RICERCATORI HS (2020-2021)	66
6. CONTRIBUTI SPECIALI DI HS (2020-2021)	67
7. PUBBLICAZIONI SU RIVISTE INDICIZZATE PUBMED	144
8. COLLABORAZIONI E PROGETTI NAZIONALI E INTERNAZIONALI	156

PREFAZIONE:

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. Difatti, 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

ORGANIZZAZIONE DEL REPORT

1 PRIMA SEZIONE: Il network dei MMG

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

2 SECONDA SEZIONE: Il carico di lavoro

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

3 TERZA SEZIONE: Le patologie a maggior impatto sociale

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 QUARTA SEZIONE: Modelli HS di predizione

La quarta sezione, novità di quest'ultimo report, **presenta e descrive i modelli di predizione sviluppati e validati sulla popolazione di pazienti in carico ai MMG ricercatori Health Search**.

5 QUINTA SEZIONE: Ricerche e Contributi Speciali

Un'ultima sezione del Report descrive le più recenti **ricerche condotte proprio dai MMG ricercatori Health Search** che, più di chiunque altri, sono in grado di individuare le problematiche cliniche e terapeutiche di maggior interesse e con un elevato impatto sul Sistema Sanitario Nazionale. Inoltre, questa sezione è stata integrata con la descrizione dei **contributi curati da SIMG, mediante l'analisi dei dati raccolti dal network dei MMG Health Search**, ai più recenti Rapporti OsMed e Osservasalute.

maggior impatto sociale, fino all'attività di ricerca riguardante le tematiche a maggior interesse clinico e scientifico. Inoltre, quest'anno, il Report si è arricchito di una nuova sezione relativa ai Modelli di Predizione sviluppati da Health Search. Questo documento presenta una sintesi delle principali evidenze emerse dalle analisi realizzate sui dati disponibili dal 2010 al 2019, al fine di favorire una più ampia diffusione dei contenuti di questo strumento.

info:

Per le analisi contenute in questo Report sono stati selezionati i pazienti attivi (vivi e non revocati) dal 1 Gennaio 2010 al 31 Dicembre 2019.

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.

1.1 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 **834 MMG nel 2019**.

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 sovrapposibilità 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 834 MMG partecipanti alla fine del 2019 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.

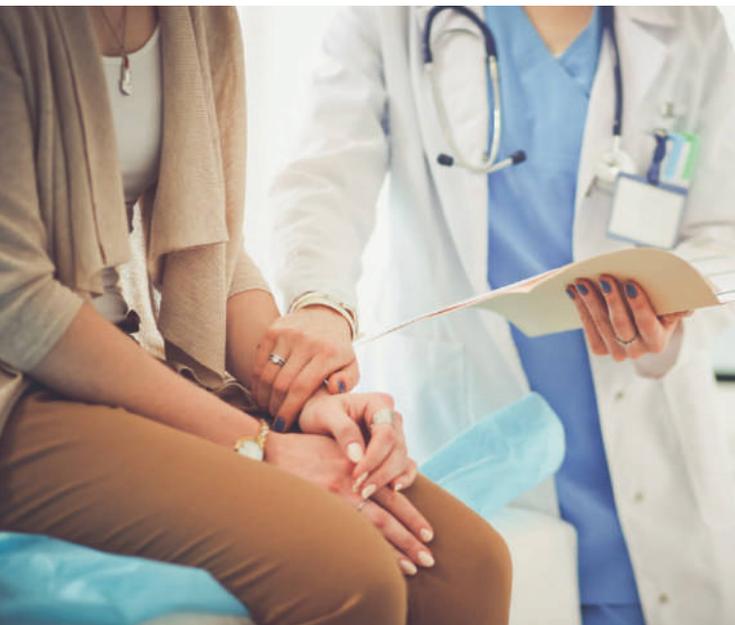
1.2 POPOLAZIONE DI PAZIENTI DEI MMG VALIDATI

La popolazione di soggetti adulti, in carico agli 800 MMG "validati", è pari a **1.007.794 pazienti**. Confrontando la distribuzione regionale della popolazione Health Search con la popolazione residente in Italia al 01/01/2019 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)**.



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.

2.1 I CONTATTI CON GLI ASSISTITI

In tutti gli anni osservati si nota **un graduale e costante incremento del carico di lavoro** (da 8,4 contatti/paziente/anno nel 2010 a 10,3 contatti/paziente/anno nel 2019). Questo andamento è presente sia tra i pazienti di sesso femminile (da 9,2 contatti/paziente/anno nel 2010 a 11,2 contatti/paziente/anno nel 2019), sia per quelli di sesso maschile (da 7,6 contatti/paziente/anno nel 2010 a 9,3 contatti/paziente/anno nel 2019).

In tutti gli anni considerati (2010-2019) **gran parte dei contatti medico-paziente sono rappresentati 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 2019.

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 2019**. 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 2019, stratificato per fasce di età e sesso, **crece all'aumentare dell'età dei pazienti in entrambi i sessi**, fino a raggiungere 23,9 contatti/paziente/anno per gli uomini ultra 85enni e 22,4 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, a partire dai 75 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 2019).

2.2 LE PRESTAZIONI EROGATE

La distribuzione del carico di lavoro in funzione della tipologia di prestazioni erogata rimane costante in tutto il periodo considerato (2010-2019). Nel 2019 le richieste di prescrizioni farmaceutiche rappresentano il 59,6% dei contatti, seguite dalle richieste di indagini diagnostico-strumentali e di laboratorio (28,5%) e dalle

richieste di visite specialistiche (11,9%).

Tra le **patologie che hanno generato il maggior numero di contatti, l'ipertensione non complicata** è quella maggiormente rappresentata (18,6% dei contatti totali nel 2019), seguita dal **diabete mellito di tipo II** (6,9%), dalla **dislipidemia** (5,3%) e dalle **malattie ischemiche** (4,3%) e dalla **malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE)** (4,0%).



Questa sezione riporta l'epidemiologia delle principali patologie croniche ad 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 2010 al 2019. 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

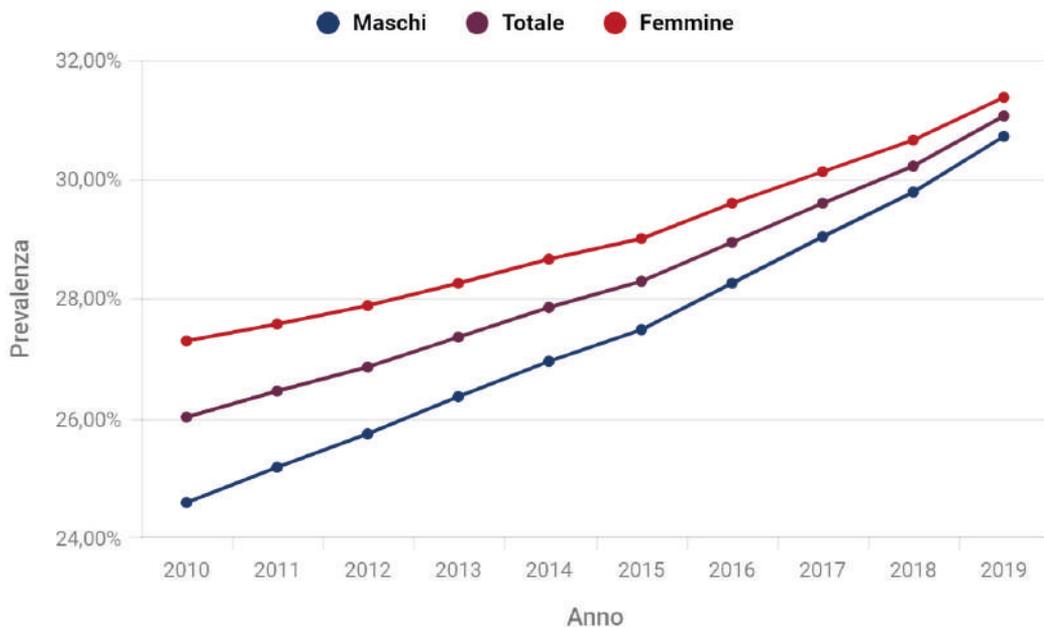
Quota di prescrizione del generico calcolata come % delle DDD prescritte ai pazienti affetti da una data patologia, distinguendo tra prescrizione del farmaco generico (intesa anche come prescrizione del solo principio attivo) e quella del farmaco branded.

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

IPERTENSIONE ARTERIOSA

PREVALENZA (2019)	31,1%
TREND 2010 - 2019	Crescente: dal 26,0% nel 2010 al 31,1% nel 2019.
DIFFERENZE GEOGRAFICHE	Maggiore prevalenza in alcune regioni del Sud, in particolare Calabria (34,7%), Campania (33,9%) e Sicilia (32,3%), nonché in alcune del Centro-Nord, come la Liguria (32,6%).
DIFFERENZE DI GENERE	Maggiore prevalenza nelle femmine rispetto ai maschi (31,4% vs. 30,7%), sebbene la differenza si sia progressivamente assottigliata nel corso degli anni.
DIFFERENZE DI ETÀ	Relazione positiva tra aumento dell'età e aumento della prevalenza, con il picco nella fascia degli ultra 85enni sia per le femmine (80,7%), che per i maschi (75,1%).
PREVALENZA USO FARMACI	Trend in crescita dal 2010 al 2019 per sartani e beta bloccanti, mentre le altre classi di farmaci mostrano una leggera diminuzione. Gli ACE-inibitori rappresentano la classe di farmaci maggiormente prescritta (36,9%), seguiti da beta bloccanti (34,9%) e da sartani (33,4%). Le classi meno prescritte, invece, sono risultate i calcio antagonisti (21,3%), i diuretici (18,6%) e gli alfa bloccanti (5,4%).
QUOTA GENERICI	Quota di generici in crescita per tutte le classi di farmaci. Nel 2019 essa risulta pari al 32,6% per i beta bloccanti, al 29,3% per gli ACE-inibitori, al 26,7% per i calcio antagonisti, al 20,8% per gli alfa bloccanti, al 17,7% per i sartani e al 16,4% per i diuretici.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI IPERTENSIONE ARTERIOSA:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)**



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
2019	36,95	29,34	34,87	32,56	33,45	17,57	21,34	26,71	18,61	16,36
2018	36,82	28,31	34,09	31,53	32,85	17,38	21,16	24,06	18,26	14,45
2017	36,35	27,25	33,31	30,62	32,27	12,29	21,19	21,74	18,38	13,39
2016	36,56	26,02	32,87	29,86	32,40	10,45	21,74	20,56	18,76	13,53
2015	36,30	24,94	31,91	29,15	32,39	9,26	22,00	19,09	18,96	13,29
2014	37,11	23,43	31,44	28,33	32,60	8,31	22,68	16,76	19,32	13,01
2013	37,68	22,43	30,64	27,42	32,67	7,21	23,19	15,99	19,25	12,97
2012	37,75	20,54	29,64	26,38	32,66	5,76	23,61	14,59	19,19	13,49
2011	38,60	18,40	29,03	24,64	32,40	3,21	25,00	11,50	19,53	12,54
2010	39,28	16,30	28,45	23,44	32,07	1,73	25,78	9,06	20,12	11,60

ICTUS ISCHEMICO

PREVALENZA (2019)

4,8%

TREND 2010 - 2019

In netta crescita, andando dal 2,8% nel 2010 al 4,8% nel 2019.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Alcune regioni del Centro-Nord presentano stime più alte di ictus ischemico, in particolare l'Emilia Romagna ed il Veneto (6,4%), la Liguria (6,0%) seguite poi dal Friuli Venezia Giulia (5,5%).

DIFFERENZE DI GENERE

Il sesso maschile presenta stime di prevalenza superiori al sesso femminile (5,2% vs. 4,5%).

DIFFERENZE DI ETÀ

Aumento della prevalenza all'aumentare dell'età, raggiungendo il massimo negli ultra 85enni, sia tra i maschi (23,8%), che tra le femmine (18,7%).

PREVALENZA USO FARMACI

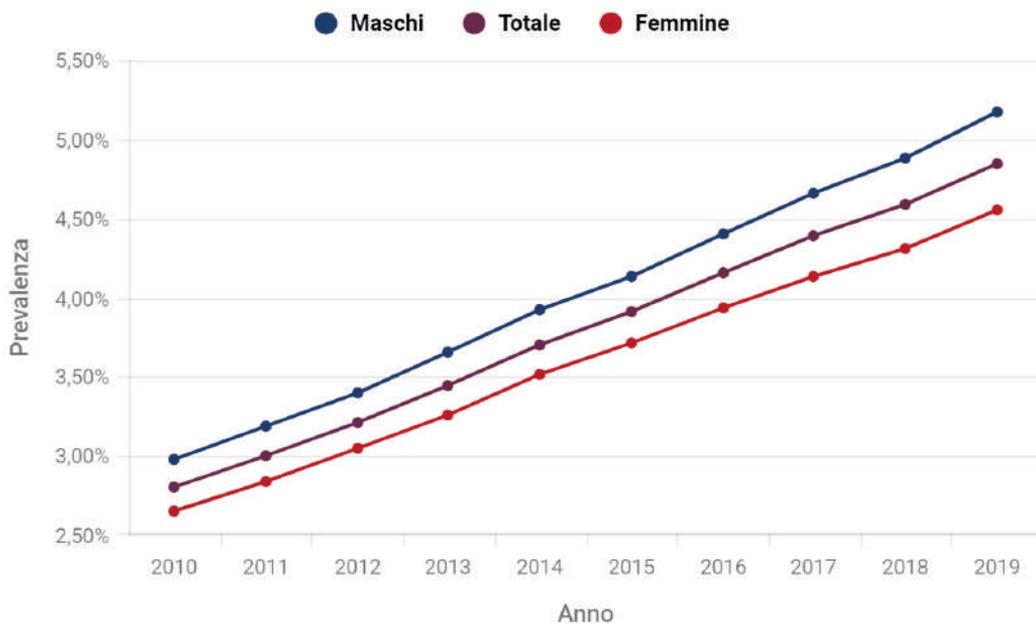
Sostanziale stabilità per i farmaci antipertensivi e antitrombotici, con valori superiori ristrettamente al 77,8% ed al 72,4% sul totale dei soggetti con diagnosi di ictus. Tra il 2010 e il 2019 si è osservato, inoltre, un aumento nell'uso della politerapia (37,5% nel 2010 vs. 43,3% nel 2019). Tale andamento è da imputare principalmente all'uso crescente di ipolipidemizzanti (47,3% nel 2010 vs. 57,9% nel 2019).

QUOTA GENERICI

Quota di generici in crescita per tutte le classi di farmaci. Nel 2019 questa era pari al 41,7% per gli antipertensivi, al 35,1% per gli ipolipidemizzanti e all'12,9% per gli antitrombotici.



**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI ICTUS ISCHEMICO:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)**



PREVALENZA D'USO DI FARMACI

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

Anno	POLI	AIPER	% Gen.ci	ATRO	% Gen.ci	IPO	% Gen.ci
2019	43,28	77,85	41,75	72,38	12,94	57,95	35,12
2018	42,57	76,88	39,65	72,14	12,74	56,37	32,82
2017	41,39	75,76	36,94	71,32	12,16	54,48	29,87
2016	41,21	76,09	35,54	72,02	10,40	53,79	22,53
2015	41,19	75,81	34,12	72,22	9,80	53,25	19,88
2014	41,41	76,27	32,05	73,55	9,65	53,01	15,55
2013	41,27	76,39	30,71	74,09	9,16	52,41	11,99
2012	39,78	75,75	28,65	73,50	9,59	50,80	11,01
2011	38,95	76,00	25,81	73,88	10,15	49,58	9,08
2010	37,49	75,56	23,57	74,22	10,49	47,31	7,96

MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE

PREVALENZA (2019)

4,4%

TREND 2010 - 2019

Leggera crescita: dal 3,9% del 2010 al 4,4% del 2019.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Presenti differenze tra le diverse regioni, con valori più elevati in Campania (6,2%), Calabria (5,1%), Sicilia (4,9%), Lazio (4,5%) e Lombardia (4,4%).

DIFFERENZE DI GENERE

Valori molto più elevati nei maschi rispetto alle femmine (6,0% vs. 2,9%).

DIFFERENZE DI ETÀ

Incremento della prevalenza all'aumentare dell'età. Il picco di prevalenza si registra tra gli ultra 85enni sia per i maschi (23,8%) che per le femmine (18,7%).

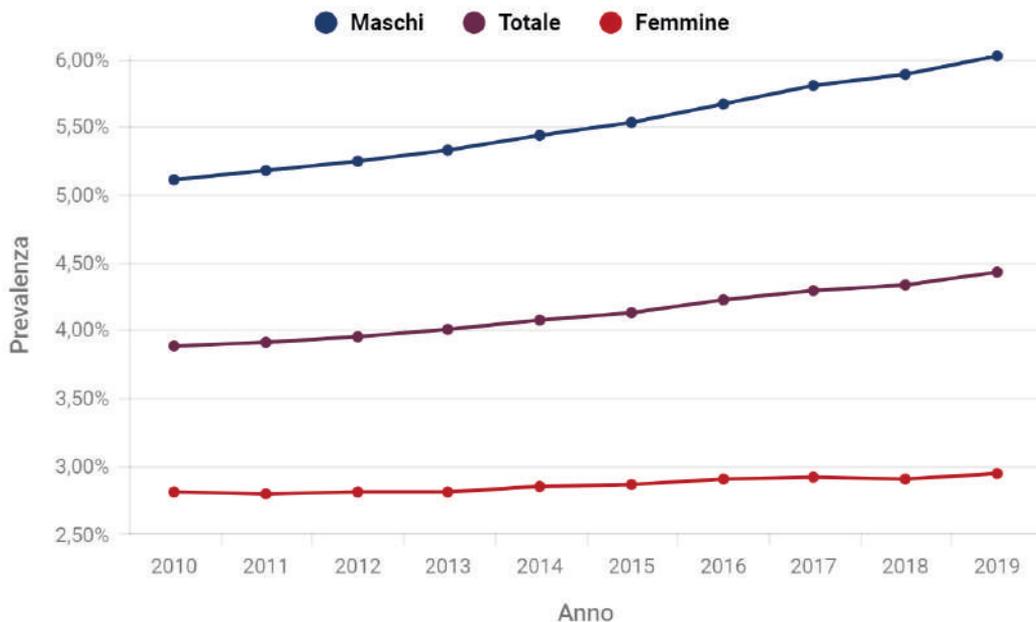
PREVALENZA USO FARMACI

Leggero aumento tra il 2010 e il 2019 per antipertensivi (dall'83,6% all'86,8%) e per antitrombotici (dal 76,5% al 80,1%). Un aumento più marcato si riscontra, invece, nell'uso di ipolipidemizzanti che variano dal 61,4% del 2010 al 71,9% del 2019, con conseguente aumento della politerapia che aumenta dal 53,4% nel 2010 al 63,6% nel 2019.

QUOTA GENERICI

Nel 2019 la quota dei generici era pari al 43,2% per gli antipertensivi, al 27,1% per gli ipolipidemizzanti e al 10,8% per gli antitrombotici.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)**



PREVALENZA D'USO DI FARMACI

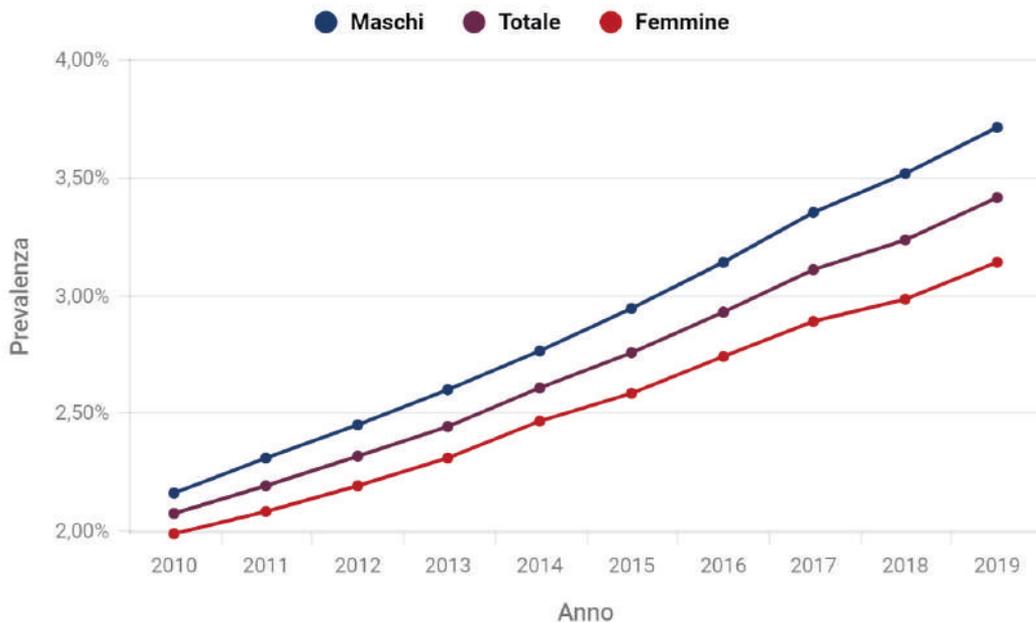
POLI: Politerapia; AIPER: Antipertensivi; IPO: Ipolipidizzanti; ATRO: Antitrombotici

Anno	POLI	AIPER	% Gen.ci	ATRO	% Gen.ci	IPO	% Gen.ci
2019	63,61	86,76	43,23	80,12	10,81	71,95	27,09
2018	61,79	85,15	41,47	78,81	10,62	69,82	24,82
2017	59,81	83,94	39,14	77,12	10,19	67,63	21,85
2016	59,19	84,10	37,48	77,15	8,51	66,92	17,21
2015	58,01	83,48	36,14	76,20	7,69	65,71	14,70
2014	58,06	84,14	34,96	77,05	7,47	65,44	11,28
2013	57,81	83,89	33,54	76,79	6,78	65,20	8,31
2012	56,60	83,34	32,17	75,99	7,21	64,20	7,34
2011	55,24	83,59	29,42	75,88	7,29	63,02	5,75
2010	54,37	83,64	27,33	76,48	7,20	61,41	5,55

FIBRILLAZIONE ATRIALE

PREVALENZA (2019)	3,4%
TREND 2010 - 2019	Trend in crescita, andando dal 2,1% nel 2010 al 3,4% nel 2019.
DIFFERENZE GEOGRAFICHE	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 (4,6%), seguita dal Trentino-Alto Adige (4,4%), dalla Toscana e dal Veneto (4,1%, ciascuna) e dall'Emilia Romagna (3,8%).
DIFFERENZE DI GENERE	Il sesso maschile presenta stime di prevalenza superiori al sesso femminile (3,7% vs. 3,1%).
DIFFERENZE DI ETÀ	La prevalenza aumenta all'aumentare dell'età, raggiungendo il massimo negli ultra 85enni, sia tra gli uomini (22,3%), che tra le donne (18,3%).
PREVALENZA USO FARMACI	Progressivo incremento nell'uso dei farmaci antitrombotici dal 2010 (76,9%), fino a stabilizzarsi al 81,6% nel 2019.
QUOTA GENERICI	Quota di generici in leggero calo, passando dal 4,3% nel 2010 al 3,8% nel 2019.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI FIBRILLAZIONE ATRIALE:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)**



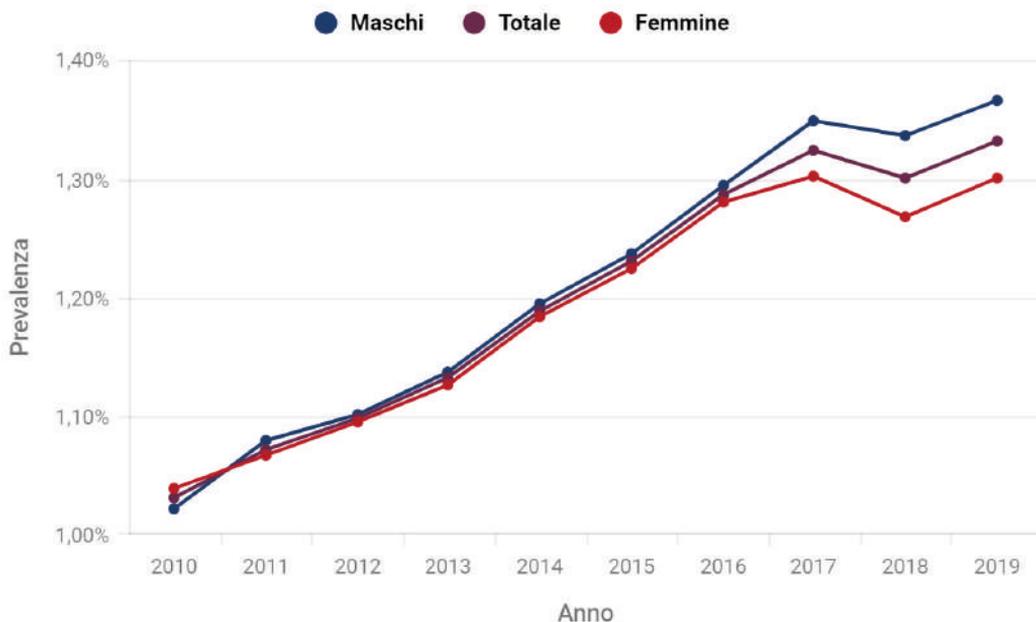
PREVALENZA D'USO DI FARMACI

Anno	ANTITROMBOTICI	% ANTITROMBOTICI GENERICI
2019	81,61 %	3,83 %
2018	79,94 %	3,86 %
2017	76,96 %	4,02 %
2016	77,41 %	3,57 %
2015	76,58 %	3,53 %
2014	77,64 %	3,67 %
2013	77,45 %	3,75 %
2012	76,87 %	3,92 %
2011	76,56 %	4,16 %
2010	76,93 %	4,34 %

SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO

PREVALENZA (2019)	1,3%
TREND 2010 - 2019	Lievemente in crescita: da 1,0% del 2010 all'1,3% del 2019.
DIFFERENZE GEOGRAFICHE	Valori più elevati in diverse regioni del Centro-Nord, in particolare Friuli Venezia Giulia, Toscana, Liguria ed Emilia-Romagna (1,6%, ciascuna), nonché in Sicilia (1,5%).
DIFFERENZE DI GENERE	Stime analoghe sia per i maschi che per le femmine.
DIFFERENZE DI ETÀ	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 (11,5% tra i maschi vs. 10,3% tra le femmine).
PREVALENZA USO FARMACI	Tra il 2010 e il 2019 diuretici e beta bloccanti sono risultati in crescita, mentre glicosidi e ACE-inibitori in costante calo. I sartani sono risultati sostanzialmente costanti. La classe di farmaci maggiormente impiegata è stata quella dei diuretici (72,6%), seguiti dai beta bloccanti (66,2%), dagli ACE-inibitori (38,7%). Sartani e glicosidi, invece, vengono prescritti a una quota minore di pazienti: rispettivamente al 28,9% e 10,9% dei pazienti.
QUOTA GENERICI	La quota di generici nel 2019 è stata del 43,2% per i beta bloccanti, seguita dal 34,9% per gli ACE-inibitori, dal 21% per i diuretici e dal 21,3% 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 2010-2019)**



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
2019	72,62	21,04	66,20	43,25	38,69	34,93	28,93	21,34	10,91	0,00
2018	70,93	20,70	63,52	41,36	39,39	34,01	28,54	21,88	11,56	0,00
2017	69,71	20,33	60,59	39,51	39,07	31,63	27,21	16,33	12,70	0,00
2016	71,32	20,73	60,26	38,33	40,32	30,24	27,39	13,72	14,17	0,00
2015	71,02	20,46	58,38	36,91	41,57	29,15	27,75	11,98	15,10	0,00
2014	71,73	20,16	56,53	35,61	43,00	27,51	28,17	10,93	16,75	0,00
2013	70,86	20,87	55,47	33,49	44,99	25,37	29,54	9,43	18,57	0,00
2012	70,48	21,41	52,93	31,10	45,64	22,25	30,06	7,12	19,78	0,00
2011	70,84	19,69	51,17	27,63	47,21	19,59	29,74	4,28	22,02	0,00
2010	70,92	18,80	48,83	24,85	48,36	16,39	30,39	2,15	24,13	0,00

DIABETE MELLITO TIPO 2

PREVALENZA (2019)

8,3%

TREND 2010 - 2019

Trend crescente: dal 7,1% del 2010 all'8,3% del 2019.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Gradiente geografico, con un aumento progressivo delle stime andando dal Nord verso il Sud. Le regioni a più alta prevalenza sono risultate la Calabria (10,8%) e la Sicilia (9,6%).

DIFFERENZE DI GENERE

Stime più elevate nei maschi rispetto alle femmine (9,3% vs. 7,4%).

DIFFERENZE DI ETÀ

Trend crescente al crescere dell'età, con un picco nella fascia 75-84 anni per i maschi (26,8%) e negli ultra 85enni per il sesso femminile (20,6%).

PREVALENZA USO FARMACI

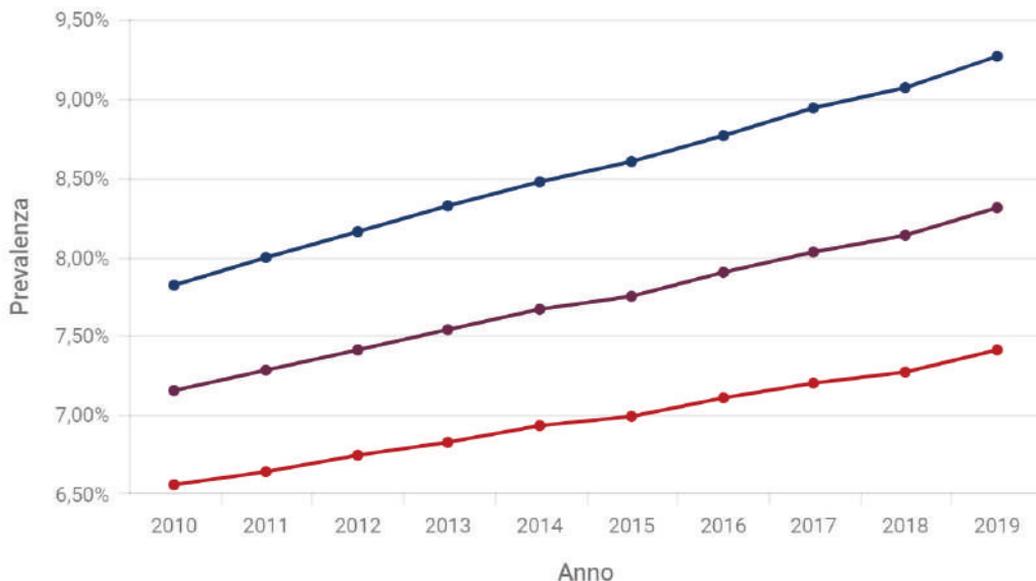
Importante aumento nella prevalenza d'uso di metformina (42,2% nel 2010 vs. 50,8% nel 2019), e degli inibitori DPP4/Agonisti GLP1 (1,5% nel 2010 vs. 5,9% nel 2019), accompagnata da una riduzione delle sulfaniluree (28,5% nel 2010 vs. 13,4% nel 2019); tutti gli "altri farmaci" antidiabetici mostrano un costante aumento tra il 2010 e il 2019. Le insuline nel 2019 sono state prescritte al 17,7% dei pazienti con diabete, mentre la repaglinide al 5,2% e i glitazoni al 3,6%.

QUOTA GENERICI

La quota di farmaci generici nel 2019 è stata pari al 55,4% delle prescrizioni di repaglinide, al 38,3% di quelle della metformina, al 24,0% delle sulfaniluree e al 16,3% 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 2010-2019)**

● Maschi ● Totale ● Femmine



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
2019	50,83	38,27	13,38	24,03	17,70	0,00	5,25	55,42
2018	49,17	39,28	14,62	22,87	17,42	0,00	6,06	54,45
2017	47,53	40,52	15,53	21,25	17,08	0,00	6,74	52,92
2016	46,76	38,89	16,70	18,79	16,99	0,00	7,48	50,82
2015	45,81	32,19	17,87	16,44	16,55	0,00	8,17	48,96
2014	45,87	29,65	19,40	15,62	16,39	0,00	8,68	46,91
2013	45,18	28,77	20,60	16,05	16,17	0,00	8,72	44,29
2012	44,37	27,76	22,65	14,76	15,69	0,00	8,74	41,74
2011	43,98	25,66	25,56	12,30	15,44	0,00	8,57	33,02
2010	42,25	26,24	28,54	10,33	15,33	0,00	8,27	11,99

BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

PREVALENZA (2019)

3,1%

TREND 2010 - 2019

Trend crescente: dal 2,8% del 2010 al 3,1% del 2019.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Valori più elevati in Valle d'Aosta (4,3%) e nel Sud. La regione con la prevalenza più elevata è risultata la Basilicata (4,7%), seguita dalla Campania (4,2%), dalla Calabria (3,9%) e dal Molise (3,8%).

DIFFERENZE DI GENERE

Stime sensibilmente maggiori nei maschi rispetto alle femmine (3,6% vs. 2,5%).

DIFFERENZE DI ETÀ

Valori crescenti all'aumentare dell'età, con un netto incremento nel sesso maschile che raggiunge il picco negli ultra 85enni (17,6%), mentre per le donne il picco massimo di prevalenza è pari all'8,9%, sempre tra le ultra 85enni.

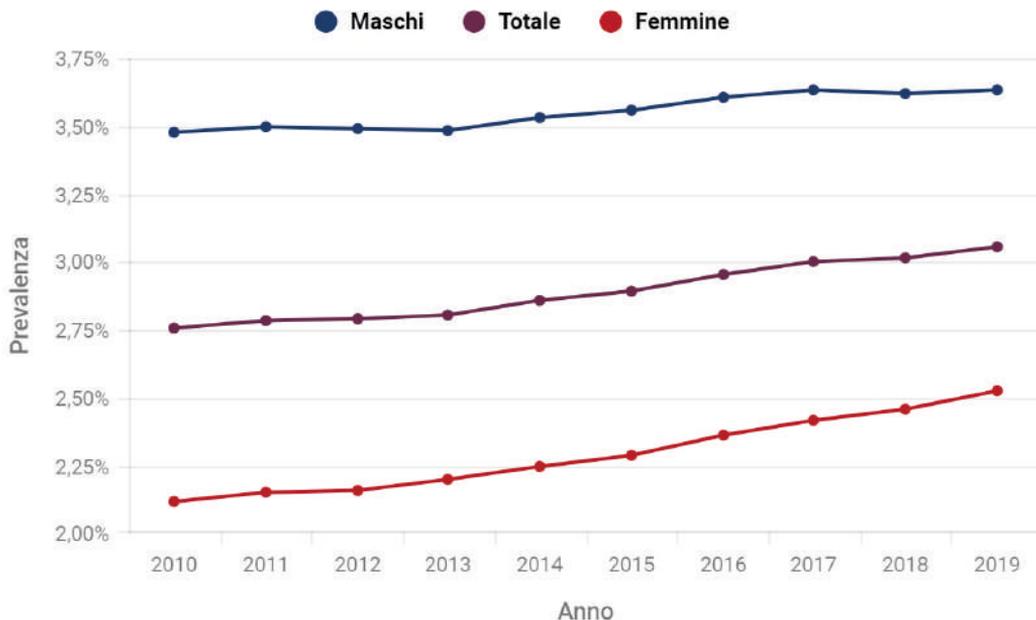
PREVALENZA USO FARMACI

La prevalenza dei broncodilatatori è aumentata dal 35,2% del 2010 al 41,0% del 2019, mentre le associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori mostrano un progressivo calo nel corso degli anni (dal 32,8% del 2010 al 30,9% del 2019). Gli antileucotrieni, in tutto il periodo considerato, mostrano un lieve calo attestandosi al 1,9% nel 2019, analogamente ai corticosteroidi in monoterapia (dal 22,0% del 2010 al 16,1% del 2019) e alle xantine (dal 9,8% del 2010 al 3,8% del 2019).

QUOTA GENERICI

Per la BPCO sono disponibili pochissimi farmaci genericati, pertanto, le quote di prescrizione di generici sono esigue: nel 2019 la quota di generici dei broncodilatatori era pari all'1,0% e dei corticosteroidi inalatori al 3,3%. Fanno eccezione gli antileucotrieni, il cui impiego per il 25,6% ha riguardato prodotti generici.

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI BPCO: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)



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
2019	30,89	0,00	40,99	1,00	16,08	3,29	3,80	0,00	1,86	25,61
2018	30,87	0,00	39,65	1,00	16,87	2,51	4,50	0,00	1,83	22,05
2017	29,79	0,00	39,31	1,08	19,91	0,73	4,73	0,00	1,84	20,10
2016	30,71	0,00	39,35	1,05	20,74	0,45	4,97	0,00	1,81	15,48
2015	30,56	0,00	38,79	1,23	21,64	0,37	5,69	0,05	1,80	12,80
2014	30,04	0,00	38,04	1,28	20,74	0,36	6,03	0,05	1,92	10,78
2013	30,11	0,00	37,32	1,37	21,60	0,27	7,12	0,00	1,95	7,03
2012	30,13	0,00	36,01	1,66	20,91	0,45	8,03	0,00	2,04	0,00
2011	31,36	0,00	36,09	1,62	21,31	0,26	9,00	0,00	2,14	0,00
2010	32,83	0,00	35,18	1,76	22,00	0,21	9,84	0,00	2,10	0,00

ASMA BRONCHIALE

PREVALENZA (2019)

8,0%

TREND 2010 - 2019

Netta crescita tra il 2010 (4,8%) e il 2019 (8,0%).

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Stime di prevalenza più elevate a livello del Centro-Sud: la regione con la prevalenza più elevata è risultata la Campania (14,6%), seguita da Sardegna (9,3%), dal Molise e Liguria (8,4%) e dall'Abruzzo (8,3%).

DIFFERENZE DI GENERE

Stime maggiori nelle femmine rispetto ai maschi (8,6% vs. 7,4%).

DIFFERENZE DI ETÀ

Per i maschi esiste una relazione inversa all'aumentare dell'età, andando da 10,3% nella fascia 15-24 anni a 5,1% negli ultra 85enni. Invece, tra le femmine la prevalenza presenta variazioni inferiori al variare della fascia d'età e risulta massima tra 55 e 64 anni (9,3%).

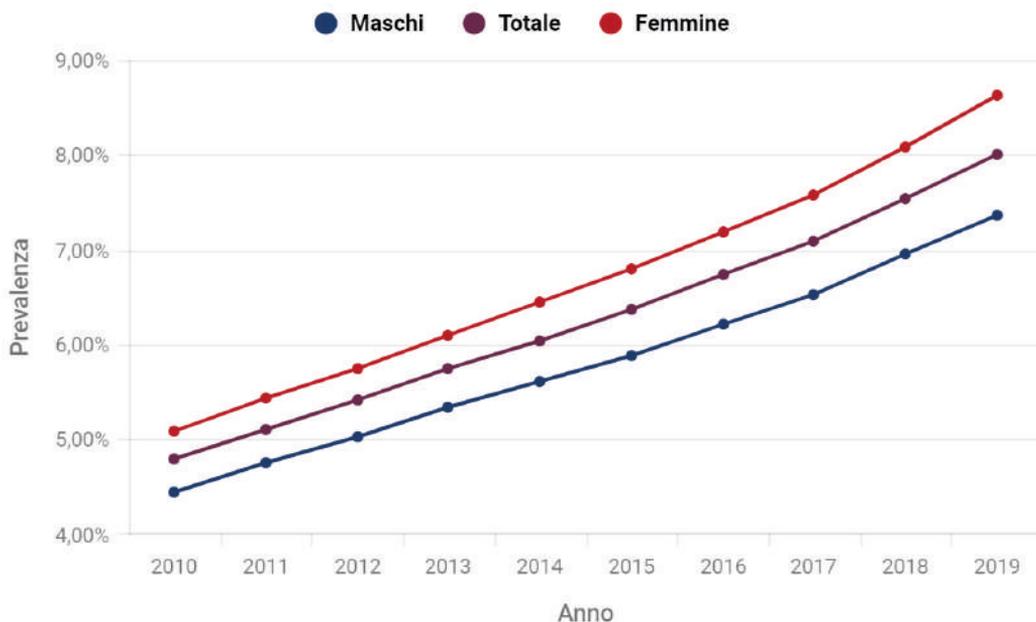
PREVALENZA USO FARMACI

Stime di prevalenza d'uso il leggero calo tra 2010 al 2019, sia per le associazioni adrenergici/ corticosteroidi inalatori (da 28,1% del 2010 a 26,5% del 2019), sia per i broncodilatatori (da 26,1% del 2010 a 18,6% del 2019). Andamento analogo si osserva anche per le altre classi terapeutiche.

QUOTA GENERICI

Per l'asma, sono disponibili, ad oggi, pochi generici, per tale motivo nel 2019 solo l'1,8% delle prescrizioni di broncodilatatori e lo 2,1% di quelle di corticosteroidi inalatori riguardava farmaci generici. La quota di generici di antileucotrieni, invece, nel 2019 era pari al 26,6%.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI ASMA BRONCHIALE:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)**



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
2019	26,50	0,00	18,64	1,83	14,52	2,07	1,32	0,00	4,57	26,63
2018	26,18	0,00	19,56	1,61	15,24	1,70	1,66	0,00	4,71	23,59
2017	25,26	0,00	19,67	1,75	16,78	0,35	1,65	0,00	4,76	20,85
2016	25,97	0,00	20,41	1,67	17,73	0,29	1,73	0,00	5,07	17,78
2015	25,62	0,00	21,20	1,49	18,37	0,27	1,96	0,00	5,33	13,84
2014	25,69	0,00	22,10	1,64	18,65	0,23	2,01	0,07	5,79	10,74
2013	25,87	0,00	22,93	1,64	19,24	0,23	2,28	0,00	6,01	6,63
2012	25,79	0,00	23,25	1,83	18,82	0,26	2,41	0,00	6,36	0,00
2011	26,86	0,00	25,00	1,54	20,36	0,12	2,72	0,00	6,71	0,03
2010	28,13	0,00	26,06	1,68	20,37	0,10	3,16	0,00	6,90	0,00

DEPRESSIONE

PREVALENZA (2019)

5,3%

TREND 2010 - 2019

Trend crescente: dal 3,7% del 2010 al 5,3% del 2019.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

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 (7,1%) seguita dalla Liguria (6,8%), Emilia Romagna (6,5%), Toscana (6,6%) ed Umbria (6,2%).

DIFFERENZE DI GENERE

Stime sensibilmente maggiori nelle femmine rispetto ai maschi (7,0% vs. 3,5%).

DIFFERENZE DI ETÀ

Trend crescente all'aumentare dell'età. Il picco di prevalenza si registra tra gli ultra 85enni, sia maschi (7,8%) che femmine (13,4%).

PREVALENZA USO FARMACI

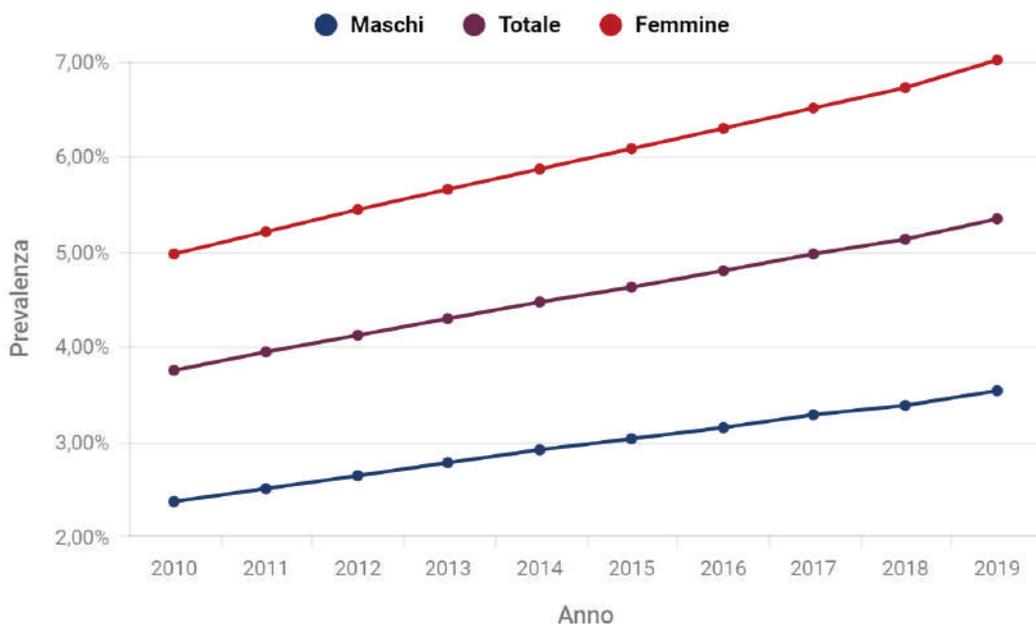
Gli SSRI rappresentano la classe di farmaci maggiormente impiegata, ma nel corso degli anni (2010-2019) hanno fatto registrare un calo in termini di prevalenza d'uso, passando dal 37,4% del 2010 al 29,8% del 2019. Tale calo è stato riscontrato anche per gli antidepressivi triciclici (da 4,7% del 2010 a 3,2% del 2019). Al contrario, gli "altri antidepressivi" hanno mostrato un aumento nel loro impiego, andando dal 6,3% nel 2010 all'8,7% nel 2019. Gli SNRI, invece, sono impiegati in una quota stabile di pazienti (attorno al 9%).

QUOTA GENERICI

La quota dei generici per gli SSRI nel 2019 era pari al 39,1%, per il SNRI al 29,2% e per gli "altri antidepressivi" al 19,4%. Per gli antidepressivi triciclici, invece, non sono disponibili prodotti generici.



**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI DEPRESSIONE:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)**



PREVALENZA D'USO DI FARMACI ANTIDEPRESSIVI

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

Anno	SSRI	% Gen.ci	SNRI	% Gen.ci	TCA	% Gen.ci	ALTRI	% Gen.ci
2019	29,83	39,06	9,04	29,17	3,20	0,00	8,74	19,43
2018	30,07	37,86	8,89	26,27	3,18	0,00	8,22	19,07
2017	30,07	36,13	8,54	22,68	3,31	0,00	7,70	17,33
2016	31,10	34,76	8,59	20,18	3,49	0,00	6,97	17,38
2015	31,56	33,02	8,54	14,42	3,58	0,00	6,42	17,99
2014	32,56	29,77	8,55	12,23	3,88	0,00	6,30	18,40
2013	33,35	28,13	8,93	11,73	3,89	0,00	6,17	17,94
2012	34,18	26,63	9,02	9,90	3,99	0,00	6,06	16,20
2011	35,87	25,18	9,00	8,61	4,36	0,00	6,26	13,53
2010	37,41	23,71	9,30	7,73	4,66	0,00	6,30	12,35

DEMENZA

PREVALENZA (2019)

3,1%

TREND 2010 - 2019

Trend crescente: dall'1,5% del 2010 al 3,1% del 2019.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Maggiore prevalenza in alcune regioni del Centro, quali Emilia-Romagna (4,3%), Umbria (4,0%), Abruzzo, Molise e Marche (3,8% ciascuna).

DIFFERENZE DI GENERE

Stime sensibilmente maggiori nelle femmine rispetto ai maschi (3,9% vs. 2,2%).

DIFFERENZE DI ETÀ

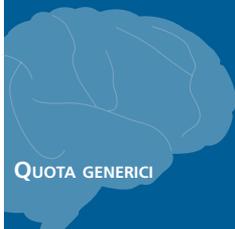
Trend crescente all'aumentare dell'età, con un evidente aumento dopo i 65 anni e con un picco oltre gli 85 anni, sia per i maschi (18,9%), sia per le femmine (22,7%). La differenza tra maschi e femmine si accentua all'aumentare dell'età.

PREVALENZA USO FARMACI

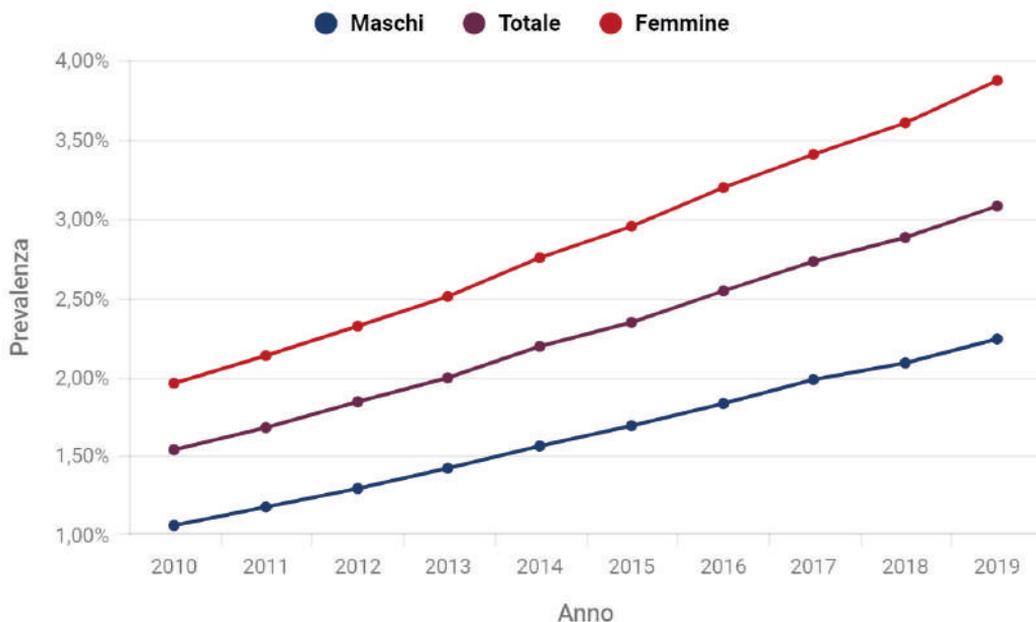
Calo degli anticolinesterasici e degli "altri antipsicotici" dal 2010 al 2019: i primi sono calati dall'9,8% al 7,2%, i secondi dal 11,8% al 9,4%. Al contrario, la memantina e gli antipsicotici atipici hanno mostrato un aumento nell'impiego, arrivando a coprire nel 2019 rispettivamente il 5,5% e il 11,4%.

QUOTA GENERICI

Nel 2019 la quota di generici era pari al 71,3% per anticolinesterasici, al 76,7% per la memantina, al 66,9% per gli antipsicotici atipici e all'3,5% per gli "altri antipsicotici".



**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI DEMENZA:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)**



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
2019	7,16	71,32	11,37	66,95	9,41	3,52	5,47	76,73
2018	7,61	66,29	11,14	63,48	9,74	2,22	5,38	69,99
2017	7,45	60,02	10,91	56,31	9,95	1,34	5,10	58,47
2016	7,84	45,43	10,59	48,02	10,08	1,17	5,11	43,55
2015	8,34	33,17	9,79	40,23	10,62	1,15	5,03	30,19
2014	8,78	24,65	9,21	32,23	10,87	0,64	4,99	11,61
2013	9,11	15,14	8,25	23,03	10,97	0,20	4,79	0,19
2012	8,78	7,12	7,36	10,74	10,76	0,27	4,42	0,00
2011	8,93	0,00	7,15	3,60	11,20	0,05	3,72	0,00
2010	9,83	0,00	7,49	3,00	11,82	0,30	3,20	0,00

IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA (IPB)**PREVALENZA (2019)**

16,5% della popolazione maschile

TREND 2010 - 2019

Trend crescente: dal 11,3% del 2010 al 16,5% del 2019.

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 (56,1%).

PREVALENZA USO FARMACI

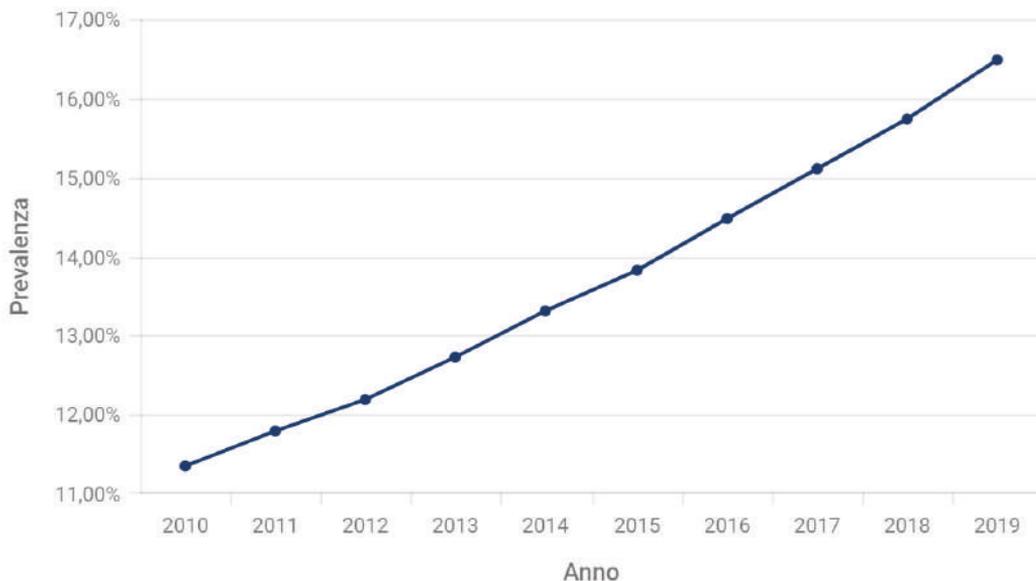
Riduzione nella prevalenza d'uso degli antagonisti dell'alfa adrenorecettore, dal 39,5% del 2010 al 40,5% del 2019; un calo è stato riscontrato anche per "altri farmaci" per l'IPB (da 2,2% del 2010 all'1,6% nel 2019). Al contrario, l'impiego di inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi è risultato stabile nel periodo, sebbene con lievi fluttuazioni (dal 18,6% nel 2010 al 19,0% nel 2019).

QUOTA GENERICI

Il 22,2% delle prescrizioni di antagonisti dell'alfa adrenorecettore ha riguardato farmaci generici, così come il 24,8% delle prescrizioni di inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI IPB:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)**

● Maschi



PREVALENZA D'USO DI FARMACI PER IPB

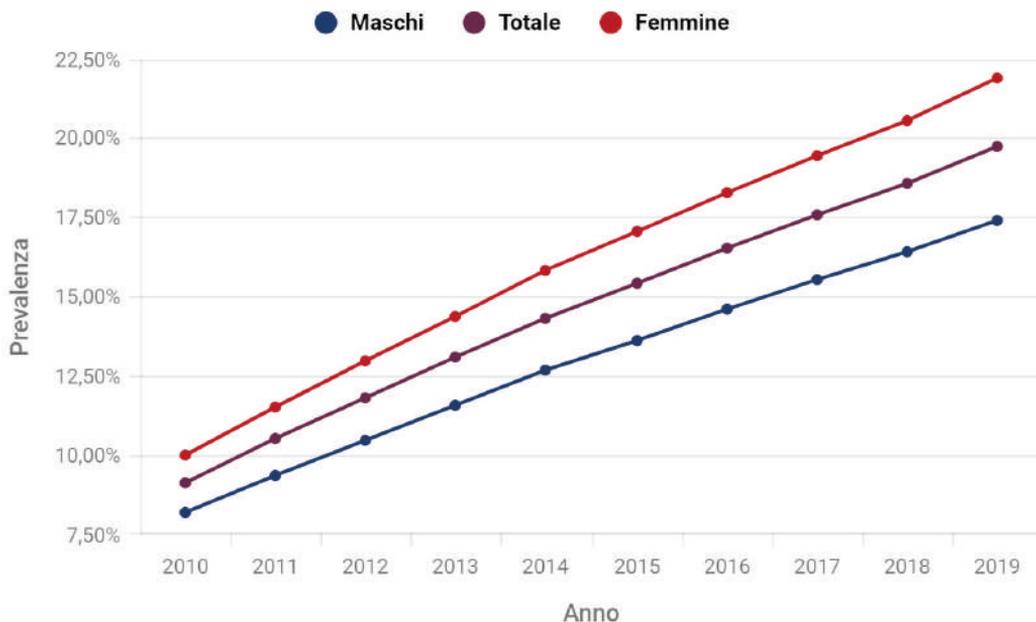
AAA: Antagonisti dell'alfa recettore adrenergico; IRED: Inibitore della testosterone 5alfa reducttasi; ALTRI: Altri farmaci per IPB

Anno	AAA	% Gen.ci	IRED	% Gen.ci	ALTRI IPB	% Gen.ci
2019	40,47	22,23	19,00	24,78	1,58	0,00
2018	39,60	22,04	18,78	21,01	1,59	0,00
2017	38,84	22,29	18,58	14,96	1,52	0,00
2016	39,21	21,91	18,89	11,13	1,57	0,00
2015	38,98	21,85	18,88	7,78	1,72	0,00
2014	39,19	21,50	19,01	7,79	1,84	0,00
2013	39,15	22,00	18,68	6,03	1,91	0,00
2012	38,60	22,31	18,37	5,99	1,68	0,00
2011	39,27	21,00	18,66	5,65	1,83	0,00
2010	39,52	19,87	18,56	6,12	2,18	0,00

MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO (MRGE)

PREVALENZA (2019)	19,7%
TREND 2010 - 2019	Trend in forte crescita. Nel complesso l'aumento è stato dal 9,1% del 2010 al 19,7% del 2019.
DIFFERENZE GEOGRAFICHE	Maggiore prevalenza al Centro-Sud, comprese le isole, rispetto al Nord. La regione con la prevalenza più elevata è risultata la Campania (28,0%), seguita dalla Sardegna (24,8%), dalla Sicilia (24,3%) e dall'Abruzzo e Molise (24,0% ciascuna).
DIFFERENZE DI GENERE	Stime maggiori nelle femmine rispetto ai maschi (21,9% vs. 17,4%).
DIFFERENZE DI ETÀ	La prevalenza aumenta al crescere dell'età, con un picco nella fascia 75-84 anni sia per le femmine (31,9%) che per i maschi (26,6%), per poi diminuire nella fascia degli ultra 85enni.
PREVALENZA USO FARMACI	Gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) risultano i farmaci maggiormente prescritti, seppur il progressivo calo nel loro utilizzo tra il 2010 (60,9%) ed il 2019 (46,7%). Tutte le altre categorie terapeutiche analizzate hanno mostrato un costante calo nel loro impiego tra il 2010 e il 2019; in particolare gli antiacidi (da 10,9% a 7,1%), gli H2-antagonisti (da 3,0% a 1,7%) e gli altri farmaci per la MRGE (da 13,2% a 12,3%).
QUOTA GENERICI	La quota di farmaci generici prescritti nel 2019, è stata pari al 56,4% di tutte le prescrizioni degli H2 antagonisti, al 55,3% degli IPP e dello 0,3% degli antiacidi.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI MRGE:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)**



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
2019	46,68	55,27	7,06	0,33	1,75	56,43	12,31	0,66
2018	46,77	50,63	7,42	0,34	2,08	53,18	12,20	0,74
2017	48,41	39,41	7,49	0,33	2,11	53,46	12,26	0,72
2016	50,06	35,18	7,35	0,25	2,13	51,97	12,48	0,79
2015	53,49	33,61	7,63	0,21	2,28	48,45	12,64	0,87
2014	56,14	32,92	7,67	0,25	2,27	46,92	12,90	0,95
2013	57,41	31,16	7,38	0,20	2,30	48,06	13,14	0,78
2012	58,45	28,83	7,54	0,25	2,40	43,00	13,10	0,74
2011	60,33	26,70	8,61	0,21	2,59	38,04	12,79	0,82
2010	60,90	22,94	10,87	0,12	2,97	35,55	13,22	0,57

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA (IRC)

PREVALENZA (2019)

6,2%

TREND 2010 - 2019

Trend in leggera crescita fino al 2017, dal 5,8% nel 2010 al 6,6% nel 2017, per poi calare nel 2019 (6,2%).

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Valori più elevati nelle regioni del Centro Nord. La regione con la prevalenza più elevata è risultata il Friuli Venezia Giulia (8,2%), seguita dall'Emilia-Romagna e Liguria (7,6%, ciascuna) e dal Trentino-Alto Adige (7,1%). Nel Sud Italia, la Campania mostra la prevalenza più elevata (7,2%).

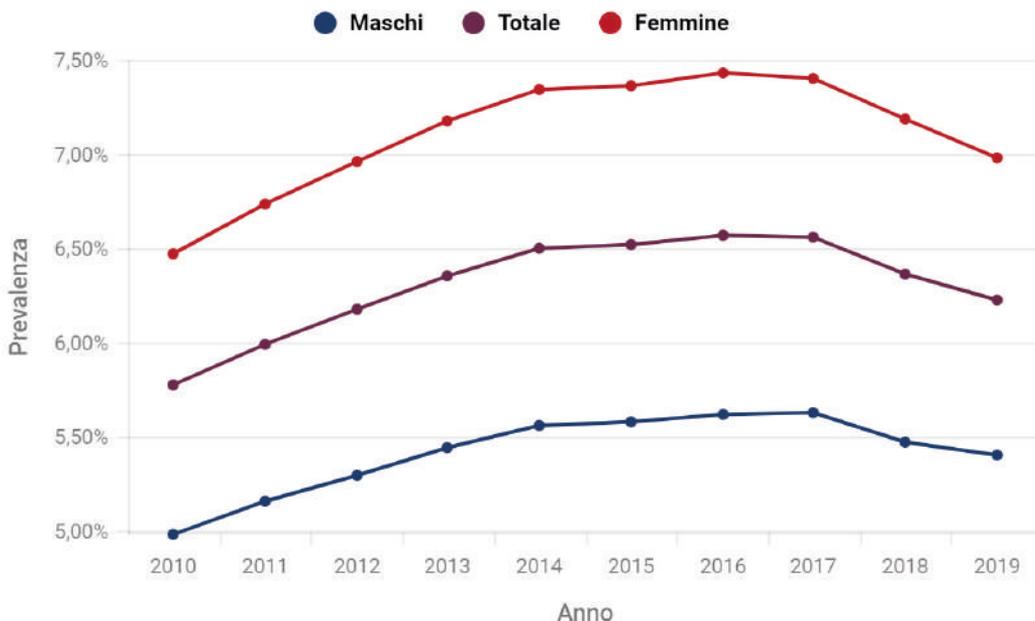
DIFFERENZE DI GENERE

Stime maggiori nelle femmine rispetto ai maschi (7,0% vs. 5,4%).

DIFFERENZE DI ETÀ

Valori crescenti all'aumentare dell'età, raggiungendo il picco massimo negli ultra 85enni, sia tra le femmine (35,0%), che tra i maschi (32,1%).

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI IRC:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)



OSTEOARTROSI

PREVALENZA (2019)

20,8%

TREND 2010 - 2019

Trend in crescita dal 2010 (17,4%) al 2019 (20,8%).

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 2019 sono state la Campania (32,4%), seguita dalla Basilicata (26,1%), dalla Sicilia e dalla Puglia (24,3 ciascuna%) ed infine la Sardegna (24,2%).

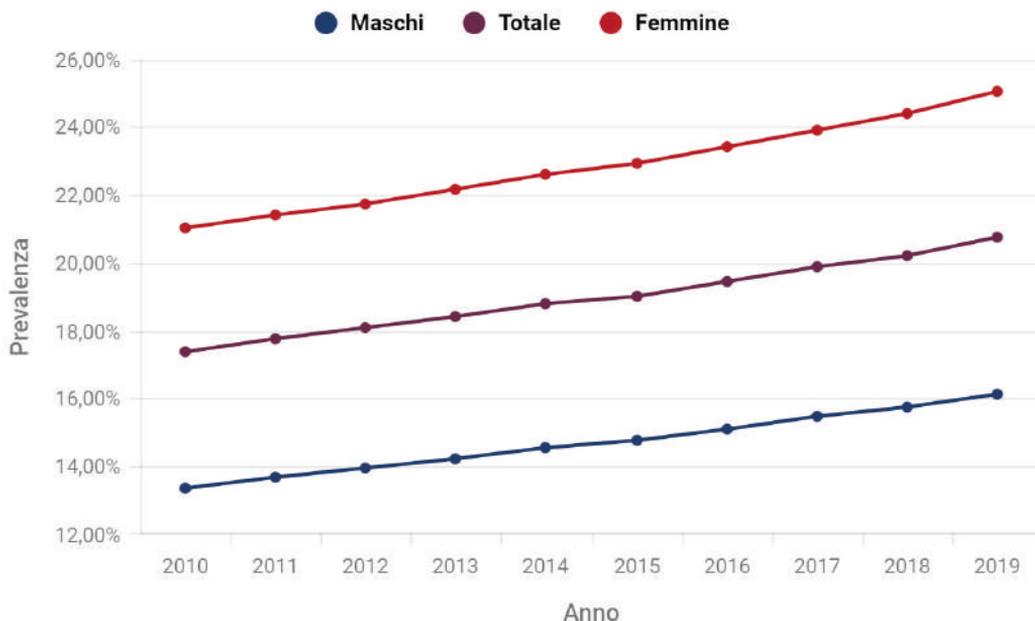
DIFFERENZE DI GENERE

Valori nettamente più elevati nelle femmine rispetto ai maschi (25,1% vs. 16,1%).

DIFFERENZE DI ETÀ

La prevalenza cresce al crescere dell'età, sia per gli uomini che per le femmine. Per entrambi i sessi il picco massimo di prevalenza si osserva tra gli ultra 85enni (62,6% per le donne e 50,0% per gli uomini).

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI OSTEOARTROSI: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)



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 (2019)

1,3‰

TREND 2010 - 2019

Andamento costante dal 2010 (1,3‰) al 2019 (1,3‰).

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Le regioni con le stime di prevalenza più elevate sono quelle del Centro, in particolare Marche (2,9‰) e Umbria (1,8‰); tra le regioni del Nord la prevalenza più elevata si registra in Lombardia (1,8‰) ed in Friuli-Venezia Giulia (1,7‰).

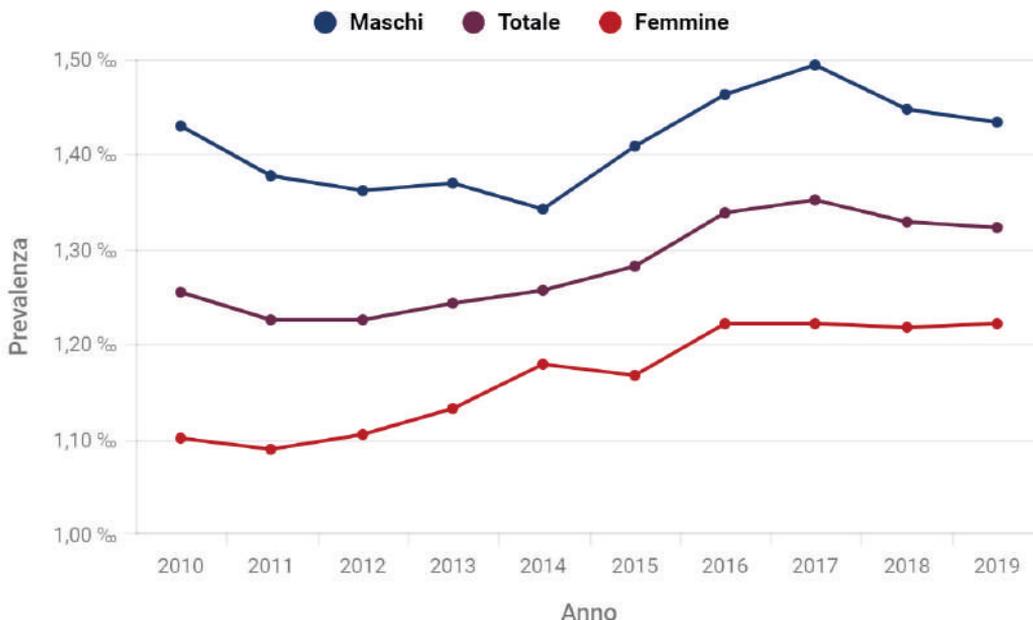
DIFFERENZE DI GENERE

Valori maggiori nei maschi rispetto alle femmine (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 4,9‰). La differenza tra i due sessi cresce all'aumentare dell'età.

PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE DELLO STOMACO: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)



MELANOMA MALIGNO

PREVALENZA (2019)

4,9‰

TREND 2010 - 2019

Crescita sensibile: dall'2,4‰ del 2010 al 4,9‰ del 2019.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Stime maggiori al Nord e al Centro. Le regioni con la prevalenza più elevata sono state: il Lazio (8,3‰), Friuli-Venezia Giulia (7,1‰), Veneto (6,7‰), Toscana (6,6‰) e Marche (6,4‰).

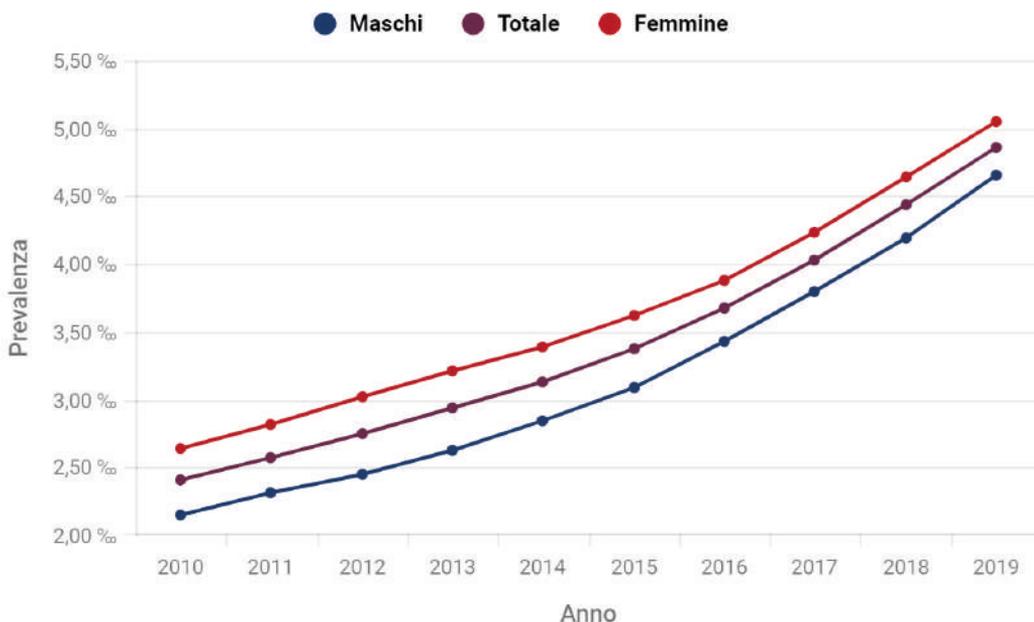
DIFFERENZE DI GENERE

Valori superiori nelle femmine rispetto ai maschi (5,0‰ vs. 4,6‰).

DIFFERENZE DI ETÀ

Trend crescente al crescere dell'età, sebbene si osservi una prevalenza rilevante anche nei soggetti più giovani. Le femmine mostrano valori di prevalenza superiori agli maschi fino alla fascia di età 55-64 anni. Viceversa, dal 65esimo anno, i maschi presentano stime di prevalenza superiori a quelle delle femmine. Per i maschi il picco di prevalenza si raggiunge nella fascia 75-84 anni (11,2‰) mentre per le donne nella fascia 65-74 anni (7,4‰).

**PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI MELANOMA MALIGNO:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)**



TUMORE DEL COLON-RETTO

PREVALENZA (2019)

8,2‰

TREND 2010 - 2019

Trend in crescita dal 2010 al 2019: da 6,2‰ a 8,2‰.

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 (10,6‰), la Toscana (10,1‰), Valle d'Aosta (9,9‰), le Marche (9,8‰) ed il Friuli-Venezia Giulia (9,7‰).

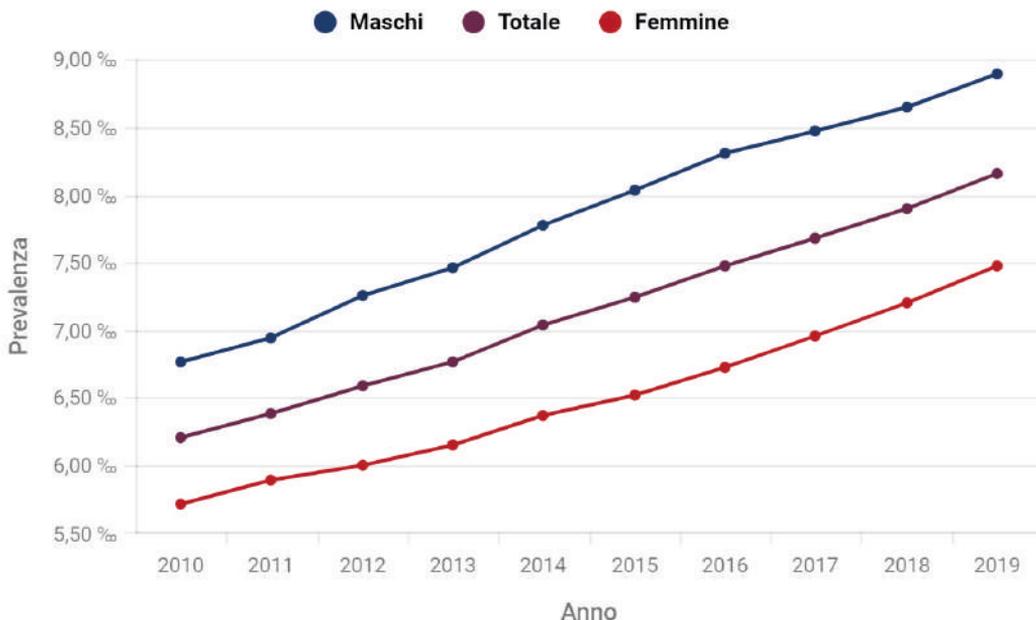
DIFFERENZE DI GENERE

Valori maggiori nei maschi rispetto alle femmine (8,9‰ vs. 7,5‰).

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 45,0‰ e femmine 28,4‰).

**PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE DEL COLON-RETTO:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)**



TUMORE DEL POLMONE

PREVALENZA (2019)

2,2‰

TREND 2010 - 2019

Lieve crescita: dall'1,5‰ del 2010 fino all'2,2‰ del 2019.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Le regioni a maggior prevalenza risultano Lazio e Valle d'Aosta (3,9‰, ciascuna), il Lazio (3,1‰), l'Emilia-Romagna (2,9‰), la Liguria (2,4‰) e la Toscana (2,3‰).

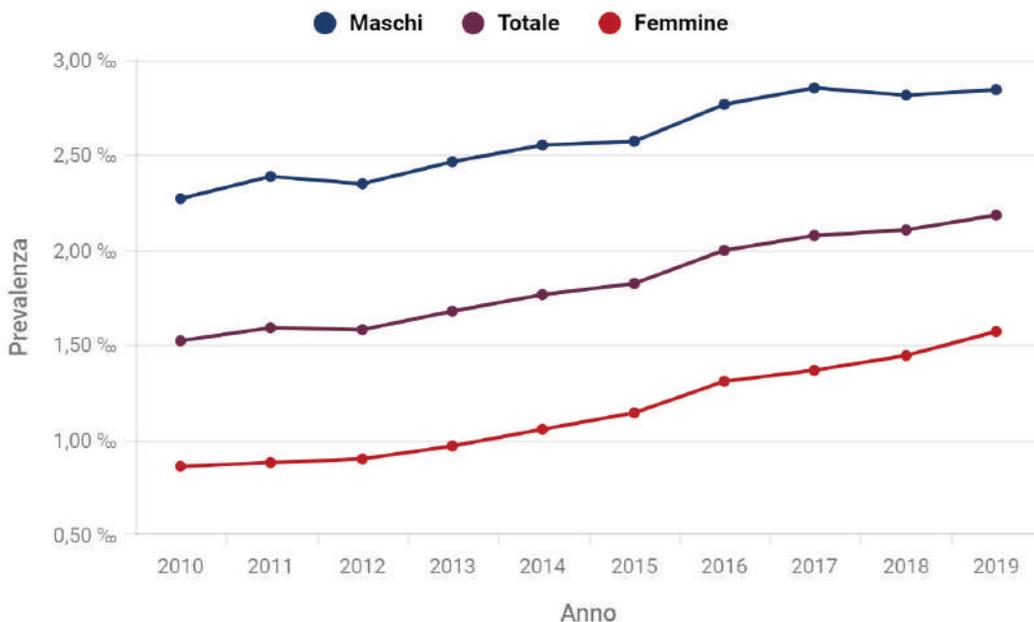
DIFFERENZE DI GENERE

Valori sensibilmente maggiori nei maschi rispetto alle femmine (2,8‰ vs. 1,6‰).

DIFFERENZE DI ETÀ

Trend crescente al crescere dell'età, con un picco tra 75 e 84 anni (maschi 11,3‰ e femmine 4,3‰) 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 DEL POLMONE: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)



TUMORE DELLA PROSTATA

PREVALENZA (2019)

16,7% della popolazione maschile.

TREND 2010 - 2019

Trend in forte e costante crescita: da 11,7% del 2010 a 16,7% del 2019.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

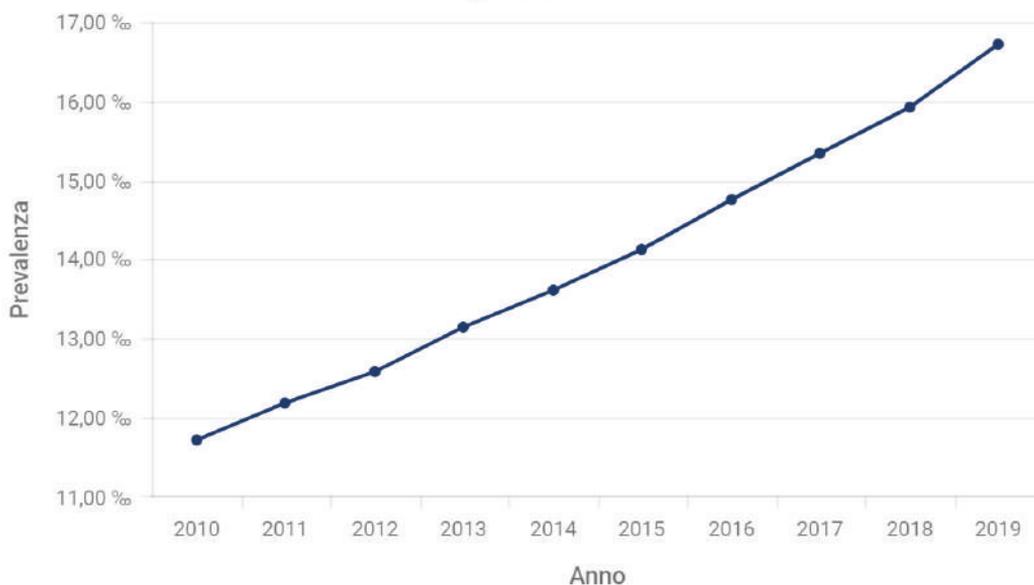
Stime maggiori nel Nord e nel Centro. La regione con la prevalenza più elevata è stata la Valle d'Aosta (38,3%), seguita dal Friuli Venezia Giulia (23,0%), dall'Emilia-Romagna (22,3%), dalla Liguria (20,9%), e dall'Umbria (19,3%).

DIFFERENZE DI ETÀ

Trend crescente al crescere dell'età, con un consistente incremento a partire dal 65esimo anno. Il picco di prevalenza si raggiunge negli ultra 85enni con un valore di 88,4%.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI TUMORE DELLA PROSTATA:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)**

● Maschi



TUMORE DELLA MAMMELLA

PREVALENZA (2019)

16,3‰

TREND 2010 - 2019

Trend crescente che, per le femmine, varia dal 22,9‰ nel 2010 al 31,1‰ nel 2019. La prevalenza per il sesso maschile rimane pressoché costante in tutti gli anni, con valori pari allo 0,3‰.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Gradiente geografico, con prevalenze più elevate al Centro Nord. Le regioni con le stime più elevate sono risultate il Friuli Venezia Giulia (20,6‰), l'Emilia-Romagna (20,5‰), la Liguria (20,3‰), la Campania (18,6‰) ed il Veneto (18,3‰).

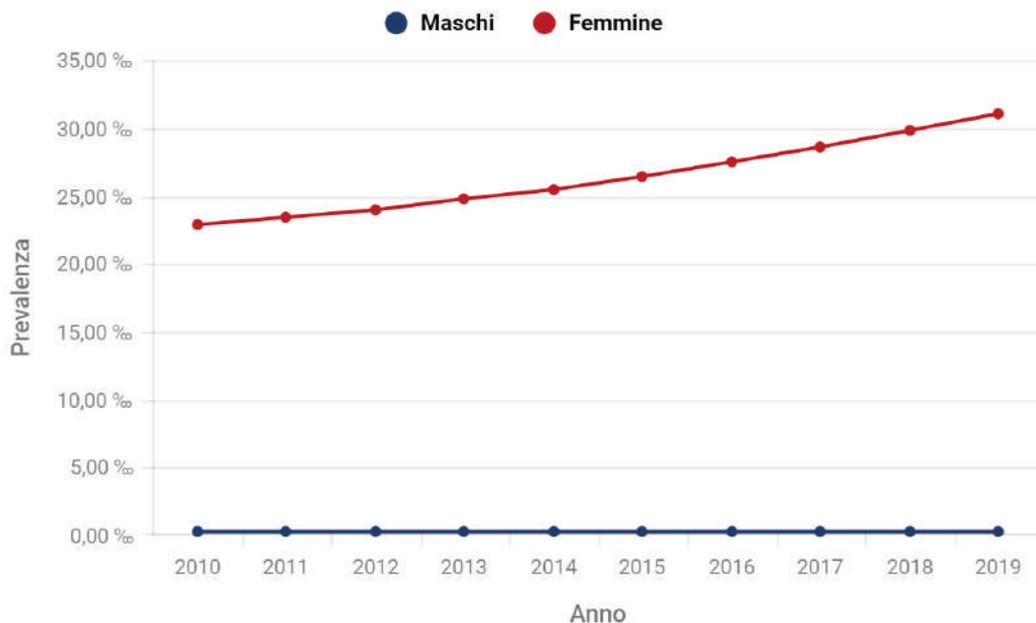
DIFFERENZE DI GENERE

Stime di gran lunga più elevate nelle femmine rispetto ai maschi (31,1‰ vs. 0,3‰).

DIFFERENZE DI ETÀ

Trend crescente al crescere dell'età con un picco nelle donne di 75-84 anni (68,9‰). Tra gli uomini la prevalenza raggiunge al massimo l'1,3‰ negli ultra 85enni.

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI TUMORE DELLA MAMMELLA: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2010-2019)



Questa sezione, novità del Report di quest'anno, descrive i principali score realizzati e sviluppati sulla popolazione di pazienti in carico ai MMG ricercatori Health Search. Questi nascono dall'esigenza di avere a disposizione dei modelli di predizione sviluppati e validati sul setting della Medicina Generale Italiana e che fossero in grado di creare un reale beneficio all'attività clinica-assistenziale del MMG e conseguentemente, alla salute del paziente.

Gli score attualmente sviluppati e pubblicati sono i seguenti:

- **TEV-HS Score:** Score di rischio di malattia tromboembolica venosa
- **FRA-HS Score:** Score di rischio di frattura osteoporotica
- **DEP-HS Score:** Score di rischio di depressione
- **HSM-Index:** Score composito di multimorbidità

4.1 SCORE DI RISCHIO DI MALATTIA TROMBOEMBOLICA VENOSA (TEV-HS Score)

Lo sviluppo e validazione dello score si fonda sul presupposto che molti degli episodi di TEV avvengono a livello territoriale, con un conseguente aumento della morbidità e della mortalità dei pazienti colpiti. Tuttavia, non esistevano score prognostici di diretta applicazione clinica che potessero essere utili



nel definire il rischio di TEV nel setting della Medicina Generale. Lo Score predittivo di Tromboembolia Venosa (TEV-HS) sviluppato da Health Search, stima il rischio a 30 giorni di tromboembolismo venoso (TVP e EP) definito secondo quattro livelli di rischio: Basso, Medio, Alto e Molto Alto. Lo score è stato ottenuto mediante la combinazione di 21 fattori di rischio, relativi a variabili demografiche e sullo stile di vita, patologie di tipo cronico e acuto.

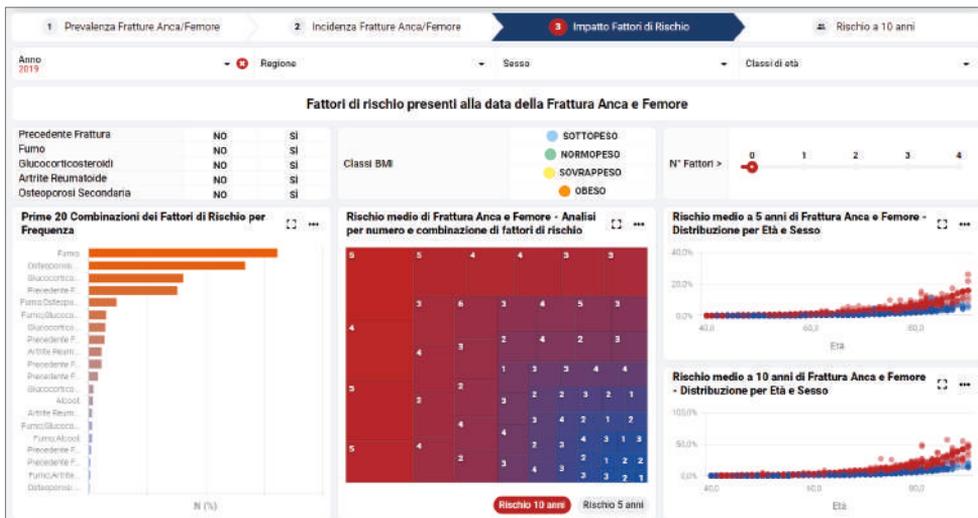
Calcolando il rischio di TEV nella popolazione di pazienti in carico al panel di MMG ricercatori Health Search al 2019, si osserva come il 20,6% e il 27,9% di questi presentino un rischio rispettivamente **Molto Alto e Alto di incorrere in un evento tromboembolico venoso**, con lievi variazioni a livello regionale.

Analizzando le combinazioni dei fattori di rischio più frequentemente riscontrate nei pazienti con diagnosi di TEV in carico ai MMG ricercatori Health Search, **le neoplasie, le malattie renali e l'ipertensione arteriosa risultano i fattori maggiormente frequenti.**

4.2 SCORE DI RISCHIO DI FRATTURA OSTEOPOROTICA (FRA-HS Score)

Il FRA-HS Score è nato dall'esigenza di adattare, il già noto FRAX® score, al setting della Medicina Generale italiana.

Il FRA-HS Score permette di stimare il rischio di frattura osteoporotica di anca e femore a 5 o a 10 anni, secondo quattro livelli di rischio: Basso, Intermedio

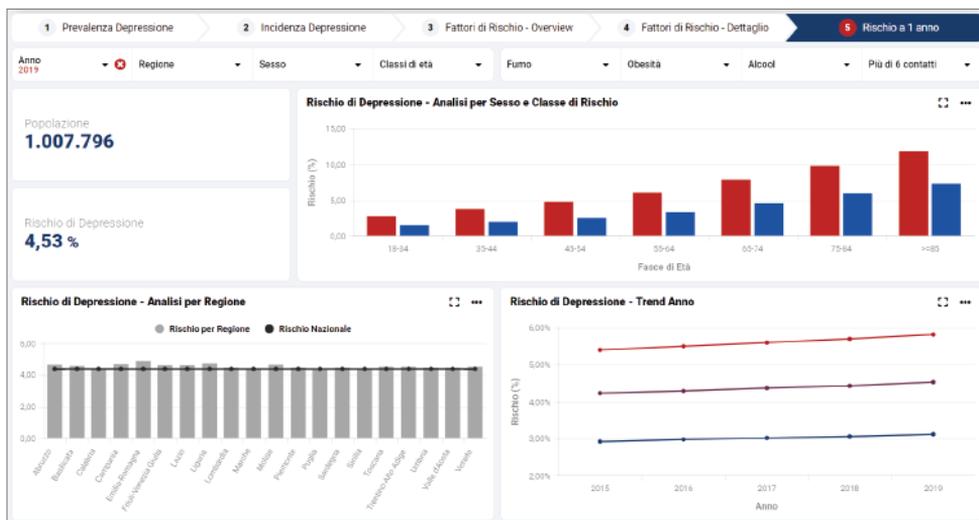


e **Alto**. I fattori di rischio considerati hanno riguardato, oltre alle variabili demografiche e sullo stile di vita, anche la presenza di pregresse fratture, così come di patologie note per essere associate all'insorgenza di osteoporosi secondaria. **L'implementazione di questo modello all'interno dei software di supporto clinico o di governance garantisce un importante aiuto al MMG durante il processo decisionale clinico e nella gestione terapeutica.**

Stimando il rischio di frattura a 5 ed a 10 nella popolazione di pazienti (≥ 40 anni) in carico al panel di MMG ricercatori Health Search al 2019, **si osserva una crescita progressiva del rischio a partire dai 60 anni di età**; crescita particolarmente marcata per la popolazione di sesso femminile. **Complessivamente, il rischio di frattura di anca e/o femore, stimato a 10 anni si attesta al 3,7%, sebbene raggiunga il 12,1% nei pazienti con precedente frattura.** Come noto, l'aumento del rischio di fratture osteoporotiche è fortemente associato al sesso ed all'età, raggiungendo, di fatto, **il valore più alto nelle donne over80 (19,9%).**

4.3 SCORE DI RISCHIO DI DEPRESSIONE (DEP-HS Score)

La depressione è una condizione gestita prevalentemente a livello delle cure primarie. Difatti, i MMG hanno un ruolo chiave nell'identificazione dei pazienti che ne sono affetti, nel garantirne un accesso alle cure specialistiche ed un monitoraggio continuo. Il DEP-HS Score nasce proprio dall'esigenza di realizzare uno score, basato sui dati della Medicina Generale italiana, che fosse in grado di supportare il MMG nell'identificazione dei pazienti a rischio di depressione, così da garantirne una presa in carico precoce.



In particolare, il DEP-HS Score permette di stimare il rischio ad un anno di depressione. Questo è stato ottenuto dalla combinazione di numerosi fattori di rischio relativi a **condizioni patologiche (es. nevrosi e ansia, fibromialgia) e condizioni potenzialmente associate alla presenza di somatizzazione (es. insonnia, emicrania).**

Applicando lo score alla popolazione di pazienti in carico al panel di MMG ricercatori Health Search al 2019, **emerge un rischio di depressione ad un anno pari al 4,5%.** Questo aumenta al crescere dell'età, **raggiungendo il picco nei pazienti over85 (Femmine: 11,8% vs. Maschi: 7,3).** Analizzando le distribuzioni di frequenza dei fattori di rischio utilizzati nel modello tra i pazienti con depressione, le **malattie renali, seguite dalle malattie polmonari e dall'ansia,** risultano le più comuni, mentre per i sintomi e segni potenzialmente somatici, i più frequenti risultano il **dolore addominale, l'affaticamento e l'emicrania.**

4.4 SCORE COMPOSITO DI MULTIMORBIDITÀ (HSM-Index)

Numerosi studi hanno messo in luce una certa eterogeneità nei costi connessi alle cure primarie tra i vari MMG, assumendo una inappropriata e inefficace gestione dei servizi emessi dal sistema sanitario. **Tuttavia, tali variazioni nei costi tra medico e medico dipendono anche da altri vari fattori come l'età, il genere degli assistiti e, soprattutto, dalle comorbidità presenti.** Difatti, una **corretta valutazione delle spese sanitarie necessita di specifici modelli che tengano conto ed aggiustino i costi sulla base di questi fattori e delle loro interconnessioni (modelli case-mix).**



Alla luce di tali considerazioni, è evidente che considerare solo l'età dei pazienti alla base della variabilità dei costi sanitari sia errato, e che sia necessario introdurre il concetto di multimorbidità (case-mix).

A partire da tali presupposti nasce l'**Health Search Morbidity Index (HSM-Index)**, **uno score composito di multimorbidità in grado di spiegare la variabilità nell'assorbimento di risorse sanitarie. L'HSM-Index permette di quantificare l'assorbimento di risorse sanitarie dirette (stabiliti dal Ministero della Salute in base al formulario nazionale ufficiale e in base ai prezzi al pubblico dei farmaci), sostenuti dal SSN, comprendente le visite ambulatoriali, i referti specialistici, i test diagnostici e laboratoristici, nonché le prescrizioni dei farmaci a carico del SSN. Tutto ciò tenendo conto delle possibili interazioni tra diversi fattori, quali età, genere, presenza di patologie croniche e acute, residenza (in quanto connessa a fattori organizzativi e di offerta di servizi locali) e MMG.** Attribuendo ad ogni variabile selezionata un peso in termini di spesa (coefficiente), la somma dei coefficienti, in relazione alla presenza/assenza delle variabili considerate, ha consentito di ottenere per uno score composito (HSM-Index).

L'HSM-Index oltre ad essere uno strumento di monitoraggio dell'appropriatezza clinica, sia a livello regionale che nazionale, **permette di confrontare e valutare come variano i costi tra vari MMG** nel modo più accurato possibile. Allo stesso modo, da una prospettiva di tipo aziendale, **può essere utilizzato come strumento di supporto nell'allocazione del budget alla Medicina Generale. Inoltre, consente al singolo medico, con l'ausilio di strumenti di gestione informatica, di stimare la propria spesa sanitaria e di confrontarla con un benchmark di riferimento, al netto della complessità clinica della popolazione dei propri assistiti. Analogamente, la spesa e la sua variabilità possono essere valutate anche a livello del singolo paziente e ad esempio per specifiche patologie.**

4.5 SCORE IN FASE DI PUBBLICAZIONE

Oltre ai sopracitati score, altri **quattro score sono ad oggi in fase di pubblicazione.**

Il Frailty-HS Score permette di stadiare il paziente ultrasessantenne secondo quattro livelli di fragilità (Assente, Lieve, Moderato o Alto Rischio), stimati in base al rischio di morte a 3 anni.

L'AD-HS Score, è uno score di rischio di malattia di Alzheimer che permette, mediante la combinazione di 25 fattori di rischio, di calcolare il rischio di malattia a 15 anni e di stadiare il paziente secondo tre differenti categorie di rischio:

Basso, Moderato e Alto Rischio.

Più recentemente è stato sviluppato e validato lo score di vulnerabilità COVID-19 (**CoVid-HS**). Questo permette di calcolare il rischio a 30 giorni di esiti gravi (decesso e ospedalizzazione), legati ad infezione da COVID-19.

Infine, l'**MRC-HS** è uno score che permette di stimare il livello di rischio di insorgenza di Malattia Renale Cronica (MRC) nella popolazione dei pazienti in carico ai MMG ricercatori Health Search.

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, 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 e trattamento farmacologico delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) in Medicina Generale.
- Epidemiologia, caratterizzazione e gestione del paziente affetto da russamento a livello della Medicina Generale.
- Prevalenza d'uso della terapia contraccettiva ormonale e d'emergenza in 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.

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

Da molti anni, la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) ha instaurato una stretta collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed) e con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane, contribuendo alla realizzazione dei rispettivi Rapporti mediante l'analisi dei dati contenuti nel database Health Search / IQVIA Health LPD.

Dal 2020, i contributi curati da SIMG sono stati adattati e pubblicati come **"Contributo Speciale"** all'interno della **Newsletter bimestrale di Health Search**, disponibile sia nel sito internet www.healthsearch.it, sia come inserto della rivista ufficiale della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG).

Di seguito l'elenco dei Contributi Speciali redatti nel periodo 2020-2021:

- Il contributo di Health Search al primo Rapporto OsMed "L'uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia".
- Impatto epidemiologico delle cronicità e relativi costi sanitari in Medicina Generale: il contributo al Rapporto Osservasalute 2020.
- Epidemiologia e profili prescrittivi in Medicina Generale. Il contributo di Health Search al Rapporto OsMed 2020 sull'uso dei farmaci in Italia.
- Appropriately prescrittiva in Medicina Generale: il contributo di Health Search al Rapporto OsMed 2019 sull'uso dei farmaci in Italia.

I Rapporti in formato integrale, nonché i capitoli curati da SIMG sono disponibili nel sito internet www.healthsearch.it/report/.

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

A cura di **Chiara Gallo**¹

¹ 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 perenni 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).

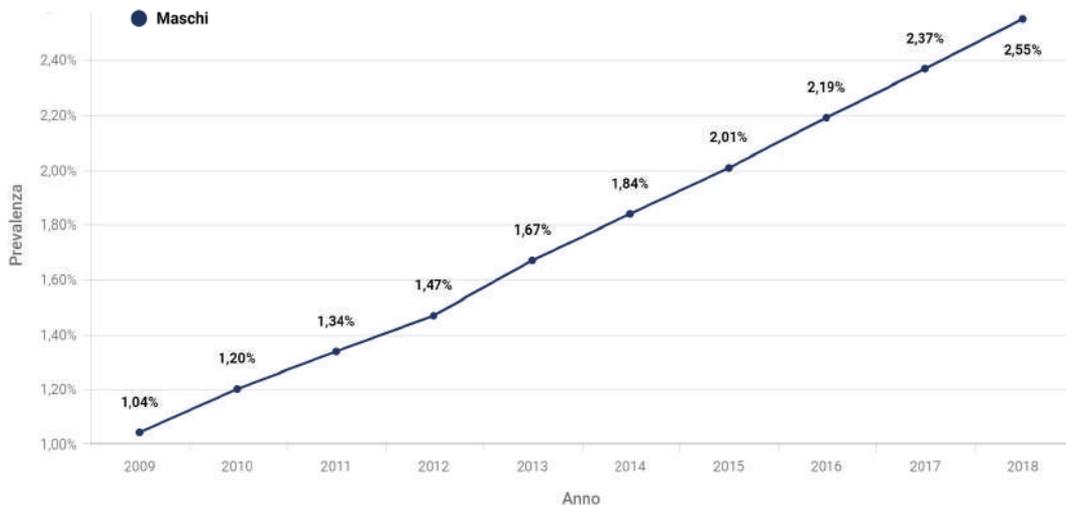
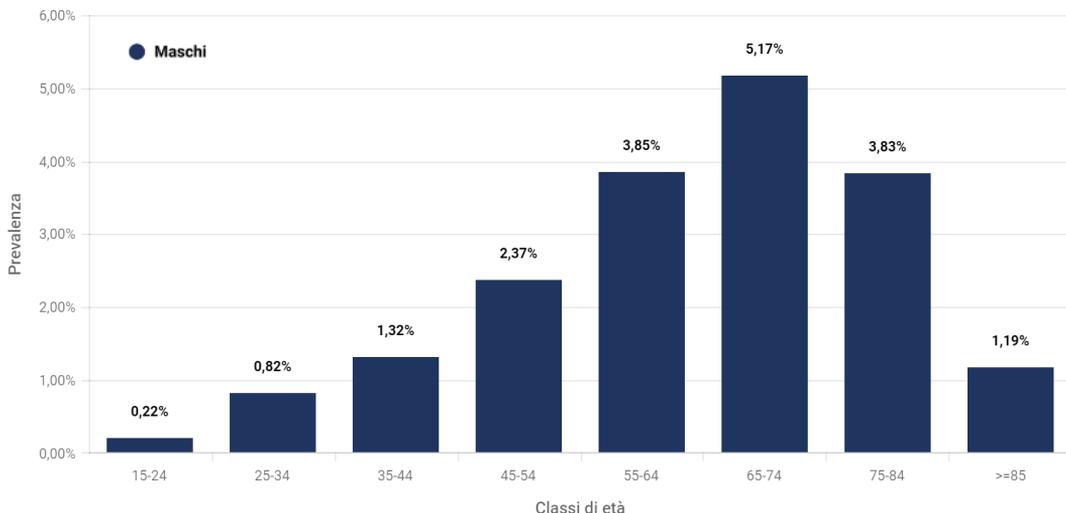


Figura 1. Prevalenza (%) della Disfunzione Erettile nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Anni 2009 - 2018.

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

casi, 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)**.

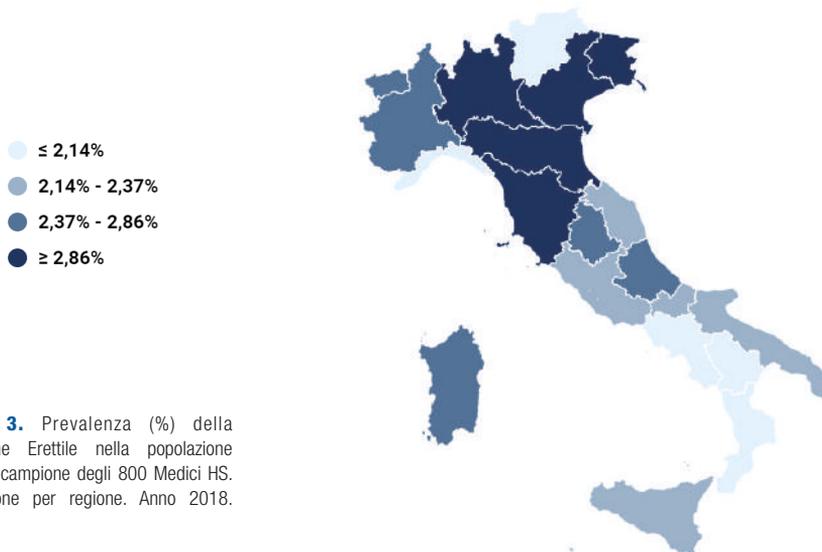
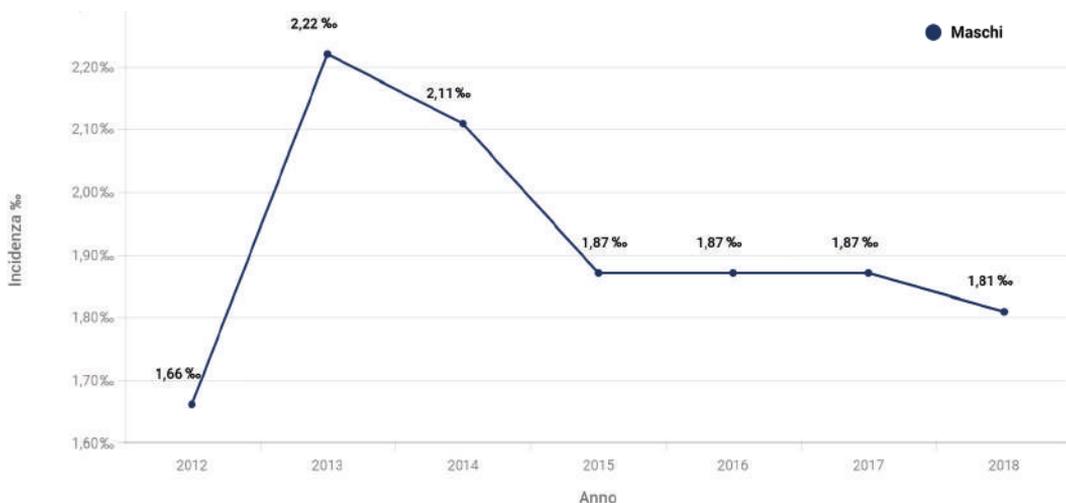


Figura 3. Prevalenza (%) della Disfunzione Erettile nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

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.

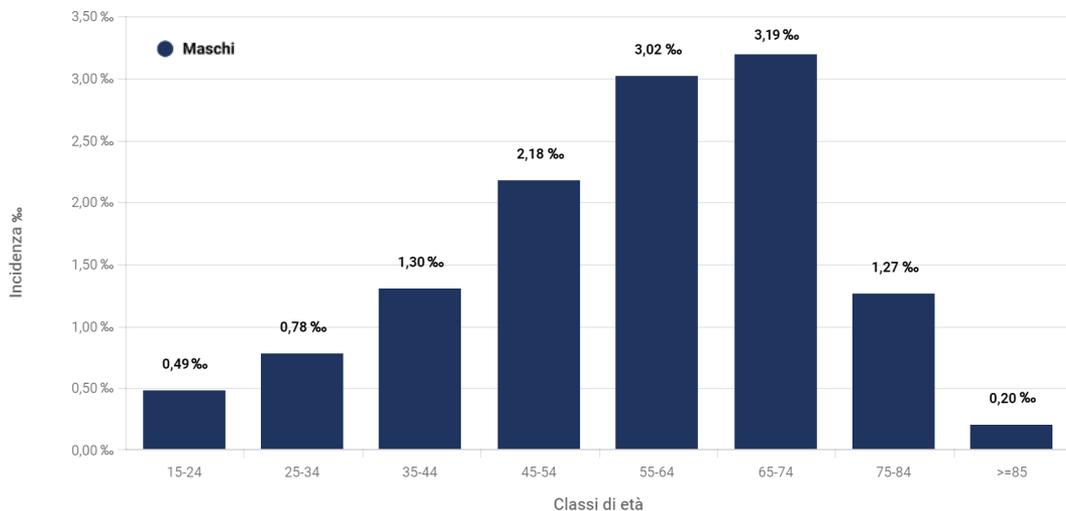
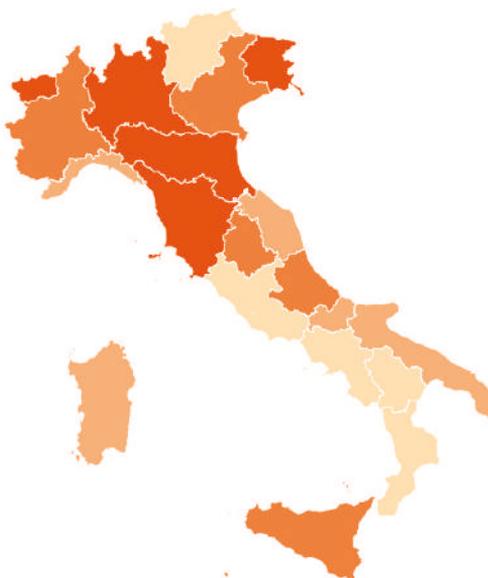
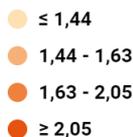


Figura 5. Incidenza (%) della Disfunzione Erettile nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per classi d'età. Anno 2018.

Figura 6. Incidenza (‰) della Disfunzione Erettile 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 Erettile 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**¹

¹ Medico di Medicina Generale Asl TO4 - Cirié, 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, ipertrofioprostatica 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).

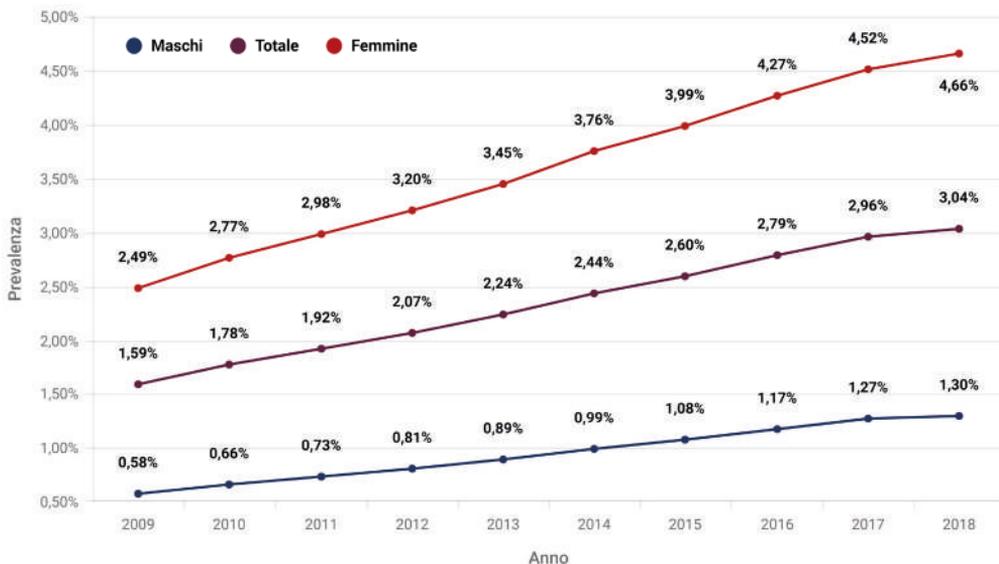
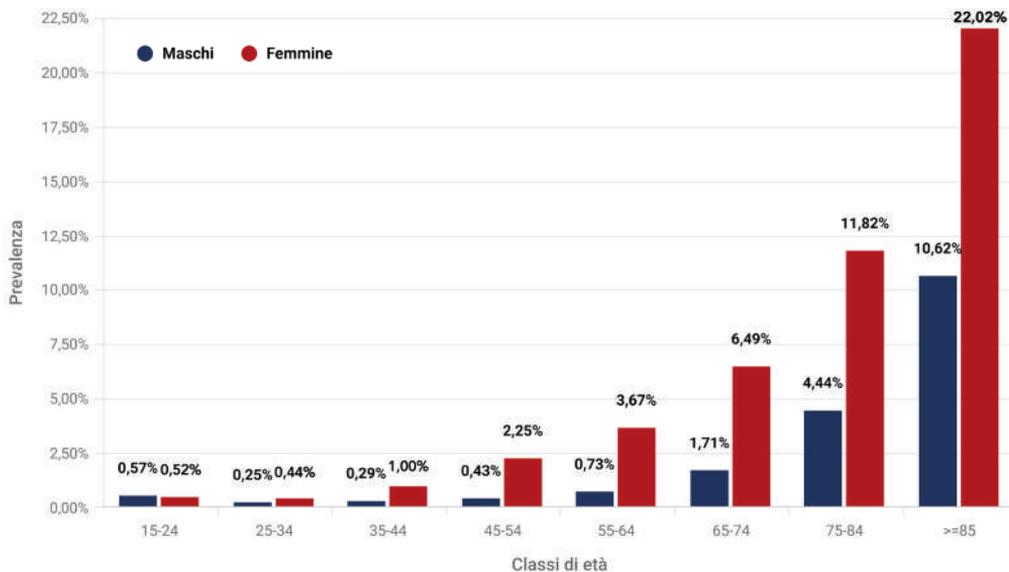


Figura 1. Prevalenza (%) dell'Incontinenza Urinaria nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2009 - 2018.

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 ultraottantacinquenni (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).

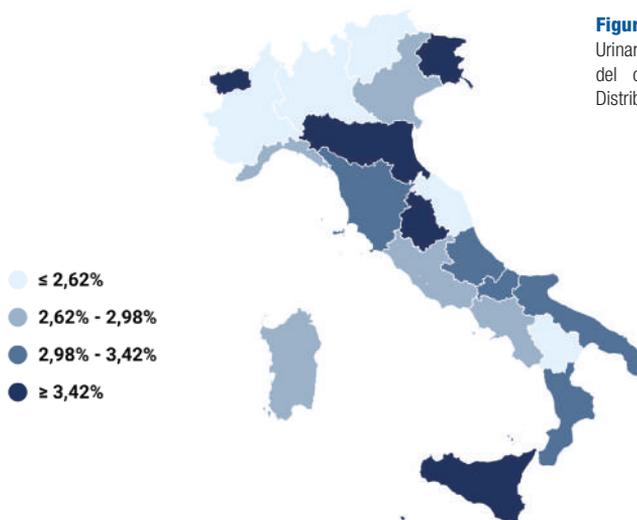


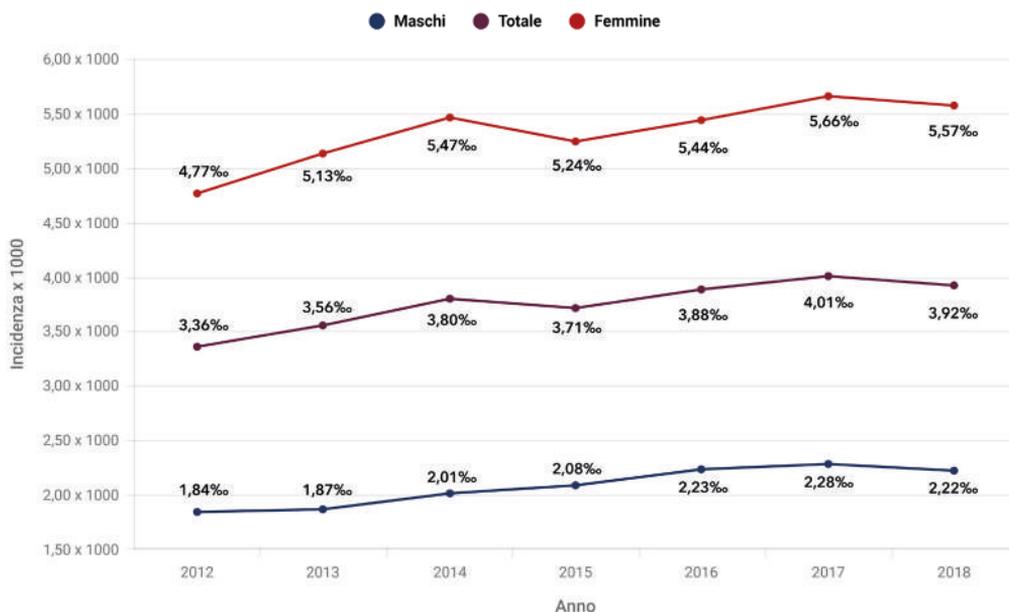
Figura 3. Prevalenza (%) dell'Incontinenza Urinaria nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

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 con 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.

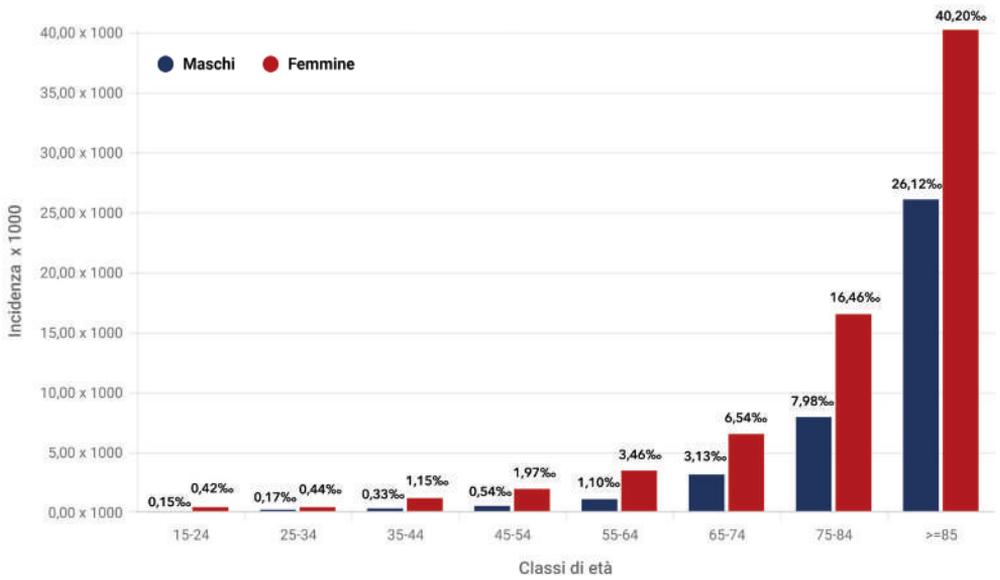
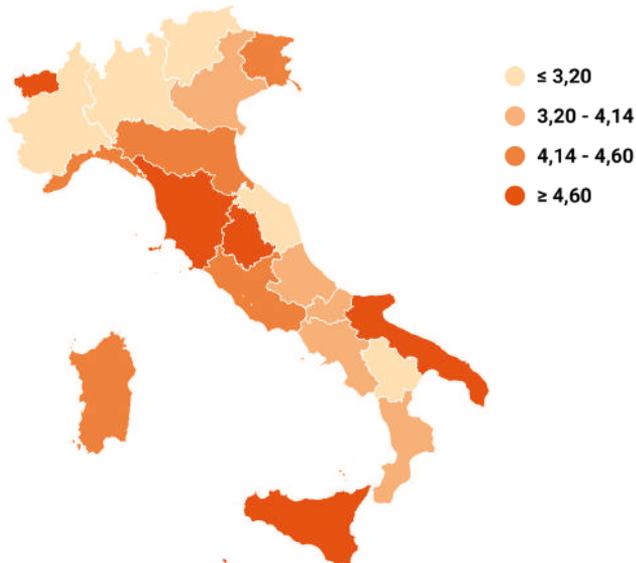


Figura 6. Incidenza (%) dell'Incontinenza Urinaria nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.



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 Notturne (OSAS) in Medicina Generale: epidemiologia e gestione del Medico di Medicina Generale

A cura di **Francesco Paolo Lombardo**¹

¹ Macroarea Cronicità SIMG, Coordinatore settore pneumologia

Panorama

La Sindrome delle Apnee Notturne (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 (Hypnolous 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, calcolata nel modo seguente:

- **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, calcolata nel modo seguente:

- **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).

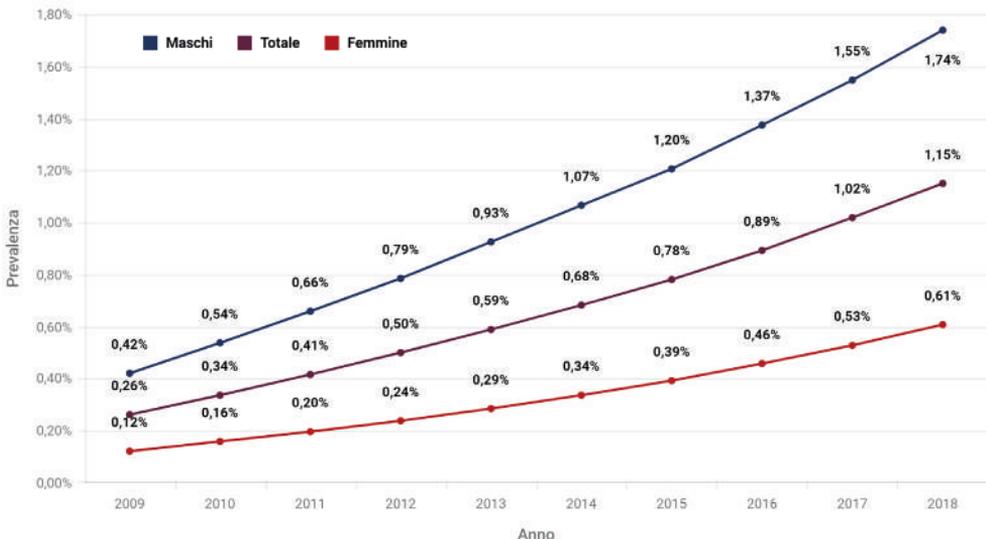
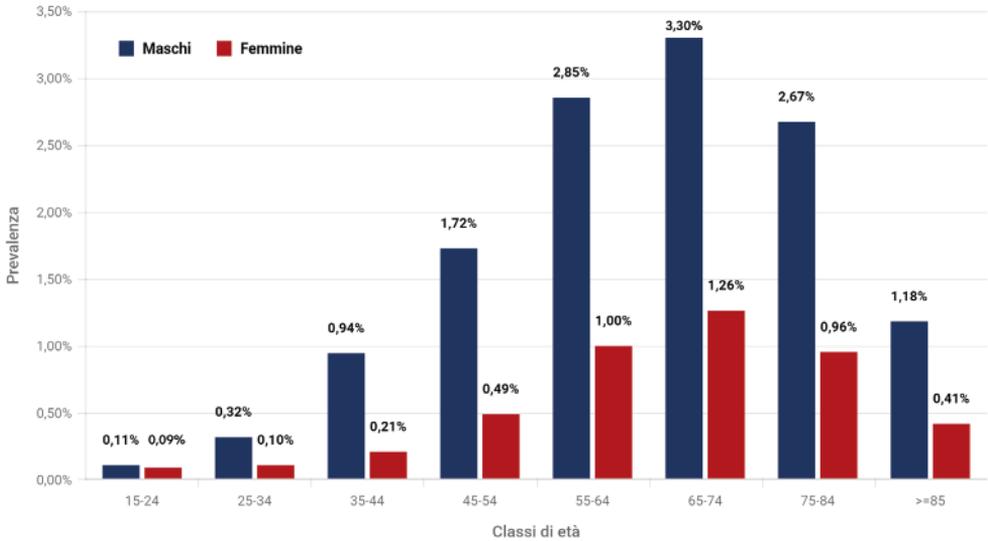


Figura 1. Prevalenza (%) della Sindrome delle Apnee Notturne nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2009 - 2018.

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

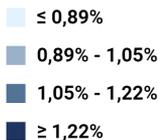
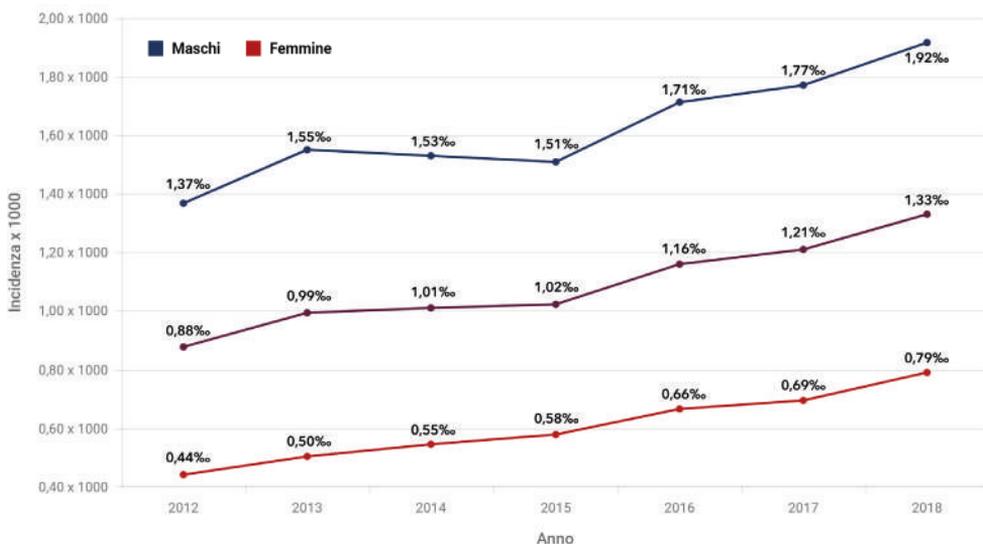


Figura 3. Prevalenza (%) della Sindrome delle Apnee Notturme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.



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.

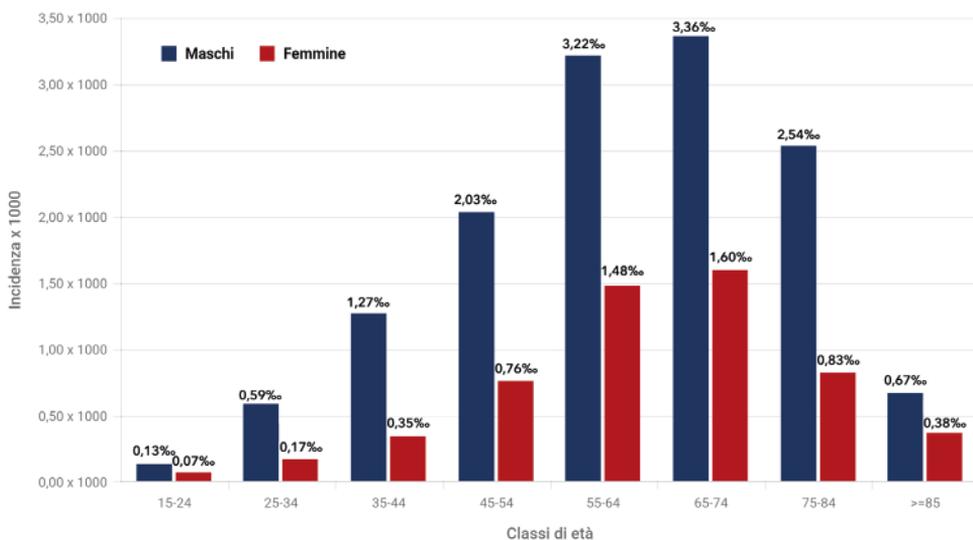
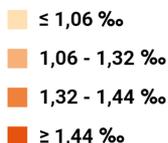


Figura 5. Incidenza (x 1000) della Sindrome delle Apnee Notturme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.

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,

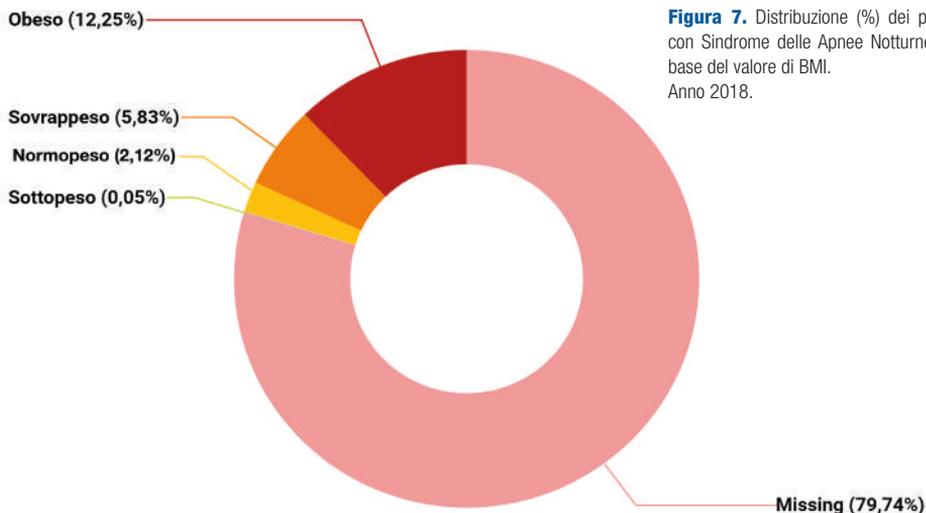
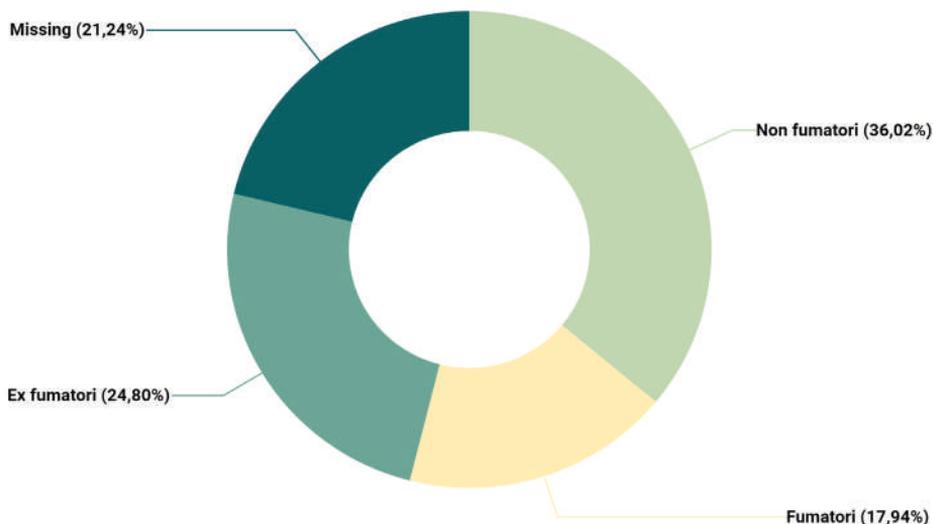


Figura 7. Distribuzione (%) dei pazienti con Sindrome delle Apnee Notturme sulla base del valore di BMI. Anno 2018.

Figura 8. Distribuzione (%) dei pazienti con Sindrome delle Apnee Notturme 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

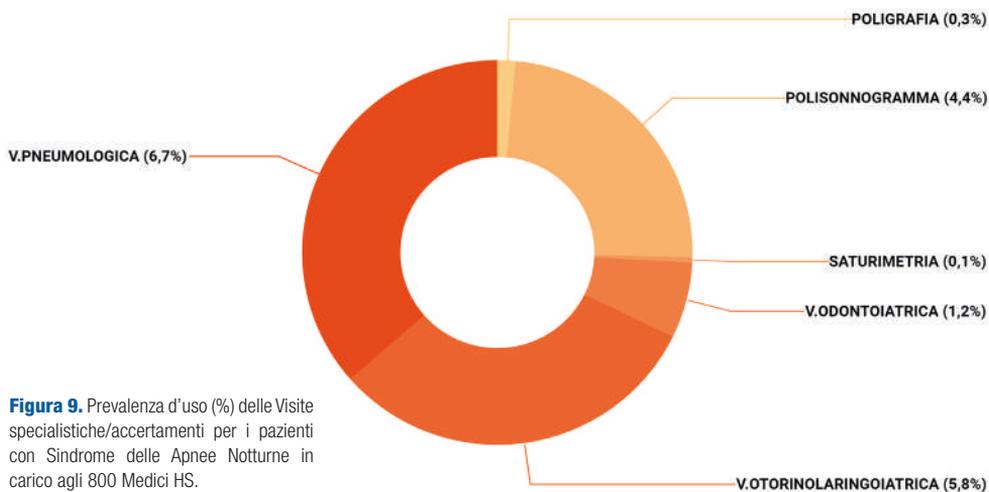
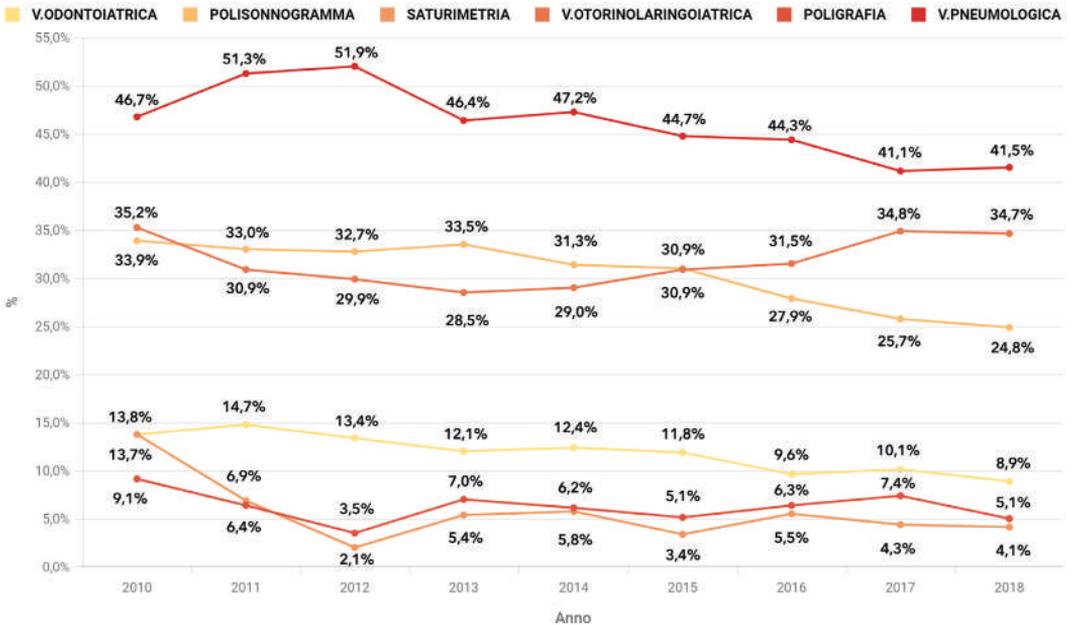


Figura 9. Prevalenza d'uso (%) delle Visite specialistiche/accertamenti per i pazienti con Sindrome delle Apnee Notturme in carico agli 800 Medici HS. Anno 2018.

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.

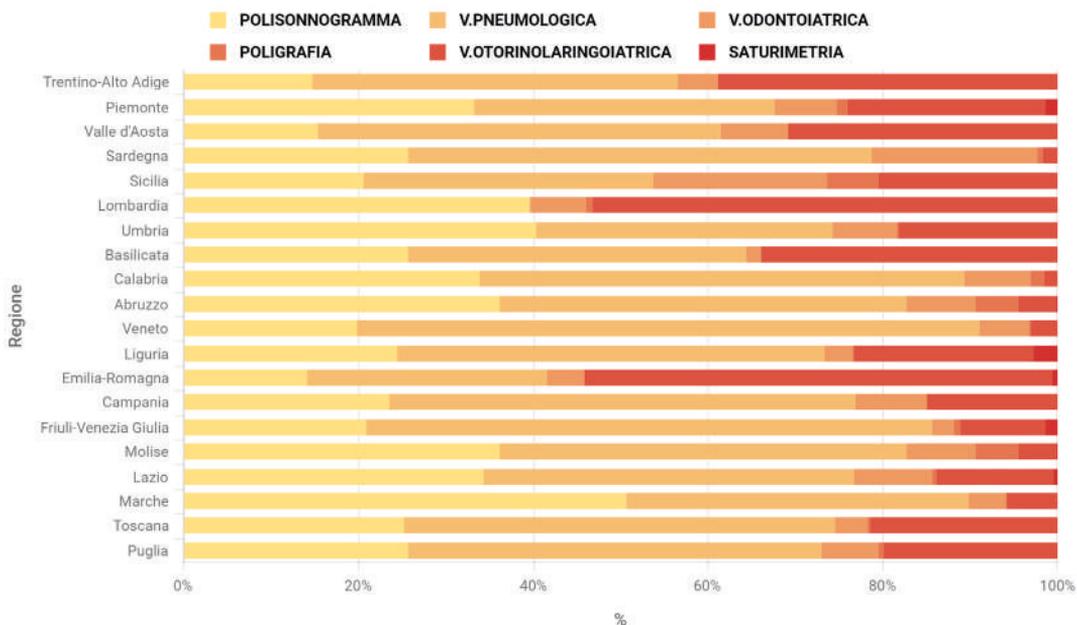
Il parere del Medico di Medicina Generale

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 O₂ 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 O₂ 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 e trattamento farmacologico delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) in Medicina Generale

A cura di **Riccardo Scoglio**¹ e **Alessandra Belvedere**²

¹ MMG SIMG Messina

Panorama

La malattia di Crohn (MC) e la colite ulcerosa (CU) appartengono ad un gruppo di patologie definite come malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI). L'infiammazione della mucosa e della parete intestinale presente in tali condizioni è causa di dolore addominale, diarrea cronica, sangue nelle feci e perdita di peso. Inoltre, sono spesso presenti sintomi sistemici, quali febbre, manifestazioni cutanee, articolari, oculari. Le MICI hanno un notevole impatto sia sul Sistema Sanitario Nazionale (SSN), che sulla qualità della vita dei pazienti, con esiti negativi in termini di capacità relazionali, lavorative, sociali e sullo stato fisico ed emozionale. **La MC è una patologia infiammatoria cronica dell'intestino, a decorso intermittente**, che può interessare qualunque tratto dell'apparato digerente in modo discontinuo. **Si classifica sulla base della localizzazione, del "pattern" di malattia (infiammatorio, fistolizzante o stenosante) e dell'età di insorgenza.**

L'andamento della malattia è cronicorecidivante e può essere complicato da stenosi del tratto intestinale, perforazioni delle anse intestinali, formazione di accessi endoaddominali e di fistole.

La CU è caratterizzata da una

infiammazione cronica e continua (iperemia, fragilità, sanguinamento spontaneo ed ulcerazioni) a partire dal retto e con un'estensione variabile nel colon. Come per la MC, anch'essa si caratterizza da fasi di attività alternate a fasi di remissione completa. **In base all'estensione delle lesioni si può parlare di: i) proctite (interessamento limitato al solo retto); ii) colite sinistra (interessamento del retto-sigma fino alla flessura sinistra); iii) pancolite (interessamento oltre la flessura sinistra). Considerate rare fino alla metà del XX secolo, l'incidenza e la prevalenza di tali condizioni sono notevolmente aumentate nella seconda metà del XX secolo e dall'inizio del XXI secolo.** Queste si manifestano solitamente in età giovanile sia nei maschi che nelle femmine.

In Italia, diversi studi che hanno coinvolto i Medici di Medicina Generale (MMG), mostrano un'incidenza di MC tra l'1,9 e 6,6 casi per 100.000 abitanti/anno e di 3,4-10,5 casi su 100.000 abitanti/anno per la CU. La prevalenza della MC si attesta intorno a 290 casi/100.000 abitanti e della CU su 60-70 casi/100.000 abitanti.

Sebbene le cause rimangano ancora tutt'oggi sconosciute, la MC e la CU riconoscono una eziologia multifattoriale

in cui genetica, ambiente e dieta interagiscono nell'insorgenza e nelle manifestazioni cliniche. **Si aggiungono alcuni fattori di rischio modificabili, quali: fumo, appendicectomia, microbioma, assunzione di medicinali e lo stile di vita (sonno, stress ed esercizio fisico).**

La gestione delle forme lievi-moderate è prevalentemente ambulatoriale, mentre il ricovero ospedaliero può essere indicato nei casi di malattia attiva moderata-severa.

La severità della malattia si valuta in base ad alcuni predittori quali il fumo, l'interessamento rettale, la presenza di malattia perianale e l'insorgenza al di sotto dei 25 anni di età.

L'approccio terapeutico si deve basare sugli obiettivi da raggiungere considerando anche alcune variabili legate: i) alla malattia: sede, estensione, tipo delle lesioni, decorso e durata di malattia, complicanze, precedente chirurgia; ii) al paziente: età, sesso, abitudini di vita, fattori di rischio, status sociale, adesione al trattamento; iii) alla responsività o refrattarietà individuale a terapie specifiche.

Nella pratica clinica i pazienti in fase attiva di malattia vengono trattati inizialmente con corticosteroidi e salicilati (sulfasalazina e mesalazina),

con lo scopo di indurre remissione dei sintomi e prevenire le complicanze.

La mesalazina ha la funzione di inibire l'infiammazione ed è di fatto considerato il trattamento di prima scelta nei periodi di remissione, mentre nelle forme attive e steroide-dipendenti sono consigliati gli immunosoppressori azatioprina, 6-Mercaptopurina e metotrexate.

I farmaci biologici (citochine ricombinanti, anticorpi monoclonali, antagonisti specifici di citochine e recettori solubili coinvolti nella modulazione dell'infiammazione)

hanno sostanzialmente modificato la storia naturale della malattia determinando una più rapida guarigione della mucosa e un prolungato mantenimento della fase di remissione, con particolare efficacia in pazienti con malattia steroide-dipendente, steroide-refrattaria o fistolizzante, dove si registra solitamente il fallimento delle terapie convenzionali.

Gli antibiotici trovano indicazione esclusivamente nelle complicanze settiche, nella gestione dei sintomi correlati alla sovra crescita batterica e nella malattia perianale. La gestione delle MICI rappresenta un problema rilevante per il MMG, in quanto, oltre a coinvolgere solitamente pazienti in giovane età, sia la MC che la CU sono caratterizzate da un andamento evolutivo con possibili complicanze a livello di diversi organi e apparati.

Analizzare l'impatto delle MICI sull'attività lavorativa del MMG

permetterebbe di valutare il reale carico di lavoro associato alla gestione clinico-terapeutica di tali condizioni nonché di metterne in luce eventuali criticità.

Il seguente studio si è posto l'obiettivo di descrivere la prevalenza e l'incidenza delle MICI ed il loro trattamento in Medicina Generale analizzando i dati presenti all'interno del database Health Search (HS).

Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva al 31 dicembre 2019, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

Prevalenza (%) delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI), calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una diagnosi di MICI (ICD9 CM: 555x; 556x) al 31 dicembre 2019;
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS e attivi al 31 dicembre 2019.

Incidenza (‰) delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI), calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una "nuova" diagnosi di MICI (ICD9 CM: 555x; 556x) tra il 1° gennaio 2019 ed il 31 dicembre 2019;

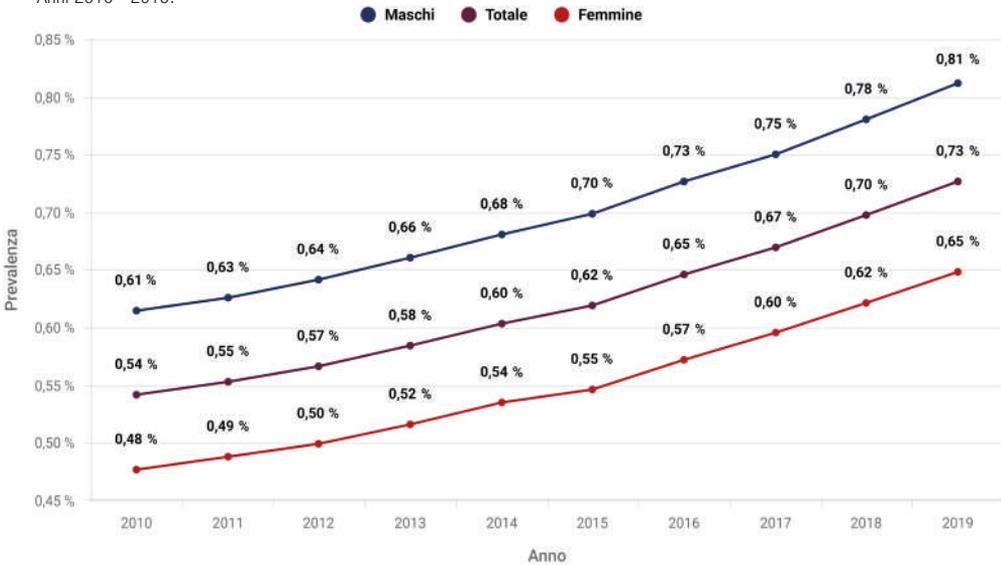
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, privi della malattia al 1° gennaio del 2019.

Proporzione (%) di pazienti affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) ed in corso di trattamento farmacologico con Aminosalicilati (sulfasalazina e mesalazina), Steroidi sistemici (betametasona, metilprednisolone, prednisone), corticosteroidi ad azione locale (budesonide e beclometasona), Immunosoppressori (azatioprina, mercaptopurina e ciclosporina), Antibiotici (rifaximina, ciprofloxacina, levofloxacina, metronidazolo) e Biologici nel 2019 calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con almeno due prescrizioni nei sei mesi precedenti il 31 dicembre 2019;
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS e con una diagnosi di MICI (ICD9 CM: 555x; 556x) al 31 dicembre 2019.

Tutte le analisi sono state stratificate per fascia d'età e regione di residenza. Inoltre, verrà calcolata e riportata anche la prevalenza e l'incidenza per la MC e per la CU.

Figura 1. Prevalenza (%) delle MICI nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2010 - 2019.



Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di assistiti degli 800 MMG ricercatori HS attivi al 31 Dicembre 2019 sono stati identificati

7.324 pazienti con una diagnosi di MICI, per una prevalenza pari allo 0,73% (M: 0,81% vs. F: 0,65%). Questa mostrava un trend crescente negli ultimi 10 anni,

passando dallo 0,54% nel 2010 allo 0,73% nel 2019 (Figura 1).

Analizzando il dato di prevalenza relativamente al MC e alla CU, questo

Figura 2. Prevalenza (%) di CU nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2010 - 2019.

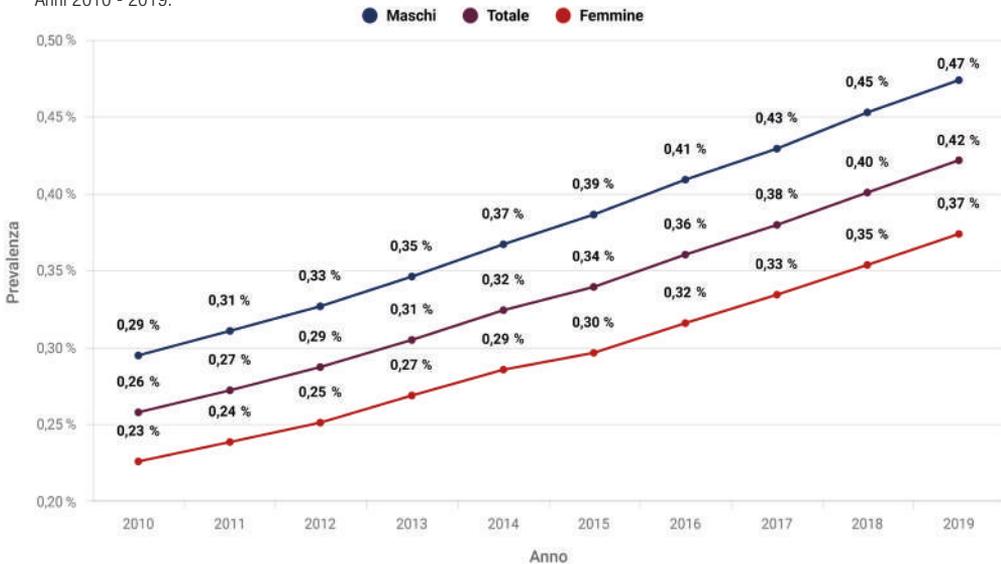
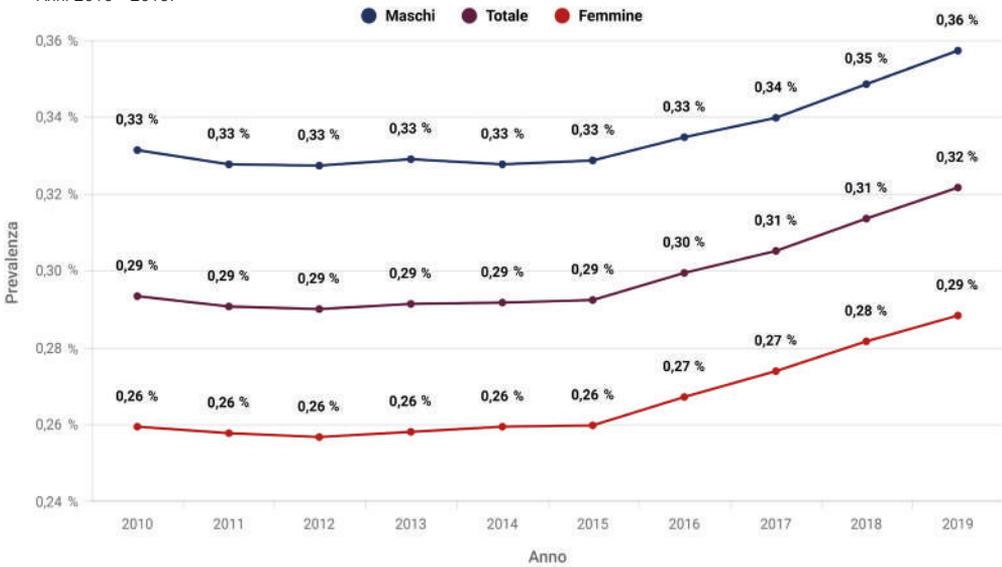


Figura 3. Prevalenza (%) di MC nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2010 - 2019.



risultava pari rispettivamente allo 0,32% e allo 0,42%. Per entrambe le condizioni, le prevalenze mostravano un trend crescente dal 2010 al 2019, con il sesso maschile

caratterizzato da stime superiori rispetto al femminile (Figura 2-3). Analizzando la prevalenza delle MICI nelle varie fasce d'età, per entrambi

i sessi si osservava un progressivo incremento della stima all'aumentare dell'età, con il picco nella fascia d'età compresa tra i 65 ed i 74 anni (Figura 4).

Figura 4. Prevalenza (%) delle MICI nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2019.

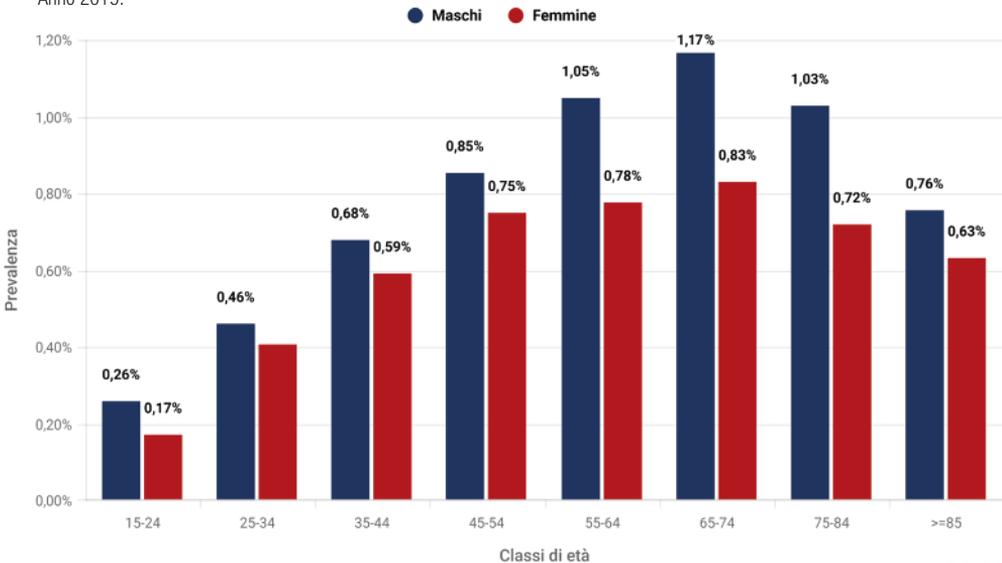


Figura 5. Prevalenza (%) delle MICI nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2019.

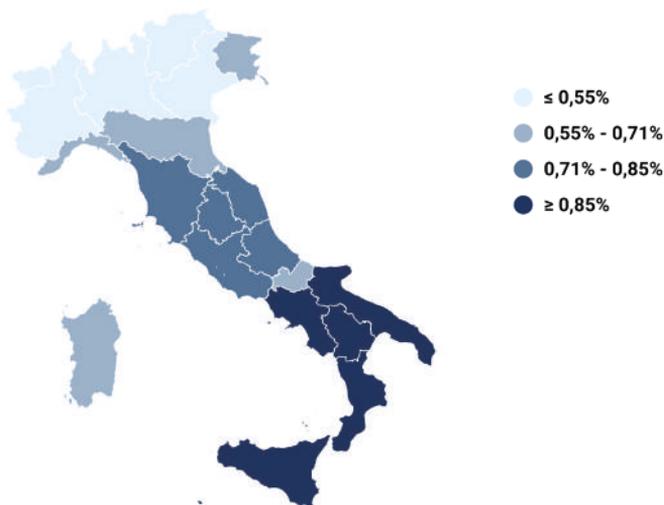
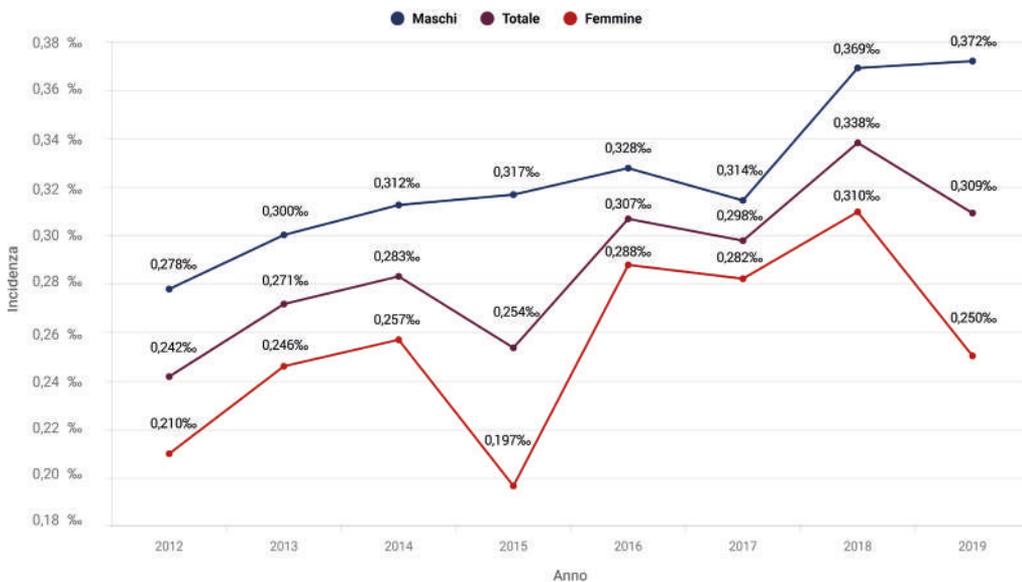


Figura 6. Incidenza (‰) delle MICI nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2010 - 2019.



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.

L'analisi della prevalenza a livello regionale evidenziava una maggiore localizzazione della patologia principalmente nelle regioni del Sud (Figura 5). La regione che ha mostrato la stima più elevata è risultata essere la Sicilia (1,04%), seguita dalla Calabria (0,92%), dalla Campania (0,89%), dalla Basilicata

(0,88%) e dalla Puglia (0,86%).

Per quanto riguarda l'incidenza delle MICI nel 2019, emergevano 309 nuovi casi, per una incidenza pari allo 0,31‰. L'incidenza si è mantenuta sostanzialmente stabile tra il 2012 ed il 2015, mostrando solo lievi variazioni nel corso del periodo (Figura 6).

Come per la prevalenza, l'incidenza risultava più elevata nei maschi rispetto alle femmine (M: 0,37‰ vs. F: 0,25‰). Stratificando l'analisi anche per fasce d'età questa risultava più elevata tra i 65 ed i 74 anni per i pazienti di sesso maschile (0,49‰), e tra i 55 ed i 64 anni per le femmine (0,38‰) (Figura 7).

Figura 7. Incidenza (‰) delle MICI nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2019.

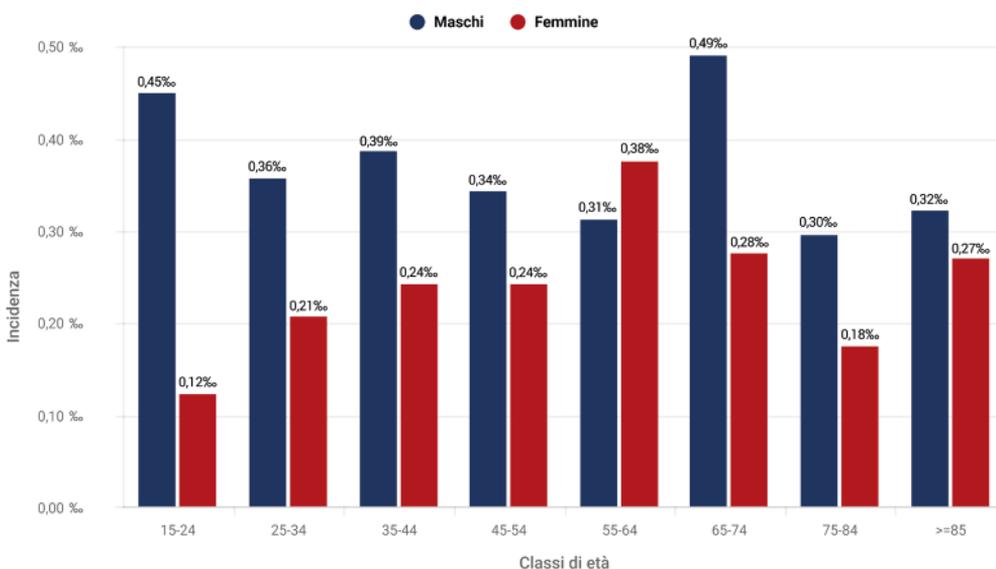


Figura 8. Incidenza (%) di CU nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2010 - 2019.

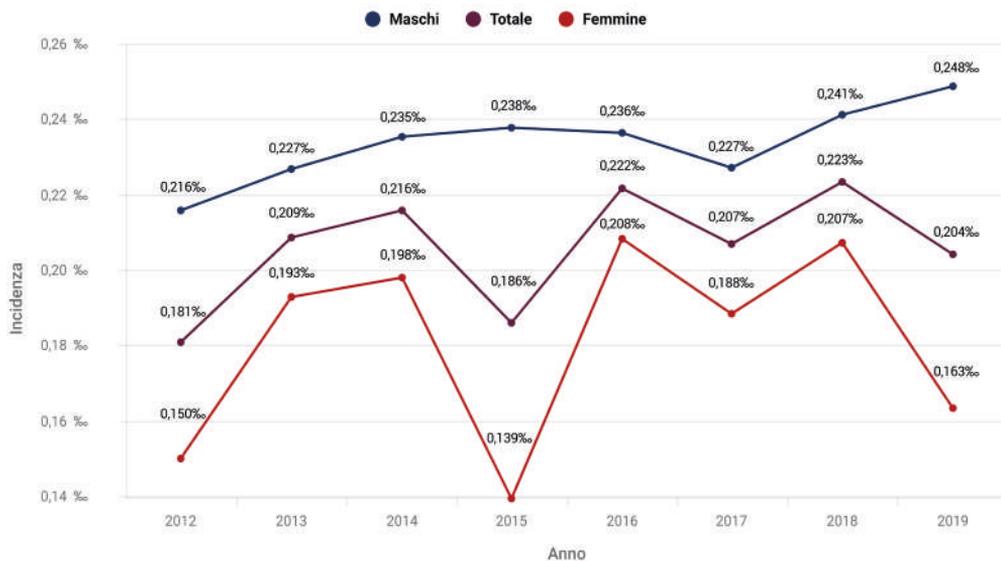
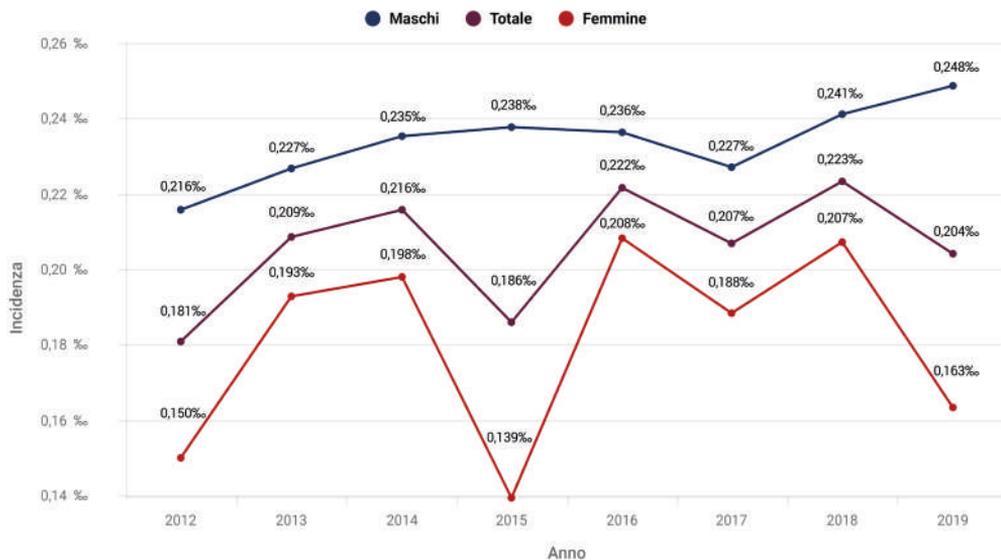


Figura 9. Incidenza (%) di MC nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2010 - 2019.



Nota per Fig. 8,9: 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.

Relativamente all'incidenza di MC e CU, questa si attestava, rispettivamente, allo 0,10‰ e allo 0,20‰ (Figura 8-9). Analizzando l'incidenza delle MICI su base regionale, questa risultava maggiore in Campania (0,48‰), in Trentino-Alto Adige (0,36‰), Toscana (0,34‰) Sicilia (0,32‰) e Marche (0,24‰) (Figura 10).

Infine, sono state analizzate le proporzioni di pazienti affetti da MICI ed in corso di trattamento farmacologico nel 2019 come sopra riportato. Tale analisi è stata inoltre stratificata per fasce d'età e per tipologia di molecola. In particolare, le tipologie di trattamento più frequentemente riscontrate erano gli Aminosalicilati

(23,92%), seguiti dai Corticosteroidi ad azione locale (2,99%), dagli Immunosoppressori (1,93%), dagli Antibiotici (1,75%) e dagli Steroidi sistemici (1,39%). Infine, solo lo 0,07% dei pazienti risultava essere in corso di trattamento con un farmaco biologico nel 2019.

Stratificando tale analisi in funzione della fascia d'età e tipologia di molecola, si osservava come una bassa proporzione di pazienti, per tutte le fasce d'età considerate, fosse in corso di trattamento nel 2019. Inoltre, questo fenomeno risultava più evidente all'aumentare dell'età dei pazienti.

Per tutte le fasce d'età il farmaco

più utilizzato risultava essere la mesalazina, con valori compresi tra il 20,2% nei pazienti tra i 15 ed i 24 anni e il 23,1% negli over85enni.

Complessivamente, i pazienti affetti da MICI erano in trattamento, oltre che con mesalazina o sulfasalazina, principalmente con beclometasone, per quanto riguarda gli Steroidi sistemici, nonché con budesonide, azatioprina e con rifaximina. Infine, emergeva una proporzione molto bassa di pazienti in trattamento con farmaci biologici, mai al di sopra dello 0,1% (Tabella 1 a pagina seguente).

Figura 10. Incidenza (‰) delle MICI nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2019.

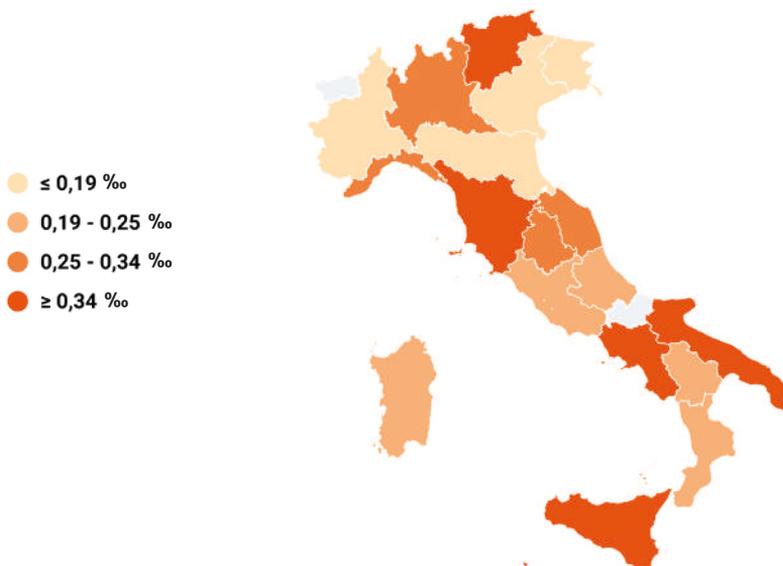


Tabella 1. Distribuzione (%) dei pazienti in funzione delle terapie farmacologiche indicate per il trattamento delle MICI, nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per classi d'età e tipologia di molecola. Anno 2019.

Fascia di età	Sulfasalazina	Mesalazina	Betametasona	Metilprednisolone	Prednisone	Budesonide	Beclometasona
15-24	6 (0.7%)	164 (20.2%)	1 (0.1%)	0 (0%)	11 (1.4%)	8 (1%)	23 (2.8%)
25-34	13 (1%)	249 (19.5%)	0 (0%)	5 (0.4%)	14 (1.1%)	20 (1.6%)	24 (1.9%)
35-44	15 (1%)	341 (22.9%)	2 (0.1%)	4 (0.3%)	16 (1.1%)	9 (0.6%)	21 (1.4%)
45-54	16 (1.1%)	358 (25.7%)	0 (0%)	2 (0.1%)	19 (1.4%)	17 (1.2%)	30 (2.2%)
55-64	11 (0.9%)	316 (27%)	2 (0.2%)	2 (0.2%)	13 (1.1%)	15 (1.3%)	23 (2%)
65-74	1 (0.1%)	174 (23.1%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (0.9%)	3 (0.4%)	14 (1.9%)
75-84	0 (0%)	53 (20.6%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0.8%)	2 (0.8%)	7 (2.7%)
>=85	0 (0%)	12 (23.1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.9%)	1 (1.9%)	1 (1.9%)

Fascia di età	Azatioprina	Mercaptopurina	Ciclosporina	Rifaximina	Ciprofloxacina	Levofloxacina	Metronidazolo	Biologici
15-24	28 (3.5%)	2 (0.2%)	0 (0%)	5 (0.6%)	5 (0.6%)	0 (0%)	3 (0.4%)	1 (0.1%)
25-34	26 (2%)	2 (0.2%)	0 (0%)	11 (0.9%)	5 (0.4%)	0 (0%)	8 (0.6%)	1 (0.1%)
35-44	23 (1.5%)	2 (0.1%)	0 (0%)	6 (0.4%)	2 (0.1%)	0 (0%)	5 (0.3%)	1 (0.1%)
45-54	30 (2.2%)	2 (0.1%)	0 (0%)	15 (1.1%)	4 (0.3%)	0 (0%)	4 (0.3%)	1 (0.1%)
55-64	16 (1.4%)	0 (0%)	0 (0%)	22 (1.9%)	4 (0.3%)	0 (0%)	2 (0.2%)	1 (0.1%)
65-74	3 (0.4%)	2 (0.3%)	0 (0%)	17 (2.3%)	1 (0.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
75-84	1 (0.4%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (1.6%)	1 (0.4%)	0 (0%)	1 (0.4%)	0 (0%)
>=85	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Il parere del medico di medicina generale

Le MICI sono patologie multifattoriali complesse che si sviluppano in soggetti geneticamente predisposti e sono caratterizzate da un decorso cronico-recidivante. In quanto patologie invalidanti, che colpiscono soggetti socialmente attivi ed essendo associate a comorbidità e complicanze severe, esse rappresentano un importante carico assistenziale per il MMG.

L'attività del MMG e la sua capacità di identificare senza eccessive dilazioni temporali i sintomi che possono indurre al sospetto di MICI, risultano pertanto strategiche ai fini di una diagnosi precoce e consentono di migliorare la gestione clinica e terapeutica dei pazienti, al fine di

limitare l'evoluzione della malattia verso stadi di complessità clinica che implicano per il paziente il rischio di severe e irreversibili complicanze con un'importante compromissione della Qualità di Vita.

Il ritardo diagnostico nelle MICI rappresenta infatti ancora oggi un problema rilevante, soprattutto nei casi con attività clinica lieve o con sintomi tipici della forma funzionale (IBS).

Il riconoscimento tempestivo di tutte le condizioni che possono far sospettare una MICI consentirebbe di ridurre la latenza di tempo che oggi ancora intercorre tra la comparsa dei sintomi e il momento in cui viene effettuata la conferma diagnostica. **Dall'analisi dei nostri dati si rileva un progressivo aumento della prevalenza**

sia di MC che di CU, specie nelle regioni meridionali, con un trend in continua crescita negli ultimi anni. Questo è confermato dai dati di incidenza che sono espressione di una maggiore attenzione da parte del MMG verso una diagnosi precoce. La conoscenza delle MICI, la più facile accessibilità alla colonoscopia rispetto ad alcuni anni fa, e l'aumentata prevalenza delle malattie autoimmuni nella popolazione generale hanno probabilmente contribuito alla crescita di questi dati.

Le MICI sono generalmente considerate patologie dei soggetti giovani adulti, **ed i nostri dati confermano una loro maggiore distribuzione in queste fasce d'età con un picco d'incidenza**

nella seconda/terza decade di vita e una prevalenza maggiormente rappresentata tra i 55 e i 74 anni.

Occorre comunque sottolineare come ci sia una significativa proporzione di nuovi casi di MC e CU diagnosticati negli individui più anziani e tale numero è destinato ad aumentare se si considera l'elevato numero di pazienti giovani affetti da tali patologie e l'impatto trascurabile delle MICI sulla mortalità.

Analizzando le informazioni sulla gestione terapeutica dei pazienti notiamo che gran parte di loro sono in trattamento con mesalazina, mentre appare limitato l'utilizzo dei farmaci biologici. Ciò conferma la buona conoscenza da parte del MMG per quanto riguarda l'utilizzo di mesalazina, farmaco tutto sommato maneggevole e quasi privo di effetti collaterali importanti.

Al contrario, vi è scarsa familiarità e confidenza relativamente all'uso di terapia con immunosoppressori e soprattutto con farmaci biologici.

Verosimilmente, questi farmaci, attualmente in gestione prescrittiva ai centri specialistici ospedalieri, sono poco maneggevoli e il loro monitoraggio

tende a sfuggire al controllo del MMG. Pertanto, il loro utilizzo non può essere correttamente pesato dall'analisi dei nostri dati e richiederebbe una valutazione condivisa con i registri di patologia dei centri specialistici prescrittori.

La gestione del paziente affetto da MICI, ed in particolare della relativa gestione terapeutica, rappresenta una barriera per il MMG, riflettendo un certo disagio nella sua completa presa in carico. Ciò deriva dalla limitata consapevolezza e disponibilità in merito alla gestione clinica che inevitabilmente richiede il ricorso ad indagini specialistiche e alla corretta applicazione dei protocolli farmacologici per una patologia complessa e di grande impatto nella vita dei pazienti che ne sono affetti.

Per approfondire...

- Guan Q., **A Comprehensive Review and Update on the Pathogenesis of Inflammatory Bowel Disease.** J Immunol Res. 2019 Dec 1;2019:7247238
- S. C. Ng, H. Y. Shi, N. Hamidi et al., **Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies.** Lancet, vol. 390, no. 10114, pp. 2769–2778, 2018.
- Yeshi K, Ruscher R, Hunter L et al., **Revisiting Inflammatory Bowel Disease: Pathology, Treatments, Challenges and Emerging Therapeutics Including Drug Leads from Natural Products.** J Clin Med. 2020 Apr 28;9(5):1273
- M. Gajendran, P. Loganathan, A. P. Catinella, and J. G. Hashash, **A comprehensive review and update on Crohn's disease.** Disease-a-Month, vol. 64, no. 2, pp. 20–57, 2018.
- Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC). **Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) nelle malattie infiammatorie croniche dell'intestino, malattia di crohn e colite ulcerosa.** <https://amiciitalia.eu/sites/default/files/RapportoPDTAMICI.pdf>

Epidemiologia, caratterizzazione e gestione del paziente affetto da russamento a livello della Medicina Generale

A cura di **Francesco Paolo Lombardo**¹ e di **Marzio Uberti**²

¹ Macroarea Cronicità SIMG, Coordinatore settore pneumologia

² MMG Torino, Specialista fisiologia e mal app respiratorio

Panorama

Il sonno rappresenta un elemento essenziale per il benessere psico-fisico di un individuo. Già dagli anni '70, molte delle conseguenze derivanti dalla presenza di disturbi del sonno erano state riscontrate. I cosiddetti SDB (sleep-disordered breathing) comprendono un ampio spettro eterogeneo di condizioni patologiche ormai riconosciute ed associate a notevole morbilità.

Le condizioni che riguardano un aumento delle resistenze delle vie aeree superiori includono il russare, l'UARS (Upper Airway Resistance Syndrome) e l'OSAS (Obstructive Sleep Apnea Syndrome).

Il russamento costituisce uno degli elementi più frequenti e comuni tra le SDB, il quale se associato ad altre condizioni, come ad esempio l'aumento di peso, può comportare un'evoluzione fisiopatologica verso condizioni più severe, come l'OSAS, con il rischio di incorrere in complicanze anche di notevole gravità.

Il russamento si presenta in genere come un rumore generato nelle vie aeree superiori durante il sonno, senza necessariamente episodi di apnea o d'ipoventilazione durante l'inspirazione (o anche espirazione).

In generale, ogni porzione membranosa priva di un supporto cartilagineo (es. palato molle, l'ugola e le pareti della faringe) può produrre il classico rumore del russamento. Tuttavia, questo

solitamente è legato ai cambiamenti della configurazione e delle proprietà delle vie aeree superiori durante il sonno. Solitamente si produce più comunemente durante le fasi due, tre e quattro del sonno, a causa della diversa "elastance" delle vie aeree e del tono muscolare durante la fase REM (rapid eye movement) e non-REM.

Ad oggi, si stima che i russatori si attestino tra il 19 al 37%, fino a raggiungere una percentuale superiore al 50% dopo la mezza età. I maschi tendono ad essere più soggetti al russamento rispetto alle femmine, probabilmente per le differenze dell'anatomia e della funzione faringea, dell'assetto ormonale, dei loro effetti sui muscoli delle vie aeree superiori e della distribuzione del grasso corporeo.

Difatti, tra i fattori predisponenti si riscontrano: l'età media o avanzata, l'obesità, l'aumento del peso corporeo, la postura del corpo, l'uso di alcool e di rilassanti muscolari, la retrognazia, l'ostruzione nasale, lo sviluppo di asma e il fumo. **Se inizialmente tale condizione era considerata più come un fastidio sociale, dopo la piena definizione di OSAS, il russamento ha cominciato a essere studiato come un importante sintomo clinico, in quanto risulta essere uno dei principali segni di allarme per la presenza o futura insorgenza di una condizione a potenziale maggior gravità, come l'OSAS.**

Difatti, il russamento è tra le principali ragioni per le quali un paziente si rivolge al suo medico, anche senza la presenza di OSAS o di altre sindromi delle vie respiratorie.

Valutare l'impatto epidemiologico del russamento anche mediante una caratterizzazione del paziente in base al suo profilo di comorbidità, nonché analizzarne la gestione diagnostica a livello della Medicina Generale, permetterebbe di mettere in luce il reale impatto di tale fenomeno nella pratica clinica ed allo stesso tempo migliorarne la gestione ed il monitoraggio.

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

Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva al 31 Dicembre 2019, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

Prevalenza (%) di Russamento, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una diagnosi legata al Russamento (ICD9 CM: 780.59) al 31 dicembre 2019;

- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre 2019.

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

- **numeratore:** numero di pazienti con una "nuova" diagnosi di Russamento (ICD9 CM: 780.59) al 31 dicembre 2019;
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, privi della malattia al 1° gennaio del 2019.

Distribuzione (%) dei pazienti con diagnosi di Russamento 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 2019;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di Russamento (ICD9 CM: 780.59) nel 2019.

Distribuzione (%) dei pazienti con diagnosi di Russamento 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 2019;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di Russamento (ICD9 CM: 780.59) al 2019.

Frequenza (%) di patologie concomitanti nei pazienti con diagnosi di Russamento, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con almeno una diagnosi tra le seguenti comorbosità, (Ipertensione, Scompenso cardiaco, Fibrillazione atriale, Malattie ischemiche del cuore, Ictus, Dislipidemia, Diabete, Ipercolesterolemia, BPCO, IRC, Insufficienza respiratoria) al 2019;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di Russamento (ICD9 CM: 780.59) al 2019.

Prevalenza d'uso (%) di visite specialistiche e accertamenti tra i pazienti con diagnosi di Russamento, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti con una richiesta di visita specialistica/ accertamento (suddivise per le diverse discipline) nel 2019;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di Russamento (ICD9 CM: 780.59) nel 2019

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 2019 sono stati identificati 5.326 pazienti con diagnosi registrata per russamento, per una prevalenza stimata pari allo 0,53%. La condizione ha mostrato un trend in crescita negli ultimi 10 anni, passando dallo 0,08% nel 2010 al 0,53% nel 2019 (Figura 1).

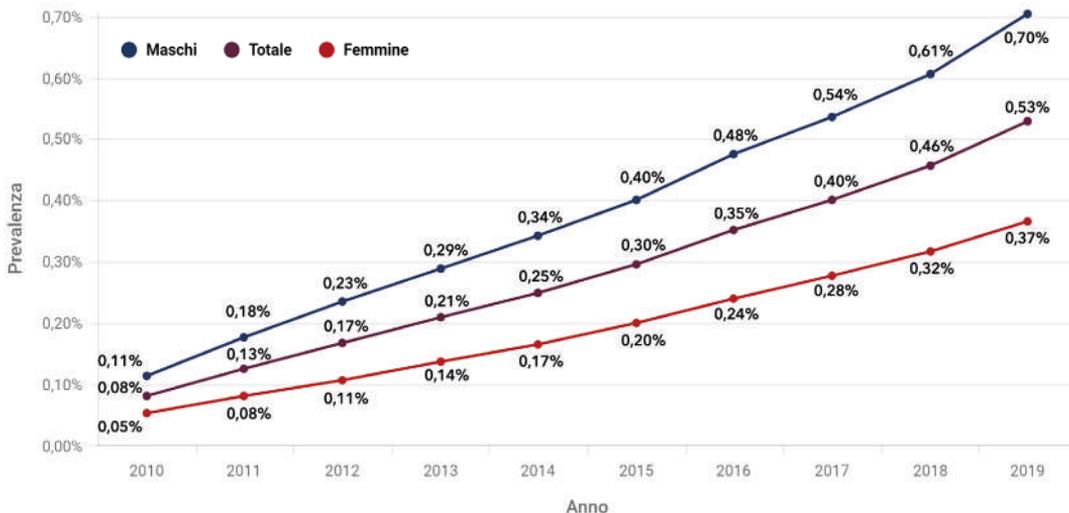
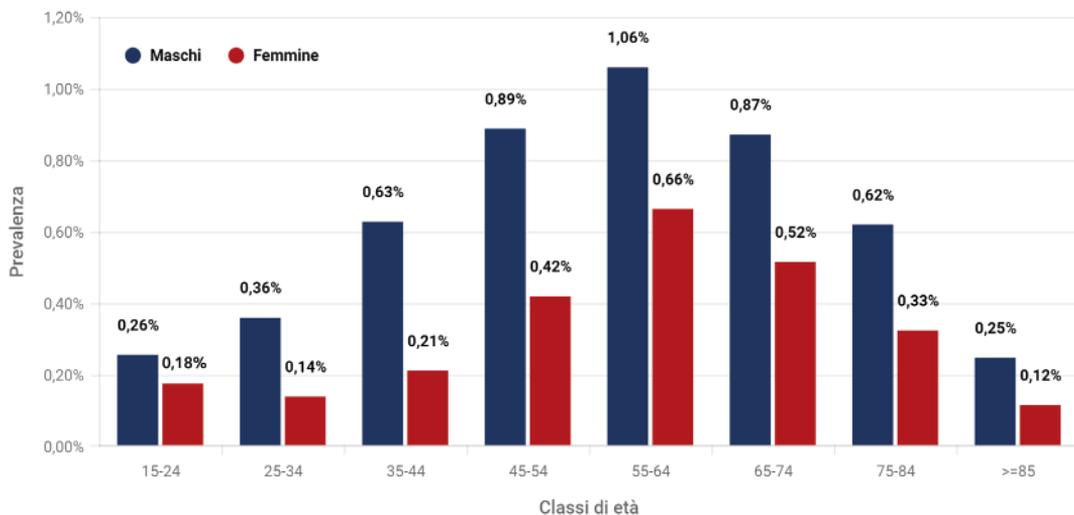


Figura 1. Prevalenza (%) di Russamento nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2010 - 2019.

Figura 2. Prevalenza (%) di Russamento nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2019.



La prevalenza risultava superiore negli uomini rispetto alle donne (M: 0,70% vs. F: 0,37%). 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 55 ed i 64 anni (M:

1,06% vs. F: 0,66%), 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 Nord (Figura 3). La regione che ha mostrato la stima più elevata è risultata essere l'Emilia-Romagna (0,94%), seguita dalla

Lombardia (0,66%), dalla Puglia (0,74%), dal Friuli-Venezia Giulia, (0,72%) e dall'Abruzzo (0,59%).

Per quanto riguarda l'incidenza di russamento nel 2019, emergevano 670 nuovi casi per una incidenza pari al 0,67%. L'incidenza si è mantenuta sostanzialmente stabile nel corso degli anni, con un trend in lieve

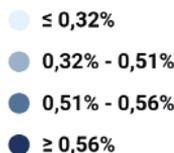
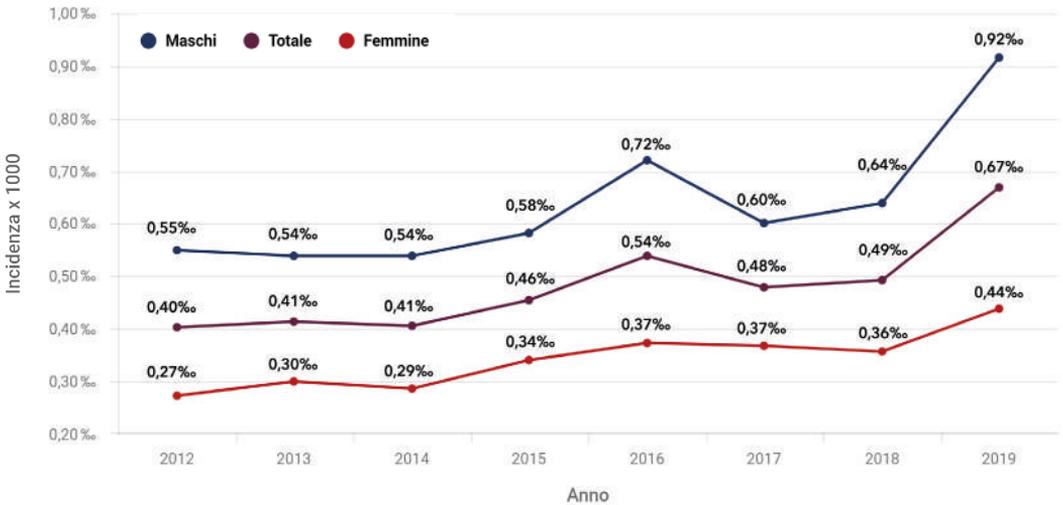


Figura 3. Prevalenza (%) di Russamento nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2019.

Figura 4. Incidenza (%) di Russamento nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2012 - 2019.



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.

crescita (Figura 4). Come nel caso della prevalenza, **l'incidenza è risultata più elevata nei maschi rispetto alle femmine (M: 0,92‰ vs. F: 0,44‰).**

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 45 ed i 54 anni per i maschi (M: 1,26‰), e tra i 55-64 anni per le femmine (F: 0,81‰) (Figura 5).

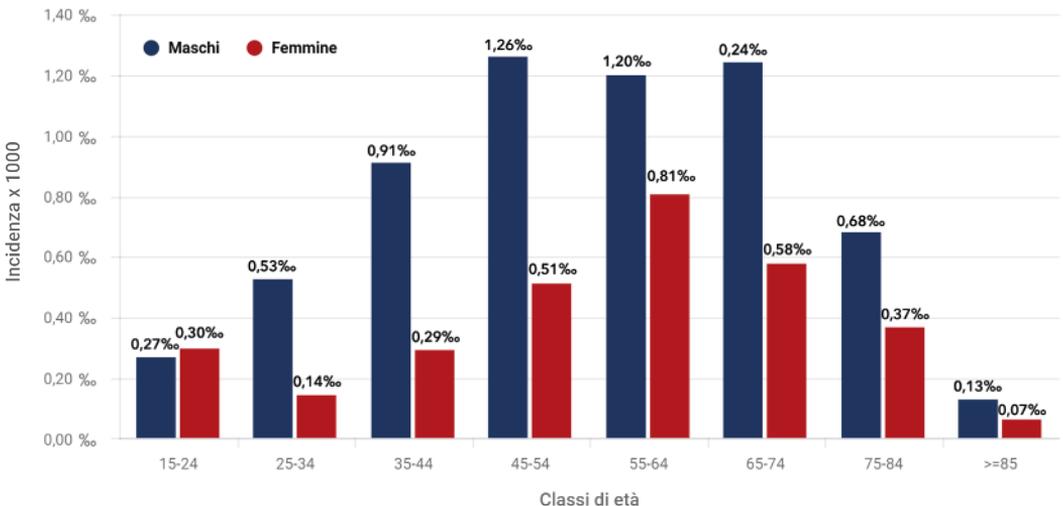


Figura 5. Incidenza (%) di Russamento nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2019.

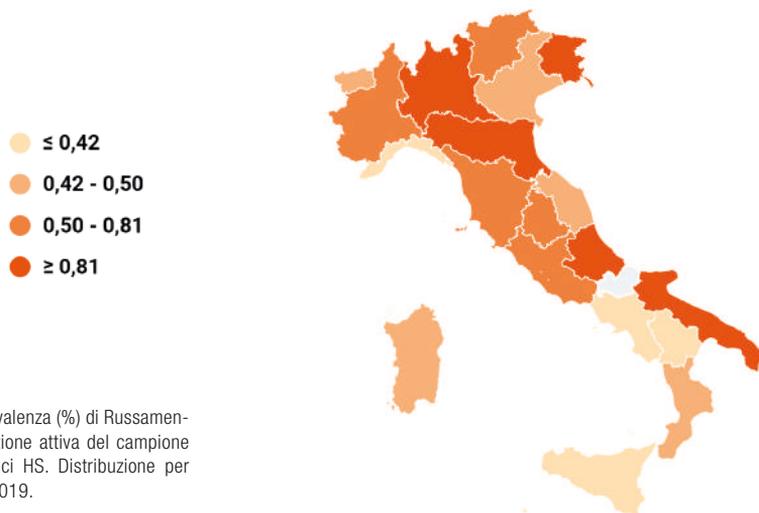


Figura 6. Prevalenza (%) di Russamento nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2019.

Analizzando l'incidenza del russamento su base regionale, come emerso dalla precedente analisi, questa risultava maggiore in Puglia (1,29‰), in Friuli-Venezia Giulia (1,10‰), Abruzzo (1,07‰) seguita

dall'Emilia-Romagna (0,92‰) e dalla Lombardia (0,82‰) (Figura 6). Analizzando la distribuzione dei pazienti con diagnosi di russamento in base all'indice di BMI, emergeva come il 7,81% dei pazienti fosse

obeso, il 6,55% sovrappeso, il 3,44% normopeso mentre lo 0,04% risultava sottopeso. È importante però sottolineare come l'82,16% dei pazienti non possedesse un dato di BMI registrato in cartella (Figura 7).

Figura 7. Distribuzione (%) dei pazienti con diagnosi di Russamento sulla base del valore di BMI. Anno 2019.

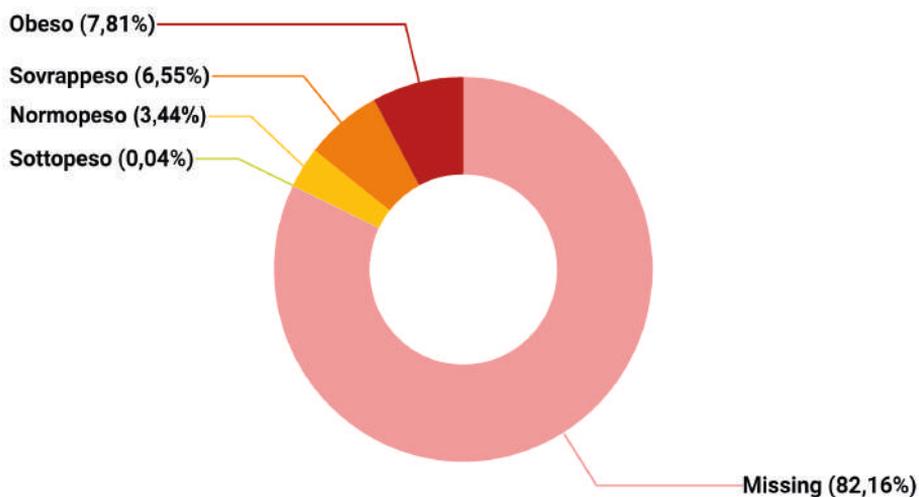


Figura 8. Distribuzione (%) dei pazienti con diagnosi di Russamento sulla base dell'abitudine al fumo. Anno 2019.



Per quanto concerne l'abitudine al fumo, la percentuale di dato mancante era inferiore rispetto al BMI, attestandosi al 22,87%. **Valutando l'abitudine al fumo nei pazienti con diagnosi di russamento, il 39,75% risultava non fumatore, il 19,68% ex fumatore ed infine il 17,71% veniva indicato come**

fumatore (Figura 8). Per quanto riguarda la gestione dei pazienti con diagnosi di russamento da parte del MMG, il 54,0% dei pazienti presentava una richiesta di visita otorinolaringoiatrica, seguita da quella pneumologica (19,1%) ed infine da una visita odontoiatrica (6,2%).

L'accertamento maggiormente richiesto dal MMG risultava essere il polisonnogramma, prescritto nel 19,8% dei pazienti, seguito dalla poligrafia (0,7%) e dal controllo della saturimetria (0,2%) (Figura 9).

Figura 9. Prevalenza d'uso (%) delle Visite specialistiche/accertamenti per i pazienti con diagnosi di Russamento in carico agli 800 Medici HS. Anno 2019.

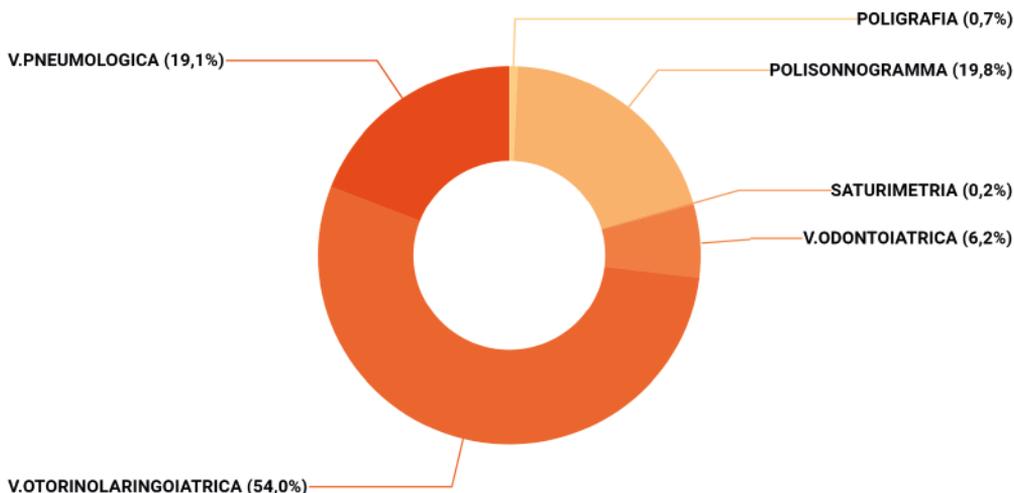
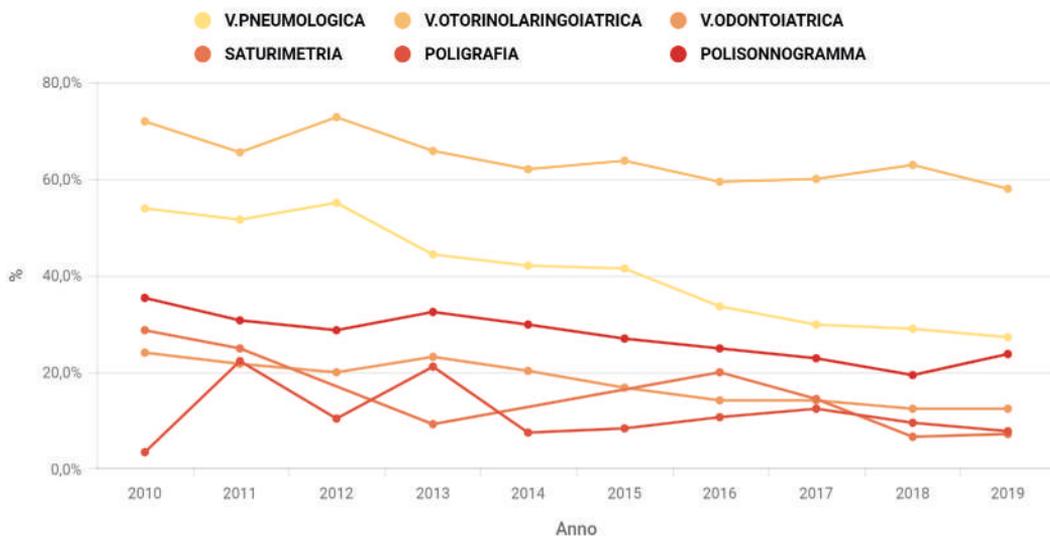


Figura 10. Analisi del trend di prevalenza d'uso (%) delle visite specialistiche/accertamenti per i pazienti con diagnosi di Russamento in carico agli 800 Medici HS. Anni 2010 - 2019.



Analizzando le distribuzioni di visite specialistiche/accertamenti prescritte nei pazienti con russamento stratificando l'analisi per anno (2010-2019), si osservava un trend costante

caratterizzato solo da lievi oscillazioni (Figura 10).

Infine, i pazienti con diagnosi di russamento sono stati caratterizzati in termini di frequenza delle

patologie concomitanti (Figura 11). In particolare il 38,55% non presentava alcuna patologia concomitante tra quelle considerate. Diversamente, il 22,57% era

Figura 11. Distribuzione dei pazienti con diagnosi di Russamento in carico agli 800 Medici HS, in funzione del numero di patologie concomitanti. Anno 2019.

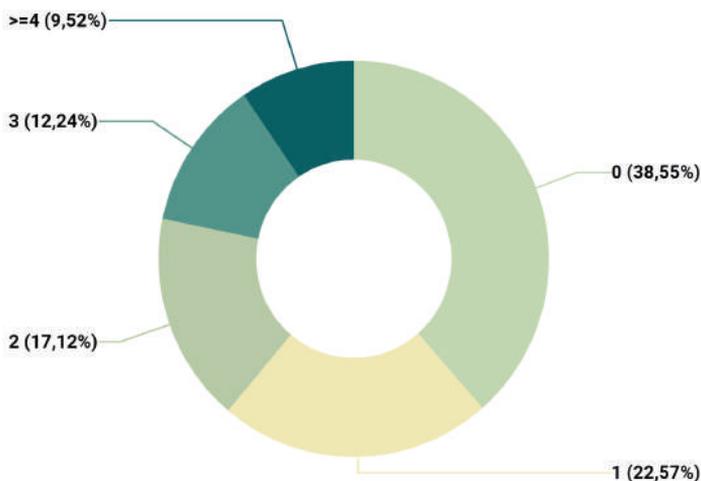
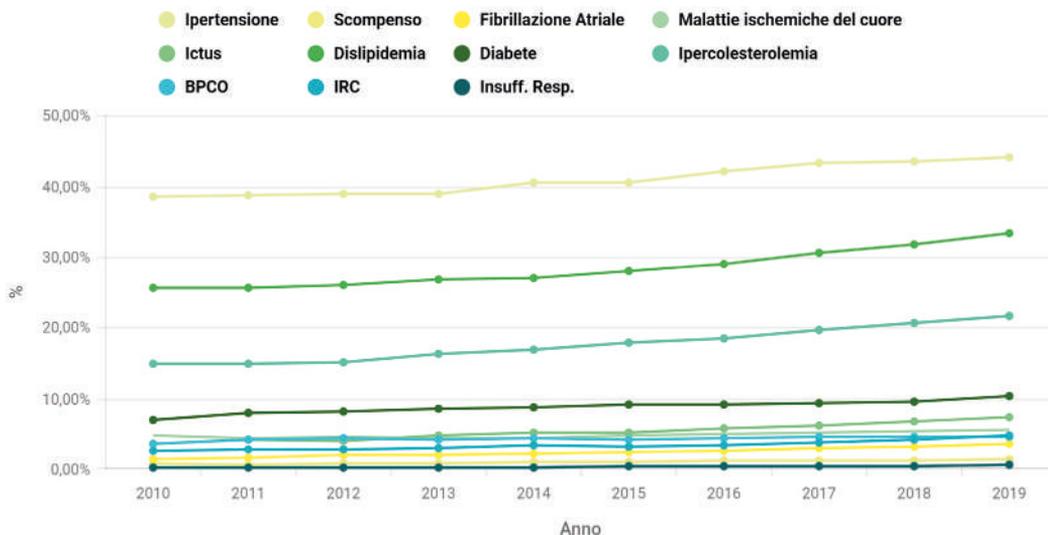


Figura 12. Analisi del trend di frequenza di patologie concomitanti nei pazienti con diagnosi di Russamento in carico agli 800 Medici HS. Anni 2010 - 2019.



caratterizzato da 1 comorbidità, mentre il 17,12%, il 12,24% e l'9,52% risultavano affetti rispettivamente da 2, 3 e 4 patologie concomitanti.

La patologia maggiormente frequente, nel corso degli ultimi 10 anni, risultava essere l'ipertensione arteriosa (44,14%), seguita dalla dislipidemia (33,35%), ipercolesterolemia (21,59%) e dal diabete (10,27%). Le restanti patologie presentavano frequenze inferiori al 7% (Figura 12).

Il parere del medico di medicina generale

Il russamento è ormai considerato dalla comunità scientifica appartenere alla categoria degli SDB. Tale concetto non è ancora divenuto patrimonio comune dell'opinione pubblica che lo ritiene un comportamento fastidioso ma innocuo se non per la persona che condivide la camera da letto con l'inopportuno russatore.

Probabilmente anche per i medici, se si escludono coloro che se ne

occupano in modo specifico, la roncopia non riveste un'attenzione particolare a fronte di altri disturbi quali le Apnee Ostruttive. Questa considerazione spiega la rilevante discrepanza tra i valori di prevalenza attesi e il dato registrato dai ricercatori HS.

Difficilmente il soggetto russatore si presenta dal proprio medico segnalando il fatto. Nella mia esperienza di medico generale le uniche volte in cui il sintomo è stato spontaneamente presentato riguardava soggetti di sesso maschile di mezza età la cui moglie manifestava al medico il proprio disagio e la propria difficoltà a mantenere un sonno ristoratore a causa del russamento del marito.

D'altro canto, adeguandosi alla cultura comune che comprende le barzellette e le lamentele coniugali, anche il medico non sembra aver ancora acquisito l'abitudine di chiedere in modo sistematico la presenza di russamento.

Ne risultano quindi una scarsa presentazione del problema da parte di chi ne è affetto e una scarsa

ricerca opportunistica da parte del medico. I dati presentati collocano la prevalenza intorno allo 0.5% sulla popolazione generale per giungere ad un valore di circa l'1% nei maschi di tra i 55 e i 64 anni a fronte di valori attesi rispettivamente del 19-37% e oltre 50%.

Da sottolineare, peraltro, come il trend di prevalenza aumenti di un logaritmo in dieci anni; questo riscontro può probabilmente essere attribuito all'effetto trainante dell'OSAS e di una progressiva maggior considerazione del problema.

Si rileva inoltre che in una percentuale superiore all'83% dei casi non è presente la registrazione del BMI. È interessante confrontare questo dato con quello riferito alla Sindrome delle Apnee Ostruttive (riportato nel numero della rivista SIMG 3 vol 27 2020) dove si rileva una mancanza di registrazione del BMI nel 79,74% dei casi.

Se ne può dedurre che il BMI in questo gruppo di patologie rimane un dato sottovalutato nonostante la

stretta correlazione epidemiologica e fisiopatologica che manifesta.

L'ultimo commento riguarda la valutazione dell'impostazione diagnostica. L'eterogeneità dei comportamenti rispecchia quella che si riscontra nell'analisi delle OSAS: poligrafia, polisinnografia, varie tipologie di visite. Tutto ciò corrisponde alla differente gestione territoriale dei due problemi: non vi è una attribuzione precisa delle competenze ad uno specialista. A seconda di chi storicamente ha iniziato ad occuparsene in quel presidio ospedaliero o in quella struttura, le patologie del sonno sono gestite da otorinolaringoiatri, pneumologi, neurologi, ecc. Questa offerta differenziata comporta anche differenti percorsi diagnostico terapeutici che riflettono sia la differente formazione dello specialista in questione sia la diversa dotazione strumentale a disposizione. Ciò impedisce una coerenza diagnostica che consentirebbe una adeguata rilevazione del dato patologico.

Concludendo è indispensabile che ad una contemporanea ed auspicabile crescita dell'attenzione al problema e a una opportuna formazione sul russamento si definiscano in modo più univoco le procedure e soprattutto che si renda più agevole l'accesso a strutture che al momento presentano tempi di attesa particolarmente lunghi anche per la più grave sindrome delle apnee ostruttive.

Per approfondire...

- Stradling JR. **Epidemiology of snoring and its consequences.** Monaldi Arch Chest Dis. 1995 Apr;50(2):123-8.
- Faber J, Faber C, Faber AP. **Obstructive sleep apnea in adults.** Dental Press J Orthod. 2019 Aug 1;24(3):99-109.
- Lin J, Suurna M. **Sleep Apnea and Sleep-Disordered Breathing.** Otolaryngol Clin North Am. 2018 Aug;51(4):827-833.
- 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.

Prevalenza d'uso della terapia contraccettiva ormonale e d'emergenza in Medicina Generale

A cura di **Loris Pagano**¹, **Ilaria Miano**² e **Ilaria Mordacchini**²

¹ MMG SIMG Roma

² Università La Sapienza Roma

Panorama

La contraccezione è una tematica estremamente complessa nel nostro Paese; circa il 42% delle donne Italiane con meno di 25 anni non fa uso di alcun metodo contraccettivo durante la prima esperienza sessuale. L'Italia risulta essere inoltre il fanalino di coda per quanto concerne l'uso di contraccettivi ormonali rispetto agli altri paesi europei. I farmaci a base di estrogeni e/o progestinici possono essere somministrati per via orale (pillola anticoncezionale e minipillola) o attraverso specifici dispositivi come l'anello a rilascio ormonale intravaginale, il cerotto transdermico, l'impianto ormonale sottocutaneo e le spirali intrauterine.

In Italia, la contraccezione ormonale viene scelta solo dal 16,2% delle donne - un dato fra i più bassi a livello europeo considerando una media pari al 21,4% - con marcate differenze a livello regionale. Il basso utilizzo di tale approccio contraccettivo è dovuto a svariati fattori, tra cui: disinformazione, timori correlati a motivi di salute/estetici, costo. **Tutto questo, associato ad una limitata considerazione del tema contraccezione a livello generale, si riflette sull'elevato numero di gravidanze indesiderate nel nostro Paese: in Italia si stima che 1 gravidanza su 4 sia indesiderata.**

Oltre alla contraccezione ordinaria, esiste anche la contraccezione d'emergenza; lo scopo è di fornire un ulteriore strumento volto a ridurre il

rischio di una gravidanza indesiderata, agendo in seguito all'eventuale rapporto a rischio, scongiurando così l'eventuale ricorso all'interruzione volontaria. Difatti, tale contraccezione consiste nel tentativo di ritardare o bloccare l'eventuale ovulazione, senza però avere effetti abortivi.

Proprio il termine emergenza suggerisce che l'uso di tale approccio terapeutico dovrebbe rappresentare una misura occasionale, e non dovrebbe mai sostituire un metodo contraccettivo abituale.

Ad oggi, in Italia sono state approvate per la contraccezione d'emergenza due diverse molecole: il levonorgestrel (conosciuta anche come pillola del giorno dopo) e l'ulipristal acetato (cosiddetta "pillola dei cinque giorni dopo"). Tuttavia, questa terminologia è impropria e può indurre in errore, in quanto la percentuale di successo dei farmaci decresce all'aumentare delle ore trascorse dal rapporto a rischio, nonostante sia possibile utilizzarli fino a 72 (levonorgestrel) e 120 ore (ulipristal acetato).

Attualmente, entrambe le terapie possono essere acquistate senza prescrizione medica dalle donne maggiorenni in farmacia e nelle parafarmacie (l'obbligo di ricetta è stato cancellato dalle determine AIFA del 2015 e 2016). Inoltre, nell'ottobre 2020, AIFA ha abolito la necessità di ricetta medica per l'acquisto della pillola con ulipristal acetato anche per le minorenni.

Considerando quanto precedentemente

riportato, nonché a causa della scarsità di studi pubblicati sul tema contraccezione ormonale e d'emergenza, risulterebbe di estremo interesse ed utilità riuscire ad inquadrare dal punto di vista epidemiologico l'uso di tali approcci contraccettivi a livello italiano.

Sulla base di tali premesse, il seguente studio di farmaco-utilizzazione si è posto l'obiettivo di analizzare la prevalenza d'uso della terapia contraccettiva ormonale e d'emergenza a partire dai dati della Medicina Generale, presenti all'interno del database Health Search.

Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva di sesso femminile al 31 dicembre 2019, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

Prevalenza d'uso (%) di contraccettivi ormonali, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti di sesso femminile con almeno una prescrizione di contraccettivi ormonali (ATC: G03AA15; G03AC09; G03AA09; G03AB05; G03AA16; G03AA12; G03AB08; G03AA14; G03AA13; G03AC08; G03AA10; G03AB06; G03AA07) nell'anno;
- **denominatore:** numero di pazienti di sesso femminile presenti e attivi nella popolazione dei medici ricercatori HS nel medesimo anno.

Tabella 1. Prevalenza d'uso (%) di contraccettivi ormonali, con relativa quota di generici, e di contraccettivi orali d'emergenza nella popolazione di sesso femminile attiva del campione degli 800 Medici HS. Anni 2010 - 2019.

Anno	Contraccezione ormonale	% generici	Contraccezione d'emergenza
2019	2,74	4,81	0,03
2018	2,77	3,74	0,03
2017	2,82	2,73	0,05
2016	3,24	2,00	0,06
2015	3,21	1,33	0,13
2014	3,47	0,82	0,14
2013	3,70	0,55	0,15
2012	3,90	0,28	0,15
2011	4,09	0,13	0,14
2010	4,35	0,07	0,15

Prevalenza d'uso (%) di contraccettivi orali d'emergenza, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti di sesso femminile con almeno una prescrizione di contraccettivi d'emergenza (ATC: G03AD*) nell'anno;
- **denominatore:** numero di pazienti di sesso femminile presenti e attivi nella popolazione dei medici ricercatori HS nel medesimo anno.

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

Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di assistiti degli 800 MMG ricercatori HS, tra il 2010 ed il 2019 emergeva una progressiva riduzione nella prevalenza d'uso della terapia contraccettiva ormonale, dal 4,35% nel 2010 al 2,74% nel 2019, nonché della contraccezione d'emergenza che si attestava allo 0,03% nel 2019 rispetto allo 0,15% riscontrato nel 2010.

In merito alla frequenza d'uso di generici

per i contraccettivi ormonali, emergeva un netto aumento a partire dal 2015 (1,33%), raggiungendo una quota pari al 4,81% nel 2019 (**Tabella 1**).

Analizzando la prevalenza d'uso di contraccettivi ormonali stratificata in base alle classi d'età, la stima più elevata si riscontrava per la fascia d'età compresa tra i 15 ed i 24 anni (8,50%) per poi decrescere progressivamente fino a valori inferiori all'1% a partire dalla fascia 55-64 anni (**Figura 1**).

Figura 1. Prevalenza d'uso (%) di contraccettivi ormonali nella popolazione di sesso femminile attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per classi d'età. Anno 2019.

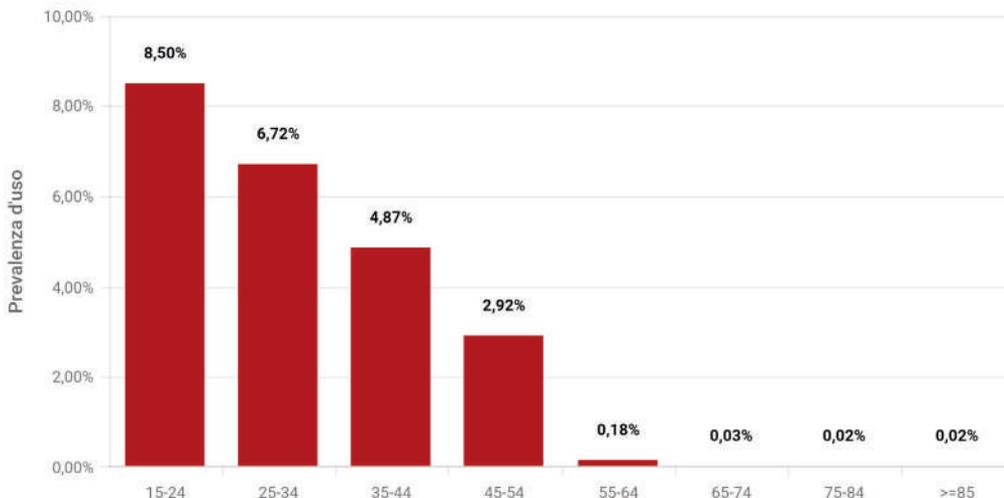


Figura 2. Prevalenza d'uso (%) di contraccettivi orali d'emergenza nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per classi d'età. Anno 2019.

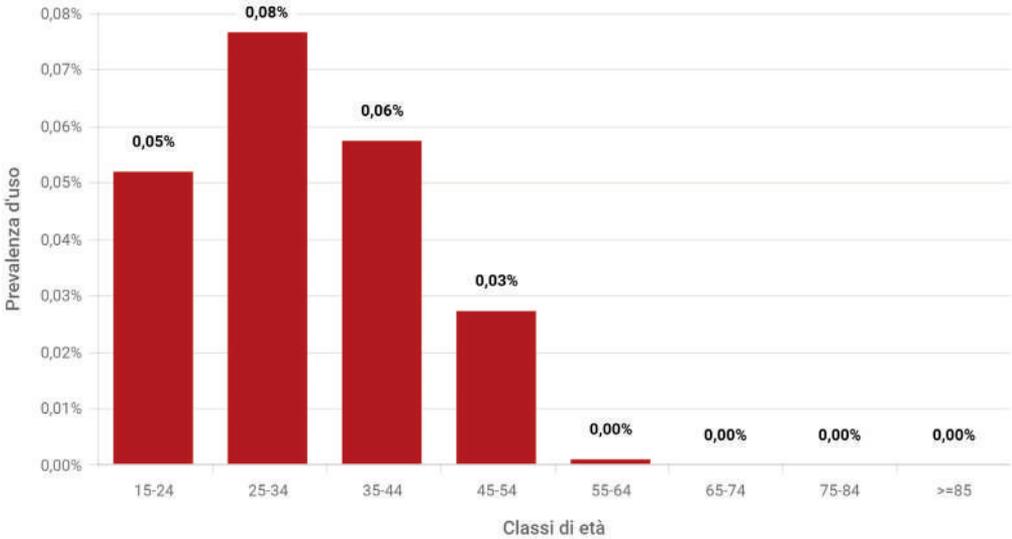


Figura 3. Prevalenza d'uso (%) di contraccettivi ormonali nella popolazione di sesso femminile attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2019

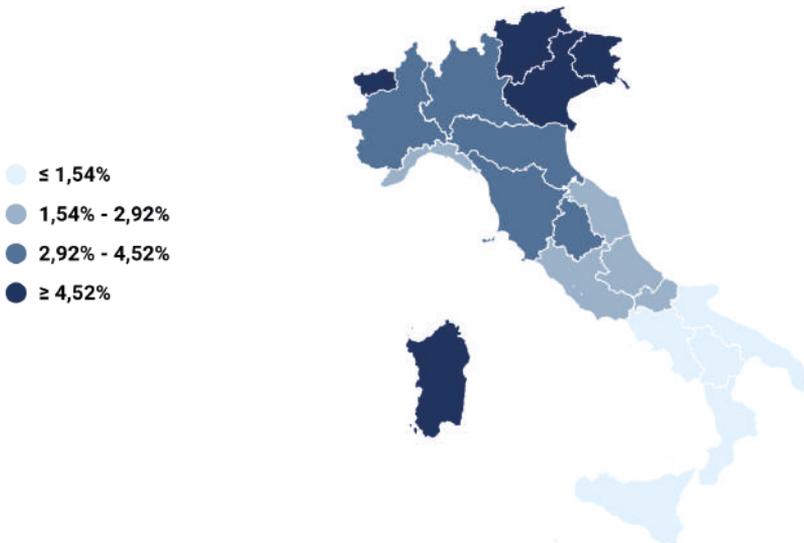
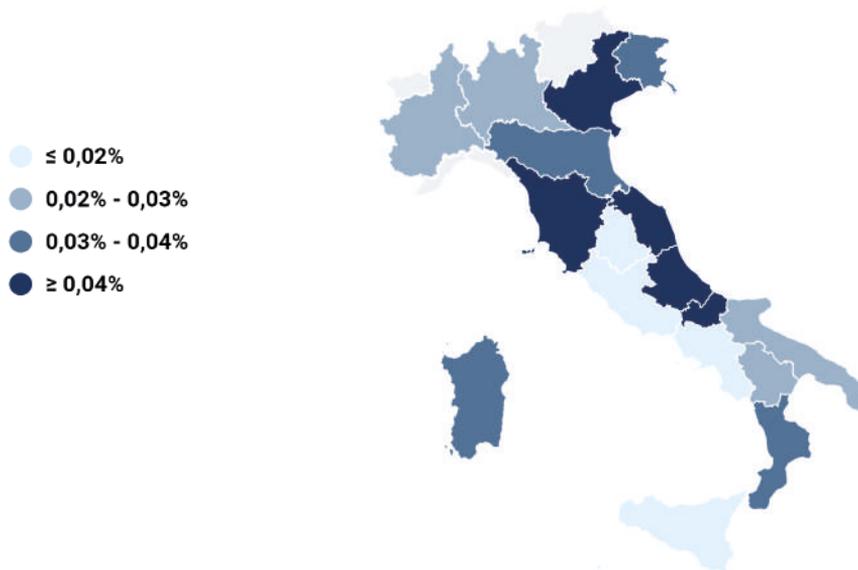


Figura 4. Prevalenza d'uso (%) di contraccettivi orali d'emergenza nella popolazione di sesso femminile attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2019



Un trend simile si osservava anche per la contraccezione d'emergenza.

Difatti, le fasce d'età caratterizzate da una maggiore prevalenza d'uso risultavano quelle comprese tra i 15 ed i 54 anni, con il picco nelle pazienti tra i 25 ed i 34 anni (0,08%) (Figura 2).

Analizzando la prevalenza d'uso di contraccettivi ormonali nel 2019 con dettaglio regionale, si osservava un certo gradiente d'uso Nord-Sud, con l'eccezione della Sardegna la quale era caratterizzata dalla stima di prevalenza più elevata a livello italiano (7,60%). Facevano seguito la Valle d'Aosta (6,08%), il Friuli-Venezia Giulia (5,12%), il Trentino-Alto Adige (4,69%) ed il Veneto (4,62%) (Figura 3). Diversamente, per quanto concerne la prevalenza d'uso di contraccettivi d'emergenza, si osservava una maggiore eterogeneità geografica, imputabile ad un numero nettamente più ridotto di utilizzatori. **La Regione con la stima di prevalenza d'uso più elevata risultava essere l'Abruzzo (0,09%), seguita dal Molise (0,08%), dalle Marche (0,05%),**

dalla Toscana (0,04%) ed infine dal Veneto (0,04%) (Figura 4).

Il parere del medico di medicina generale

Con il nostro gruppo di lavoro abbiamo voluto indagare, a seguito di numerose richieste di chiarimento giunteci a studio, il grado di conoscenza della popolazione riguardo la contraccezione orale d'emergenza. Tramite un questionario telematico, con registrazione delle risposte totalmente anonima, abbiamo indagato la volontà di informazione, i relativi mezzi comunicativi, le opinioni riguardo l'utilizzo, la necessità di prescrizione, la facoltà di obiezione del medico e/o del farmacista, la subordinazione ad un test negativo di gravidanza ed eventuali eventi avversi sul nascituro qualora si instaurasse una gravidanza. Inoltre, per coloro che hanno avuto necessità di ricorrere ai contraccettivi orali d'emergenza, si sono indagate motivazioni ed eventuali difficoltà riscontrate. Sono state registrate 5044

risposte valide, principalmente nella fascia d'età 20-30 anni e per l'88% provenienti da donne. Di queste, il 99,92% ha sentito parlare almeno una volta della contraccezione orale d'emergenza ed ha quindi avuto accesso alla sezione riguardante specificatamente i cinque items volti ad indagare il reale grado di conoscenza dell'argomento; si è poi proceduto ad analizzare le risposte sia singolarmente che in maniera aggregata. Al fine di valutare un eventuale bias dovuto ad una conoscenza derivante dal settore lavorativo di appartenenza, e quindi non rappresentativa della conoscenza della popolazione media, si è proceduto all'analisi separando il campione in donne appartenenti all'ambito sanitario e donne che invece ne sono estranee. **Dei 595 uomini intervistati, tutti hanno dichiarato di conoscere la contraccezione orale d'emergenza principalmente tramite internet o il gruppo amicale, ma avrebbero preferito essere informati dal proprio Medico di Medicina Generale.**

Per quanto concerne il campione femminile, delle 4449 rispondenti il 32,48% appartiene all'ambito sanitario ed ha ottenuto punteggi medi più alti rispetto alle donne non sanitarie.

In entrambi i sottogruppi, gli aspetti meno conosciuti riguardano la possibilità del medico di avvalersi dell'obiezione di coscienza e gli eventuali effetti avversi sul nascituro qualora dovesse instaurarsi una gravidanza nonostante l'utilizzo della contraccezione orale d'emergenza. **Del campione in studio, il 45,92% ha fatti ricorso ai farmaci emergenziali, di cui circa il 65% per fallimento di un metodo contraccettivo. 286 donne hanno incontrato difficoltà nell'iter per l'acquisto del farmaco, in particolare oltre il 60% non ha ricevuto agevolmente la prescrizione medica.**

Nonostante i punteggi medi siano positivi, le percentuali relative alla non conoscenza dell'argomento o ad una conoscenza errata rendono evidente l'importanza di realizzare un processo

di informazione sulla contraccezione orale d'emergenza. **Inoltre, poiché è stata evidenziata una carenza anche nelle donne appartenenti all'ambito sanitario, è fondamentale che il processo d'informazione parta dalle aule accademiche per poi continuare capillarmente nelle realtà territoriali al fine di educare le donne non solo alla contraccezione orale d'emergenza ma ad una contraccezione ordinaria ed una sessualità consapevole. Infatti, come già emerso dallo studio dell'HS, non tutte le donne sessualmente attive ed in età fertile utilizzano metodi contraccettivi pur non desiderando una gravidanza;** in particolare, nel nostro campione circa 800 donne su 3838 non avevano rapporti protetti o ritenevano il coito interrotto un metodo contraccettivo efficace. Anche nel nostro campione, le motivazioni alla base del mancato utilizzo della contraccezione ormonale d'emergenza riguardano principalmente i rischi per la salute, con il farmaco considerato una vera e propria

"bomba ormonale".

Pur insistendo sulla emergenzialità della richiesta, bisogna rassicurare le pazienti poiché il dosaggio ormonale è molto basso ed il tempo di somministrazione decisamente breve, quindi l'uso del farmaco è considerato vantaggioso rispetto a rischi provati e teorici. **Tuttavia, è fondamentale che, di fronte ad una richiesta di contraccezione d'emergenza, il Medico di Medicina Generale intervenga al fine di incentivare un uso corretto della contraccezione ordinaria.**

Per approfondire...

- Di Paolo M and Turillazzi E. **Epidemiology of snoring and its consequences.** Eur J Contracept Reprod Health Care. 2018 Jun;23(3):237-241.
- WHO. **Selected practice recommendations for contraceptive use – 3rd ed.**
- Regidor PA. **Clinical relevance in present day hormonal contraception.** Horm Mol Biol Clin Investig. 2018 Oct 26;37(1).
- Cagnacci A, et al., **Use of contraception by women with induced abortion in Italy.** Minerva Ginecol. 2014 Dec;66(6):521-5.
- Olivari MG et al., **Italian Adolescents and Emergency Contraception: A Focus Group Study.** J Pediatr Adolesc Gynecol. 2017 Feb;30(1):41-46.

Epidemiologia dei Disturbi Somatoformi nella Medicina Generale Italiana

A cura di **Loris Pagano**^{1,2}, **Gabriele D'Ancona**², **Chiara Marchionni**², **Ilaria Miano**²

¹ Medico di Medicina Generale SIMG, ASL Roma; ² 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). La prevalenza risultava superiore nelle

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

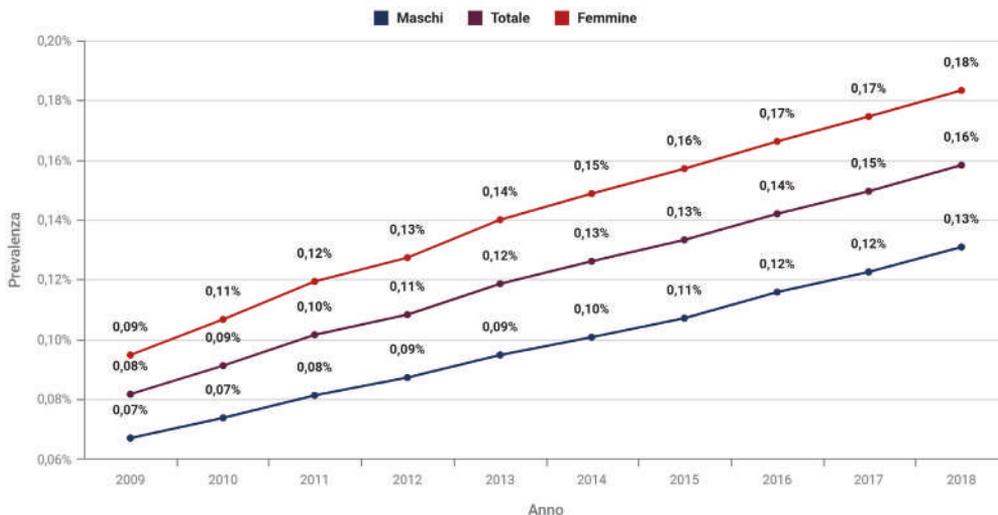
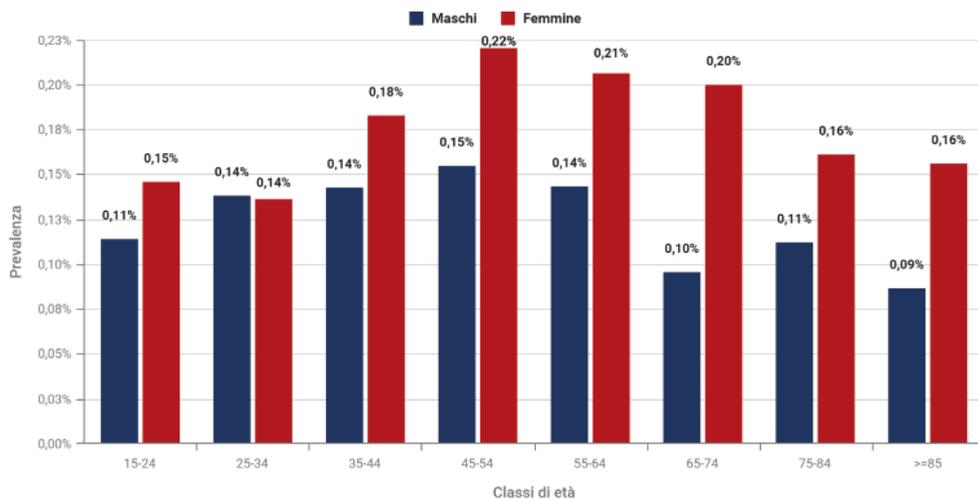


Figura 2. Prevalenza (%) del Disturbo Somatoforme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.



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 Disturbo Somatoforme, sono emersi 77

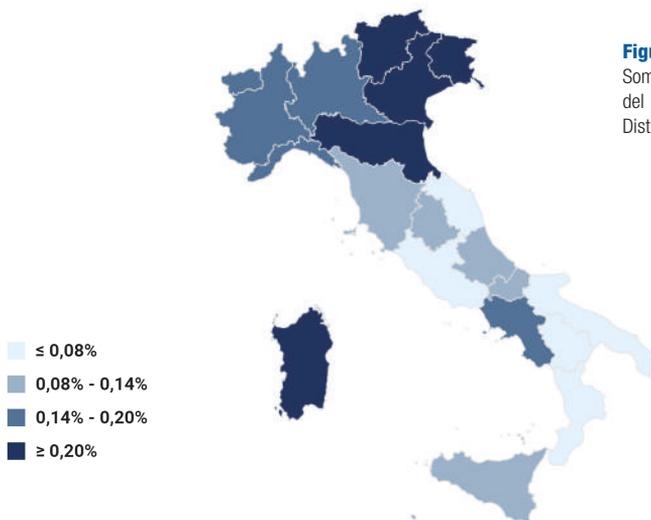
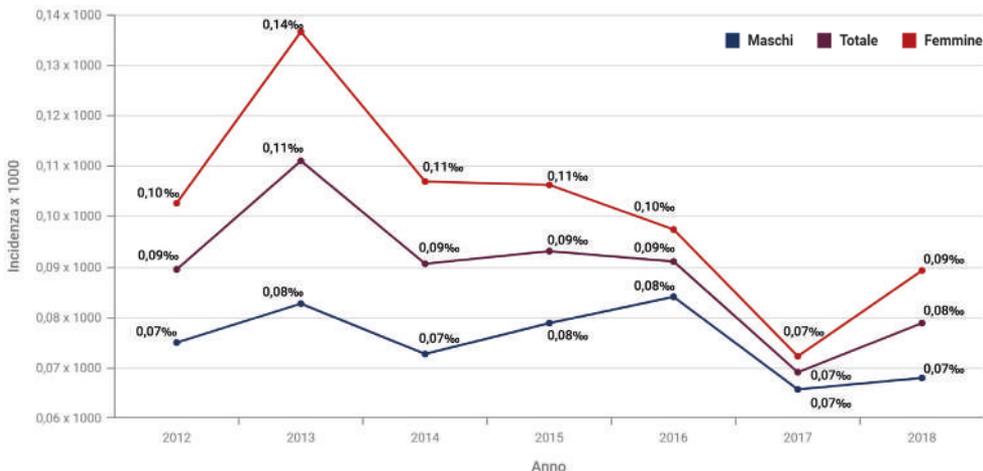


Figura 3. Prevalenza (%) del Disturbo Somatoforme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

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.

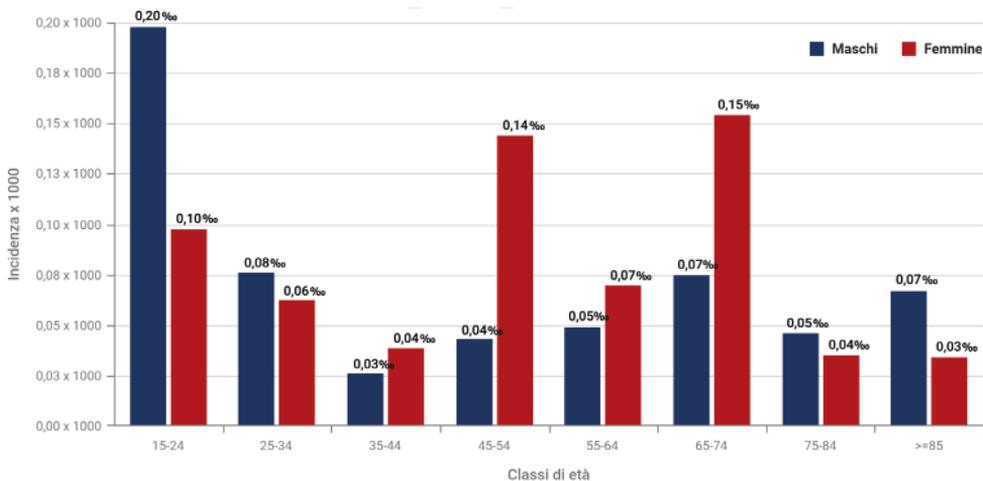
nuovi casi di malattia per una incidenza nel 2018 pari al 0,08‰. L'incidenza è progressivamente diminuita nel corso degli anni, con un trend relativamente costante (Figura 4).

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 sostanzialmente 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.



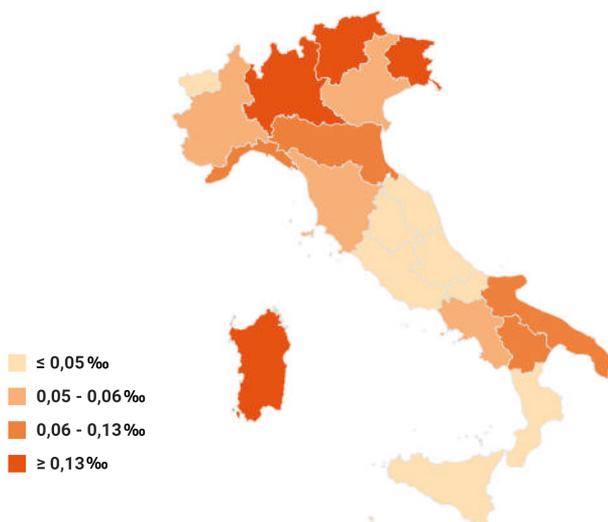


Figura 6. Incidenza (x 1000) del Disturbo Somatoforme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

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.

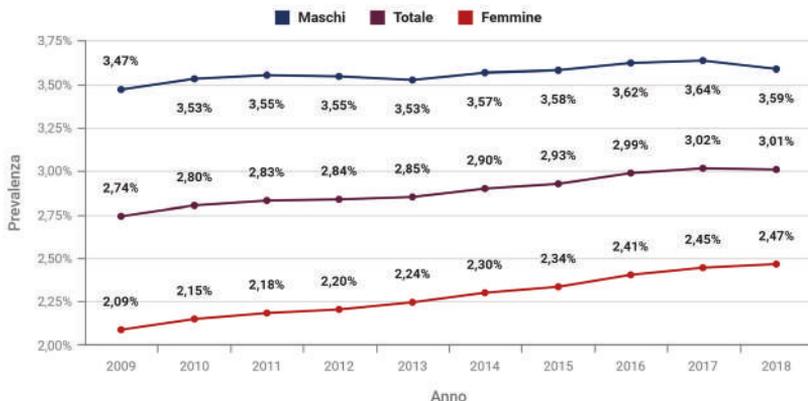


Figura 1.

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%

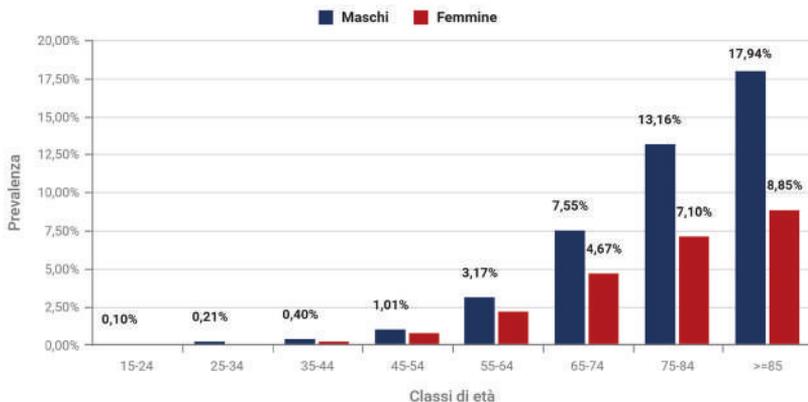


Figura 2.

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

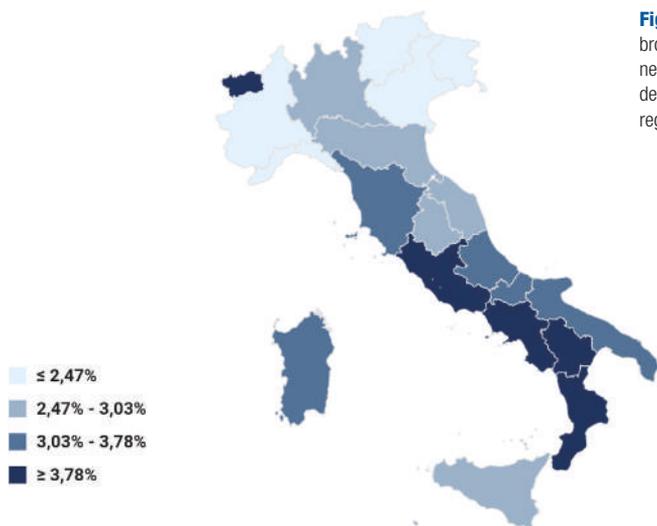


Figura 3. Prevalenza lifetime (%) di broncopneumopatia cronica ostruttiva nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

ciascuna), 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.

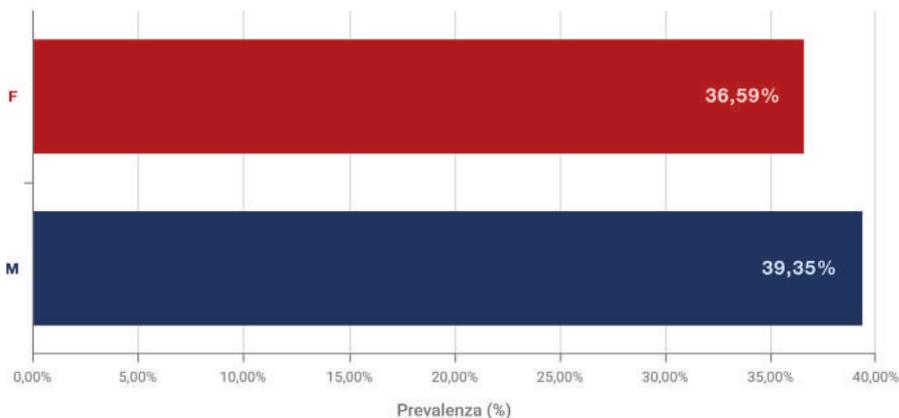


Tabella 1. Prevalenza d'uso (%) di vaccino anti-influenzale nella popolazione affetta da broncopneumopatia cronica ostruttiva assistita dagli 800 Medici HS. Distribuzione per classi d'età. Anno 2018.

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'eziologia 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., Toozee 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.
- 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.

Il contributo di Health Search al primo Rapporto OsMed “L’uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia”

Claudio Cricelli¹, **Pierangelo Lora Aprile**², **Gerardo Medea**³, **Ignazio Grattagliano**⁴, **Raffaella Michieli**⁴, **Damiano Parretti**⁵, **Alessandro Rossi**⁶, **Francesco Lapi**⁷, **Ettore Marconi**⁷ e **Iacopo Cricelli**⁷

¹ Presidente, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

² Segretario Scientifico, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

³ Responsabile Nazionale Ricerca, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

⁴ Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

⁵ Responsabile Nazionale della Scuola di Alta Formazione, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

⁶ Responsabile ufficio di Presidenza, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

⁷ Health Search, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

Sito web: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1577699/OsMed_Farmaci_anziani_13.10.2021.pdf

Il Rapporto

All’inizio di ottobre 2021 è stato presentato un nuovo Rapporto realizzato dall’Osservatorio Nazionale sull’Impiego dei Medicinali (OsMed) con il coordinamento dell’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS), dal titolo “L’uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia”.

Il Rapporto si è posto l’obiettivo di descrivere e analizzare le caratteristiche della prescrizione farmaceutica nella popolazione ultrasessantacinquenne, prendendo in considerazione tre setting assistenziali: domicilio (prescrizione territoriale), ospedale e Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). In particolare, nel Report vengono analizzate numerose tematiche, come l’uso concomitante di farmaci nei pazienti in trattamento cronico per alcune patologie (diabete, demenza, BPCO, parkinsonismo), vengono valutati nuovi indicatori di qualità e appropriatezza prescrittiva, con particolare riferimento

alla politerapia, alle interazioni farmacologiche e all’uso di farmaci potenzialmente inappropriati, nonché l’uso dei farmaci nelle fasce di età più avanzate (pazienti ultranovantenni). Infine, sono state presentate alcune esperienze nazionali sul tema della deprescrizione farmacologica o deprescribing, oltre all’impatto della pandemia di COVID-19 sull’uso dei medicinali nella popolazione anziana nel 2020 (a confronto con il 2019).

L’esigenza di realizzare questo Rapporto nasce dal fatto che il nostro Paese, a livello europeo, è quello con il numero maggiore di anziani a livello europeo, con circa un quarto della popolazione rappresentata da ultrasessantacinquenni. Tutto ciò va associato all’aumento dell’aspettativa di vita media, la quale si associa conseguentemente ad aumento nel numero di cronicità (multicronicità). La conseguenza di questi fenomeni è un aumento nell’uso di farmaci e quindi di politerapia.

Il contributo di Health Search

A conferma dello stretto rapporto tra SIMG-Health Search e OsMed, i dati registrati dei Medici di Medicina Generale (MMG) del network Health Search sono stati messi a disposizione per la realizzazione del suddetto Rapporto. Difatti, solo mediante l’analisi dei dati della Medicina Generale sarebbe stato possibile analizzare l’utilizzo in prevenzione secondaria di alcune specifiche classi di farmaci, nonché esplorare il fenomeno della deprescrizione farmacologica a livello territoriale. In particolare, i dati contenuti in Health Search, fino al 31 dicembre 2019, sono stati messi a disposizione allo scopo di analizzare l’utilizzo di: **i) farmaci anti-osteoporotici in pazienti con pregressa frattura (vertebrale e/o di femore); ii) anticoagulanti orali in pazienti affetti da fibrillazione atriale (con o senza ictus); iii) antiaggreganti, betabloccanti, statine, ASA, ACE-inibitori/sartani nel post-infarto.** Infine, Health Search ha contribuito

alla sezione sul deprescribing, mediante la valutazione della deprescrizione di statine in prevenzione primaria nei pazienti con età ≥ 80 anni.

Principali risultati

Utilizzo dei farmaci nella prevenzione secondaria in Medicina Generale

Come riportato in precedenza, mediante i dati raccolti in Health Search, sono stati analizzati i livelli di utilizzo, in termini di prevalenza d'uso per l'anno 2019, relativamente dei farmaci anti-osteoporotici (Bifosfonati, SERMs, Teriparatide e Denosumab) in pazienti con pregressa frattura (vertebrale e/o di femore). **Difatti, nella popolazione anziana, le fratture osteoporotiche (le cosiddette "fratture da fragilità") rappresentano un importante problema di salute pubblica. Ogni anno in Italia si registrano oltre 500 mila nuove fratture ossee da fragilità, con costi assistenziali di oltre 9 miliardi di euro. Da un punto di vista epidemiologico, in Italia circa 3,5 milioni di donne e 1 milione di uomini soffrono di osteoporosi, numeri sicuramente destinati ad aumentare nei prossimi 25 anni, considerando l'atteso incremento della popolazione anziana.**

L'insorgenza di fratture può essere contrastata attraverso un approccio preventivo basato su interventi legati allo stile di vita (attività fisica e alimentazione), ma anche sull'utilizzo di specifici trattamenti farmacologici. **In Italia la rimborsabilità a carico del SSN di tali terapie è definita dalla Nota AIFA 79, che regola l'utilizzo delle principali classi di farmaci per il trattamento dell'osteoporosi. Bifosfonati, teriparatide, SERMs e denosumab sono i farmaci di prima o seconda scelta indicati dalla Nota 79 per il trattamento dell'osteoporosi in chi abbia già presentato una o più fratture vertebrali o di femore. In questo caso, sebbene la Nota faccia riferimento ad una "prevenzione secondaria", questa potrebbe essere più appropriatamente definita come**

"prevenzione terziaria", cioè atta alla prevenzione di nuovi eventi nei soggetti che hanno già presentato una o più fratture da fragilità.

Analizzando la prevalenza d'uso per ognuna delle quattro classi farmacologiche considerate, emergeva come circa **l'80% dei pazienti con una pregressa frattura di femore e/o vertebrale non presentava alcuna terapia per l'osteoporosi registrata in cartella nel corso del 2019.**

In particolare nell'ambito dei pazienti trattati, **la classe più utilizzata risultava essere quella di bifosfonati, per una prevalenza d'uso pari al 14,8% dei pazienti, a cui faceva seguito il denosumab con il 3%, mentre meno dell'1% risultava trattata con teriparatide o SERMs.** Inoltre, emergeva un uso particolarmente limitato per la classe d'età ≥ 85 anni. La prevalenza di mancato trattamento selezionando un campione costituito dai pazienti con storia di 2 o più fratture (75,4%). Infine, **la prevalenza d'uso dei farmaci anti-osteoporotici è stata ricalcolata stratificando l'analisi per genere, mostrando come l'uso di bifosfonati (17,7% vs 6,2%) e di denosumab (3,7% vs 0,9%) risultasse più comune nelle donne rispetto agli uomini (Tabella 1 e 2).**

Da tali risultati, in linea con le evidenze provenienti da altri Paesi, **emerge la necessità di una maggiore attenzione al trattamento di tale patologia ed alla prevenzione delle sue complicanze.**

Un'ulteriore tematica analizzata, ha riguardato l'utilizzo degli anticoagulanti orali (AVK e DOAC) nei pazienti con fibrillazione atriale (con o senza pregresso ictus). La fibrillazione atriale rappresenta, difatti, la più frequente forma di aritmia cardiaca nella popolazione adulta italiana, per una prevalenza intorno al 2%. La natura della condizione ne comporta una stretta relazione e associazione con l'insorgenza di eventi tromboembolici, in primis l'ictus. **Difatti, si stima che circa il 20-30% di tutti gli ictus avvengano in pazienti**

affetti da FA. Inoltre, tali pazienti sono caratterizzati da esiti maggiormente sfavorevoli rispetto a chi incorre in un ictus senza però la co-presenza di FA.

L'approccio farmacologico atto a contrastare e prevenire tali complicanze si basa sul trattamento continuativo con farmaci anticoagulanti, rappresentati, fino a pochi anni fa, dalla classe degli antagonisti della vitamina K (AVK). **Da alcuni anni, sono a disposizione i cosiddetti nuovi anticoagulanti orali ad azione diretta (DOAC), rappresentati dal dabigatran, rivaroxaban, apixaban e edoxaban. In Italia, la Nota AIFA 97 (Agenzia Italiana del Farmaco, 2020), di recente emanazione, regola la prescrivibilità a carico del SSN della terapia anticoagulante orale limitatamente alla FA (in particolare la FA non valvolare).**

Entrando nel merito dei risultati, analizzando la prevalenza d'uso dei farmaci anticoagulanti orali (AVK/NAO) nei pazienti di età ≥ 65 anni, affetti da FA e senza storia medica di pregresso ictus, **il 34% di questi non presentavano nessuna terapia anticoagulante orale registrata in cartella nell'anno (2019), percentuale che si attestava al 28,8% nella popolazione con pregresso ictus.** Infine, emergeva come i DOAC fossero caratterizzati da una prevalenza d'uso doppia rispetto agli AVK, anche se questa differenza risultava più marcata nelle fasce di età più giovani (**Tabella 3**).

Tali risultati mettono in luce un certo grado di sottoutilizzo di tali terapie nella popolazione anziana; sottoutilizzo particolarmente evidente, in termini di rischio, tra i pazienti con pregresso ictus. Tuttavia, è da segnalare come in questa analisi non sono state tenute in considerazione le possibili controindicazioni al trattamento (per esempio storia di emorragie), oltre al fatto che l'introduzione della Nota 97 è stata successiva rispetto al periodo di estrazione dati. Infine, è interessante notare come la differenza tra uso di DOAC e AVK risulti meno marcata nelle fasce di età più avanzate.

Tabella 1. Prevalenza d'uso dei farmaci anti-osteoporotici indicati per la prevenzione secondaria nei pazienti con età ≥65 anni e con almeno una diagnosi di frattura vertebrale o di femore al 31 dicembre 2018. Anno 2019

	Prevalenza d'uso									
	Totale - N (%)					Soggetti con 2 o più fratture - N (%)				
	Nessun farmaco*	Bifosfonati	SERMs	Teriparatide	Denosumab	Nessun farmaco*	Bifosfonati	SERMs	Teriparatide	Denosumab
Analisi geografica										
Nord	6244 (82,3)	1126 (14,8)	6 (0,1)	37 (0,5)	196 (2,6)	719 (75,3)	194 (20,3)	-	9 (0,9)	38 (4,0)
Centro	3235 (80,5)	604 (15)	1 (0,0)	40 (1,0)	162 (4,0)	437 (70,6)	126 (20,4)	-	12 (1,9)	48 (7,8)
Sud e isole	4842 (82,2)	853 (14,5)	1 (0,0)	50 (0,8)	169 (2,9)	662 (79,0)	137 (16,3)	-	10 (1,2)	36 (4,3)
Genere										
Uomini	4160 (92,7)	276 (6,2)	-	15 (0,3)	41 (0,9)	387 (89,0)	39 (9,0)	-	2 (0,5)	7 (1,6)
Donne	10161 (78,1)	2307 (17,7)	8 (0,1)	112 (0,9)	486 (3,7)	1431 (72,4)	418 (21,1)	-	29 (1,5)	115 (5,8)
Fascia d'età										
65-69	1557 (83,8)	233 (12,5)	-	18 (1,0)	57 (3,1)	114 (72,2)	27 (17,1)	-	4 (2,5)	14 (8,9)
70-74	2090 (80,2)	390 (15)	1 (0,0)	27 (1,0)	115 (4,4)	202 (70,9)	63 (22,1)	-	2 (0,7)	23 (8,1)
75-79	2425 (78,8)	528 (17,2)	2 (0,1)	26 (0,8)	104 (3,4)	244 (66,7)	93 (25,4)	-	8 (2,8)	25 (6,8)
80-84	3014 (78,6)	674 (17,6)	4 (0,1)	30 (0,8)	130 (3,4)	419 (73,1)	119 (20,8)	-	7 (1,2)	30 (5,2)
≥85	5235 (85,4)	758 (12,4)	1 (0,0)	26 (0,4)	121 (2,0)	839 (81,5)	155 (15,0)	-	10 (1,0)	30 (2,9)
Totale	14321 (81,8)	2583 (14,8)	8 (0,0)	127 (0,7)	527 (3,0)	1818 (75,4)	457 (18,9)	-	31 (1,3)	122 (5,1)

SERMs, selective estrogen-receptor modulators
* Nessun utilizzo tra Bifosfonati, SERMs, Teriparatide o Denosumab

Tabella 2. Prevalenza d'uso dei farmaci anti-osteoporotici indicati per la prevenzione secondaria nei pazienti con età ≥65 anni e con almeno una diagnosi di frattura vertebrale o di femore al 31 dicembre 2018: analisi stratificata per genere. Anno 2019

	Prevalenza d'uso									
	Uomini - N (%)					Donne - N (%)				
	Nessun farmaco*	Bifosfonati	SERMs	Teriparatide	Denosumab	Nessun farmaco*	Bifosfonati	SERMs	Teriparatide	Denosumab
Analisi geografica										
Nord	1872 (92,4)	132 (6,5)	-	5 (0,2)	18 (0,9)	4372 (78,6)	994 (17,9)	6 (0,1)	32 (0,6)	178 (3,2)
Centro	875 (91,9)	63 (6,6)	-	4 (0,4)	12 (1,3)	2360 (76,9)	541 (17,6)	1 (0,0)	36 (1,2)	150 (4,9)
Sud e isole	1413 (93,6)	81 (5,4)	-	6 (0,4)	11 (0,7)	3429 (78,3)	772 (17,6)	1 (0,0)	44 (1,0)	158 (3,6)
Fascia d'età										
65-69	677 (95,9)	22 (3,1)	-	2 (0,3)	5 (0,7)	880 (76,4)	211 (18,3)	-	16 (1,4)	52 (4,5)
70-74	785 (93,6)	47 (5,6)	-	1 (0,1)	6 (0,7)	1305 (73,9)	343 (19,4)	1 (0,1)	26 (1,5)	109 (6,2)
75-79	781 (92,3)	58 (6,9)	-	1 (0,1)	6 (0,7)	1644 (73,7)	470 (21,1)	2 (0,1)	25 (1,1)	98 (4,4)
80-84	816 (90,5)	70 (7,8)	-	8 (0,9)	11 (1,2)	2198 (74,9)	604 (20,6)	4 (0,1)	22 (0,8)	119 (4,1)
≥85	1101 (92,2)	79 (6,6)	-	3 (0,3)	13 (1,1)	4134 (83,8)	679 (13,8)	1 (0,0)	23 (0,5)	108 (2,2)
Totale	4160 (92,7)	276 (6,2)	-	15 (0,3)	41 (0,9)	10161 (78,1)	2307 (17,7)	8 (0,1)	112 (0,9)	486 (3,7)

SERMs, selective estrogen-receptor modulators.
* Nessun utilizzo tra Bifosfonati, SERMs, Teriparatide o Denosumab

Questo può essere spiegato da un effetto “trascinamento” legato ai pazienti con molti anni di storia di FA nei quali la terapia anticoagulante con AVK è stata iniziata prima della disponibilità in commercio dei NAO (2013), o potrebbe derivare dalla farmacocinetica dei DOAC. Difatti, avendo un metabolismo principalmente renale, il declino nella sua funzionalità che tipicamente si associa all’età avanzata, può comportare una controindicazione all’utilizzo di tali trattamenti.

Come terza ed ultima tematica affrontata nel Rapporto, è stata calcolata la prevalenza d’uso dei farmaci antiaggreganti, betabloccanti, statine, ASA, ACE-inibitori/sartani nel post-infarto. È ben noto come, la modifica ed il miglioramento dei comportamenti non salutari, così come il trattamento farmacologico ed il monitoraggio dell’evoluzione delle patologie e/o dei fattori di rischio associati all’insorgenza di infarto, rivestano un ruolo di primaria importanza, non solo nella prevenzione primaria, ma anche e soprattutto nella prevenzione secondaria. **In tal senso, un appropriato trattamento farmacologico, associato ad un alto livello di aderenza terapeutica, sono elementi chiave nella riduzione del rischio di re-infarto e di mortalità.** Le attuali linee guida raccomandano per la prevenzione secondaria il trattamento combinato con quattro differenti farmaci: antiaggreganti, beta-bloccanti, ACE-inibitori/sartani e statine. **Gli stessi rappresentano in parte i presidi farmacologici di base del trattamento dello scompenso cardiaco congestizio secondario a necrosi miocardica infartuale. L’efficacia di tale combinazione terapeutica è stata ampiamente dimostrata da solide evidenze scientifiche. Pertanto, partendo sempre dal presupposto che il rapporto beneficio/rischio, soprattutto in una popolazione complessa come quella anziana, deve essere attentamente valutato, l’utilizzo di tali terapie per la prevenzione secondaria**

nel post-infarto ha dimostrato di essere efficace nel ridurre il rischio di incorrere in un nuovo evento nonché di morte.

Sono stati quindi messi a punto due differenti indicatori allo scopo di mettere in evidenza: **i) la prevalenza d’uso dei farmaci antiaggreganti, beta-bloccanti, statine, ASA e ACE-inibitori/sartani nei pazienti over 65 con pregresso infarto del miocardio nel 2019; ii) la distribuzione dei pazienti con età >65 anni e con pregresso infarto miocardico in funzione del numero di categorie farmacologiche concomitanti (1, 2, 3, 4 o 5 categorie farmacologiche).**

Analizzando le risultanze dei due indicatori emergeva come solo il 6% circa dei pazienti con diagnosi di infarto erano privi di almeno una prescrizione per una delle suddette categorie di farmaci. Nonostante la ridotta percentuale di non utilizzo, la popolazione con età >85 anni mostrava una prevalenza di non utilizzo doppia (9%) rispetto alle fasce di età 75-79 (4,4%) e 80-84 anni (4,0%). Questo potrebbe essere spiegato dalle caratteristiche di questa fascia di popolazione, la quale, avendo un’aspettativa di vita più bassa, è caratterizzata da un profilo beneficio-rischio meno favorevole rispetto alle fasce di popolazione più giovani. **Relativamente alle singole classi di farmaci, le statine risultavano le maggiormente utilizzate (78,0%), alle quali facevano seguito gli ACE-inibitori/sartani (72,7%), beta bloccanti (70,5%), ASA (62,7%) e gli altri antiaggreganti piastrinici (25,4%) (Tabella 4).**

Deprescrizione nella Medicina Generale: dati dal network Health Search

Come descritto in precedenza, una delle sezioni del Rapporto è stata dedicata al fenomeno del deprescribing. In particolare, il crescente aumento nel numero di patologie croniche comporta spesso il ricorso a numerosi trattamenti farmacologici con il conseguente aumento del rischio di interazioni farmacologiche, e conseguentemente,

di reazioni avverse (ADRs) anche gravi. Difatti, è da considerare il fatto che l’efficacia e la sicurezza dei farmaci cambiano nel corso del tempo. Un farmaco per il trattamento delle patologie croniche, il cui utilizzo può portare beneficio in una fase della vita del paziente, può risultare addirittura dannoso se le condizioni di salute dello stesso cambiano.

A tal proposito, negli ultimi anni è nato il concetto di deprescribing o deprescrizione farmacologica. Questo si basa sulla riduzione del numero di farmaci assunti con la finalità di ottimizzare il bilancio rischio-beneficio della terapia farmacologica. Proprio, il MMG, e tutte le figure portanti nel Sistema di Cure Primarie, rappresentano i protagonisti al centro della “rete di servizi sanitari”, il quali hanno il compito di rispondere con continuità alla domanda di salute della popolazione. **La continuità nell’assistenza dovrebbe assicurare un monitoraggio puntuale e consapevole delle terapie in corso, permettendo al tempo di valutare, eventuali cambiamenti clinici, psicologici e sociali implicati nello spostamento del bilancio rischio/beneficio di una determinata terapia.**

Di fatto appare sempre più evidente la necessità di adottare un orientamento che veda nella deprescrizione uno strumento essenziale per garantire la salute e il benessere dell’individuo, attuando la cosiddetta prevenzione quaternaria, soprattutto nei casi di evidente ipermedicalizzazione.

Proprio il paziente geriatrico risulta particolarmente complesso dal punto di vista clinico e gestionale, in parte a causa dei cambiamenti fisiologici nonché psichici che si associano all’aumento dell’età. Questo si riflette sul trattamento farmacologico delle cronicità, comportando spesso dubbi o incongruenze in merito all’opportunità di un loro appropriato utilizzo. **Uno degli esempi più calzanti è rappresentato dall’utilizzo di statine per la prevenzione primaria di eventi cerebro-cardiovascolari**

maggiori nei pazienti anziani. Proprio la gestione terapeutica con statine nelle persone di età superiore ai 75 anni rappresenta ancora una questione complessa. Difatti, sebbene il rischio di eventi cerebro-cardiovascolari a breve termine sia elevato, le attuali evidenze relative all'efficacia del trattamento con statine in prevenzione primaria sono scarse in questo gruppo di soggetti, principalmente a causa della limitata rappresentatività negli studi clinici ad oggi pubblicati.

Nel nostro Paese, la rimborsabilità di tali terapie a carico del SSN, secondo quanto esplicitato all'interno della Nota 13 di AIFA, si allinea a tali evidenze. In particolare, la rimborsabilità della terapia con statine per la prevenzione primaria è estesa ai pazienti fino agli 80 anni di età, in quanto, oltre tale età, le evidenze a sostegno dell'opportunità del trattamento sono insufficienti.

Ad oggi sono tuttavia limitati gli studi volti a quantificare il fenomeno del deprecating delle statine nei pazienti over 80 in prevenzione primaria, soprattutto a livello italiano. Per tale ragione, i dati contenuti nel database Health Search sono stati messi a disposizione da SIMG allo

scopo di fotografare e quantificare tale fenomeno.

Entrando nel merito dei risultati, a partire dalla popolazione di pazienti di età ≥ 80 anni e utilizzatori prevalenti di statine in prevenzione primaria (senza storia di eventi cardiovascolari) nel primo semestre 2017, sono stati identificati 1.807 (18,89%) pazienti andati incontro a deprecating tra il luglio 2017 e il dicembre 2019. Un paziente è stato definito come deprecating nel caso in cui questo fosse stato caratterizzato da almeno 6 mesi privi di statine tra il 1 luglio 2017 e il 30 giugno 2019. L'occorrenza di deprecating risultava simile tra uomini e donne e cresceva progressivamente all'aumentare dell'età, fino a raggiungere il 30,91% negli assistiti di età ≥ 90 anni. Sono state identificate variazioni anche in base all'area geografica, con una percentuale di deprecating maggiore al Nord (21,4%) rispetto al Centro (18,01%) e al Sud (16,38%) (Tabella 5). Questi risultati suggeriscono come la deprecating di statine negli assistiti molto anziani sia relativamente comune, interessando circa 1 assistito su 5 di età superiore agli 80 anni e circa 1 su 3 di età superiore ai 90 anni.

In conclusione, il contributo di Health Search mediante i dati della Medicina Generale ha permesso di evidenziare e comprendere la gestione farmacoterapeutica di alcune delle patologie a maggior impatto sociale, nonché di analizzare l'approccio dei MMG alla deprecating farmacologica nel paziente anziano. Tutto ciò richiede l'utilizzo di fonti dati informative sullo stato di salute degli italiani e che riescano a inquadrare la gestione farmaco-terapeutica delle condizioni per le quali sono afflitti. In tale contesto, come dimostrato dal contributo di SIMG al Rapporto, i sistemi informatici di gestione delle cartelle cliniche, se adeguatamente interrogati, costituiscono una preziosa fonte di informazioni. Infatti, essi possono fornire risposte ai nuovi bisogni assistenziali e professionali e alle richieste degli amministratori chiamati a progettare i nuovi modelli di governance, con l'obiettivo di garantire la migliore assistenza possibile al paziente e, al contempo, garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

	N. assistiti	N. assistiti con deprecating	% assistiti con deprecating
Totale	9.568	1.807	18,89
Genere			
Uomini	3.401	635	18,67
Donne	6.167	1.172	19,00
Fascia d'età			
80-84	6.125	940	15,35
85-89	2.770	659	23,79
≥ 90	673	208	30,91
Area Geografica			
Nord	4.080	873	21,40
Centro	2.149	387	18,01
Sud	3.339	547	16,38

Tabella 5. Deprecating di statine nei pazienti di età ≥ 80 anni e utilizzatori di statine in prevenzione primaria per genere, età e area geografica.

Impatto epidemiologico delle cronicità e relativi costi sanitari in Medicina Generale: il contributo al Rapporto Osservasalute 2020.

Claudio Cricelli¹, **Ovidio Brignoli**², **Gerardo Medea**³, **Damiano Parretti**⁴, **Francesco Paolo Lombardo**⁵, **Pierangelo Lora Aprile**⁶, **Alessandro Rossi**⁷, **Francesco Lapi**⁸, **Ettore Marconi**⁸ e **Iacopo Cricelli**⁸

¹ Presidente, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

² Vice presidente, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

³ Responsabile Nazionale Ricerca, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

⁴ Responsabile Nazionale della Scuola di Alta Formazione, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

⁵ Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

⁶ Segretario Scientifico, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

⁷ Responsabile ufficio di Presidenza, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

⁸ Health Search, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

Sito web: <https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2021/05/RO-2020-cronicita%C3%A0.pdf>

Il rapporto

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane, nato su iniziativa dell'Istituto di Sanità, Sezione di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, da ormai più di 16 anni mette in evidenza lo stato di salute della popolazione italiana.

L'Osservatorio coinvolge un network di oltre 230 ricercatori provenienti da Università, Istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali, nonché da Società Scientifiche nazionali, tra cui la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG). Tale Osservatorio nasce in seguito alla riforma per regionalizzare il Servizio Sanitario Nazionale ed è stato costituito per monitorare l'impatto della devoluzione sulle condizioni di salute nelle diverse Regioni. Tutto ciò si traduce nel prodotto principale dell'Osservatorio, il Rapporto

Osservasalute, che si pone l'obiettivo di analizzare il Sistema Sanitario Nazionale in tutta la sua interezza e complessità focalizzandosi, di fatto, su aspetti legati alle attività, alle risorse economiche e ai bisogni di salute della popolazione. Il 10 Giugno 2021 è stato presentato al pubblico la XVIII edizione del Rapporto Osservasalute (2020). Anche quest'anno, a conferma del forte legame tra l'Osservatorio Nazionale e la SIMG, quest'ultima ha messo a disposizione diverse analisi derivanti dai dati raccolti attraverso Health Search. In tal senso, gli indicatori proposti da SIMG e analizzati mediante il database Health Search/IQVIA Health Longitudinal Patient Database (HS/IQVIA Health LPD) hanno permesso di tracciare e comprendere l'impatto epidemiologico delle principali cronicità, i costi implicati nella loro gestione nonché il comportamento dei Medici di Medicina Generale (MMG).

La sfida della multicronicità

Ad oggi, gran parte dei costi in Sanità è assorbito dalla gestione e dal trattamento delle patologie croniche, che rappresentano il vero grande problema di tutti i Paesi industrializzati. È evidente che per proteggere e promuovere il diritto al più alto livello di salute sono necessari strumenti che siano in grado di migliorare la governance dei sistemi sanitari e sviluppare e potenziare i sistemi informativi e gestionali dei dati, favorendo, di fatto, il monitoraggio della governance stessa. La dimensione che sta ormai assumendo la cronicità necessita di una svolta mediante un incremento e un potenziamento del Sistema di Cure Primarie. Per rispondere a questa nuova esigenza di salute il Sistema Sanitario Nazionale ha posto le basi per un'appropriata ed equa gestione della cronicità, sviluppando il Piano Nazionale della Cronicità (PNC). Questo riconosce

come pilastro portante il Sistema di Cure Primarie, individuando nel MMG e nel Pediatra di libera scelta, i protagonisti al centro della “rete di servizi sanitari”. Inoltre, il PNC individua come modello di elezione il Chronic Care Model Innovative, il quale pone al centro le cure territoriali e domiciliari integrate. Lo strumento per garantire appropriatezza ed efficacia dell’assistenza in tale modello organizzativo è costituito dai **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** che contestualizzano a livello territoriale le Linee Guida per ogni data patologia. **Tali strumenti, difficilmente possono però tenere in considerazione la presenza contemporanea di più patologie croniche, definita multicronicità.** Per rispondere a questa problematica si dovrebbe far riferimento al **Piano Assistenziale Individualizzato che tiene conto delle peculiarità cliniche e sociali di ogni singolo paziente cronico.**

Relativamente al tema multicronicità, **si sta progressivamente osservando un crescente aumento del problema della politerapia,** con le relative implicazioni in termini di eventi avversi, incremento di un uso inappropriato, nonché di riduzione dell’aderenza al trattamento. In tal senso, il MMG si trova a dover affrontare una serie di problematiche causate dalla gestione di più prescrizioni derivanti da diversi specialisti, dal processo di deprescribing, oltre a dover adoperarsi nel mantenere una continuità nella cura del paziente, con un inevitabile incremento nel suo carico di lavoro. **Vi è, pertanto, la necessità per il MMG di dotarsi di strumenti professionali realizzati ad hoc, di facile utilizzo e in grado di identificare e gestire la presa in carico dei pazienti con multicronicità.** Inoltre, a seguito dell’incremento della spesa sanitaria, si è fatta sempre più pressante la necessità di strumenti di monitoraggio dell’appropriatezza clinica. **In tale contesto, HS/IQVIA Health LPD consente di tracciare i percorsi assistenziali dei MMG, attraverso la raccolta sistematica delle informazioni cliniche, nonché può**

essere impiegato per lo sviluppo di indicatori di performance assistenziale.

Lo strumento Health Search

Venendo incontro a questi bisogni, la SIMG ha opportunamente favorito la diffusione dell’uso di una cartella informatica per la gestione dei pazienti e, a partire dal 1998, **ha avviato il proprio centro di ricerca denominato Health Search, con l’obiettivo di creare e gestire un database, denominato “HS-IQVIA Health LPD”, utile alla raccolta di tutte le informazioni derivanti dalla pratica clinica quotidiana di un network di MMG volontari, distribuiti su tutto il territorio nazionale.** L’obiettivo di strumenti come HS-IQVIA Health LPD è proprio quello di generare evidenze real-world in grado di descrivere lo stato di salute della popolazione e di indagare la potenziale associazione tra esiti non fatali delle malattie e i determinanti di salute.

Costi sanitari nella gestione della cronicità

Come evidenziato precedentemente, la gestione delle malattie croniche assorbe ormai circa l’80% dei costi sanitari. **Numerosi studi hanno messo in luce una certa eterogeneità nei costi connessi alle cure primarie tra i vari MMG, derivante da diversi fattori quali età e genere degli assistiti, ma soprattutto dalle comorbidità presenti. A tal proposito, una corretta valutazione dei costi necessita di modelli di aggiustamento, denominati case-mix, che tengano conto di questi fattori e delle loro interconnessioni.**

Strumenti di misurazione del case-mix per le cure primarie in Italia sono già in uso nel Veneto e in Lombardia. Tali strumenti hanno però dei limiti, il principale dei quali risiede nel fatto che si basano sull’analisi dei database amministrativi (Schede di Dimissione Ospedaliera, Prestazioni specialistiche e ambulatoriali e Farmaceutica territoriale). Tali database non consentono una valutazione della completa storia clinica del paziente e difficilmente permettono di valutare l’efficacia dei trattamenti erogati. **Per tali**

ragioni, la SIMG in collaborazione con i ricercatori Health Search ha messo a punto e validato un modello, definito Health Search Morbidity Index (HSM-Index), completamente basato sui dati della Medicina Generale raccolti nel database HS/IQVIA Health LPD e che si è dimostrato in grado di spiegare la variabilità nell’assorbimento di risorse sanitarie.

Il contributo “Impatto epidemiologico delle cronicità in Medicina Generale”

All’interno del XVIII Rapporto Osservasalute (2020), la SIMG ha curato il capitolo “Impatto epidemiologico delle cronicità in Medicina Generale” dedicato al noto problema della cronicità nella Medicina Generale italiana.

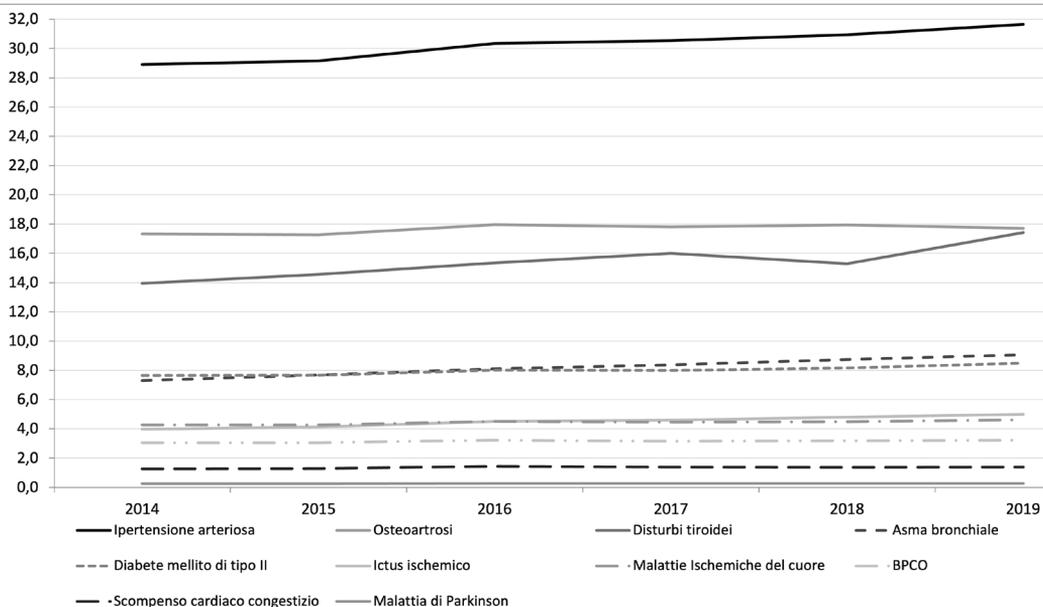
All’interno del capitolo vengono riportate e commentate le stime di prevalenza relative alle principali patologie croniche a elevato impatto sociale, in particolare: ipertensione arteriosa; ictus ischemico; malattie ischemiche del cuore; scompenso cardiaco congestizio; diabete mellito tipo 2; Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO); asma bronchiale; osteoartrite; disturbi tiroidei, con l’eccezione dei tumori tiroidei; malattia di Parkinson.

Inoltre, è stata posta particolare attenzione al tema della multicronicità e al relativo assorbimento di prestazioni sanitarie all’interno della Medicina Generale del network Health Search. Infine, sono stati valutati e quantificati i costi sanitari, grezzi e ad aggiustati tramite HSM-Index, relativi alla gestione delle cronicità nella Medicina Generale.

Relativamente alla prevalenza di cronicità, **nel 2019 l’ipertensione è risultata la patologia più frequente (31,7%), alla quale faceva seguito l’osteoartrite (17,7%) ed i disturbi tiroidei (17,4%). Tutte le patologie prese in esame hanno mostrato un trend in crescita nelle stime di prevalenza dal 2014 al 2019, ad eccezione della malattia**

Figura 1 - Prevalenza (valori per 100) lifetime delle principali patologie croniche tra gli assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search - Anni 2014-2019

Fonte dei dati: HS/IQVIA Health LPD. Anno 2020.



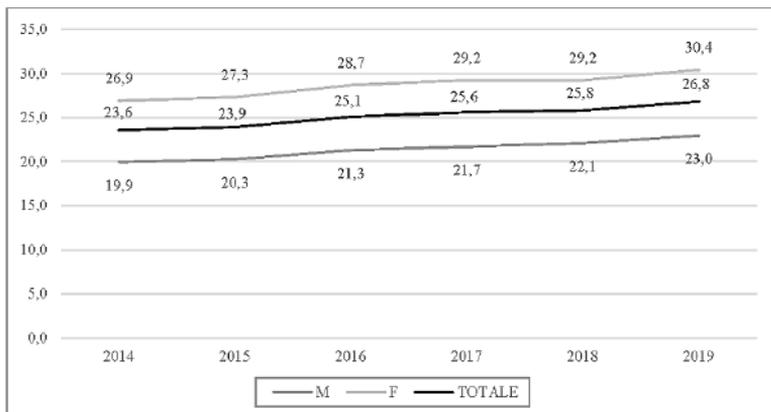
di Parkinson caratterizzata da un trend costante (**Figura 1**).

Per quanto concerne l'epidemiologia delle multi-cronicità, definita dalla presenza di almeno due delle patologie croniche considerate, la stima di prevalenza è risultata in crescita dal 2014 (23,6%) al 2019 (26,8%), con una

frequenza maggiore nel genere femminile (30,4%) rispetto a quello maschile (23,0%) (**Figura 2**). La combinazione di due patologie croniche più frequente, nel 2019, tra i pazienti in carico ai MMG del network HS è stata ipertensione e osteoartriosi (25,6%), seguita da ipertensione e disturbi tiroidei

(17,4%) e da ipertensione e diabete mellito tipo 2 (11,2%). Nel cluster di pazienti con tre patologie concomitanti la combinazione più frequente è stata ipertensione, osteoartriosi e disturbi tiroidei (20,5%), a cui si aggiunge il diabete nei soggetti con quattro patologie (12,4%) (**Tabella 1**).

Figura 2 - Prevalenza (valori per 100) di pazienti con multicronicità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per genere. Anni 2014-2019



Fonte dei dati: HS/IQVIA Health LPD. Anno 2020.

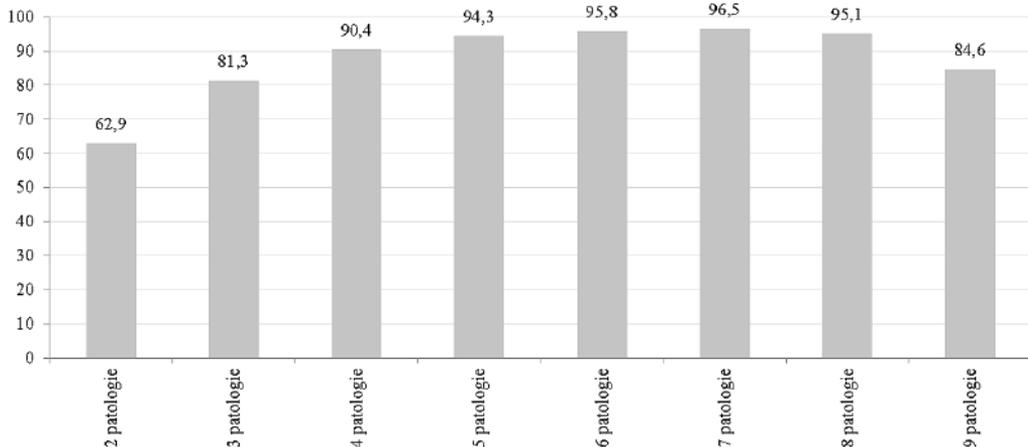
Tabella 1 - Frequenza (valori assoluti e valori per 100) di multicronicità tra i pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per combinazione di patologie concomitanti - Anno 2019

Combinazioni di patologie concomitanti	N	%
2 patologie		
Ipertensione – osteoartrite	36.664	25,6
Ipertensione – tiroide	24.886	17,4
Ipertensione – diabete	16.127	11,2
Osteoartrite – tiroide	11.265	7,9
Ipertensione – asma	8.695	6,1
Altre combinazioni	45.789	31,9
3 patologie		
Ipertensione – osteoartrite – tiroide	15.772	20,5
Ipertensione – osteoartrite – diabete	9.310	12,1
Ipertensione – osteoartrite – ictus	5.128	6,7
Ipertensione – tiroide – diabete	4.621	6,0
Ipertensione – osteoartrite – asma	4.275	5,6
Altre combinazioni	15.772	20,5
4 patologie		
Ipertensione – osteoartrite – tiroide – diabete	4.072	12,4
Ipertensione – osteoartrite – tiroide – ictus	2.684	8,2
Ipertensione – osteoartrite – tiroide – asma	2.556	7,8
Ipertensione – osteoartrite – diabete – ictus	1.981	6,0
Ipertensione – osteoartrite – diabete – ischemiche	1.815	5,5
Altre combinazioni	19.665	60,0
5 patologie		
Ipertensione – osteoartrite – diabete – tiroide – ictus	1.016	8,9
Ipertensione – osteoartrite – diabete – tiroide – ischemiche	745	6,5
Ipertensione – osteoartrite – diabete – tiroide – asma	722	6,3
Ipertensione – osteoartrite – diabete – ictus – ischemiche	594	5,2
Ipertensione – osteoartrite – diabete – tiroide – BPCO	472	4,1
Altre combinazioni	7.859	68,9
6 patologie		
Ipertensione – osteoartrite – diabete – tiroide – ischemiche – ictus	293	9,3
Ipertensione – osteoartrite – diabete – tiroide – ischemiche – BPCO	158	5,0
Ipertensione – osteoartrite – diabete – tiroide – ictus – asma	146	4,6
Ipertensione – osteoartrite – diabete – tiroide – ictus – BPCO	143	4,6
Ipertensione – osteoartrite – diabete – tiroide – BPCO – asma	139	4,4
Altre combinazioni	2.263	72,0
7 patologie		
Ipertensione – osteoartrite – diabete – tiroide – ischemiche – ictus – scompenso	67	9,3
Ipertensione – osteoartrite – diabete – tiroide – ischemiche – BPCO – ictus	62	8,6
Ipertensione – osteoartrite – diabete – tiroide – ischemiche – BPCO – asma	59	8,2
Ipertensione – osteoartrite – diabete – tiroide – ischemiche – ictus – asma	50	6,9
Ipertensione – osteoartrite – diabete – tiroide – ischemiche – BPCO – scompenso	48	6,6
Altre combinazioni	437	60,4
8 patologie		
Ipertensione – osteoartrite – diabete – BPCO – tiroide – ischemiche – ictus – asma	23	22,5
Ipertensione – osteoartrite – diabete – BPCO – tiroide – ischemiche – ictus – scompenso	19	18,6
Ipertensione – osteoartrite – diabete – BPCO – tiroide – ischemiche – scompenso – asma	17	16,7
Ipertensione – osteoartrite – diabete – BPCO – tiroide – ictus – scompenso – asma	9	8,8
Ipertensione – osteoartrite – diabete – BPCO – ischemiche – ictus – scompenso – asma	8	7,8
Altre combinazioni	26	25,5
9 patologie		
Ipertensione – diabete – osteoartrite – ictus – scompenso – asma – ischemiche – BPCO – tiroide	12	92,3
Ipertensione – diabete – osteoartrite – ictus – scompenso – ischemiche – BPCO – tiroide – Parkinson	1	7,7

Fonte dei dati: HS/QVIA Health LPD. Anno 2020.

Figura 3 - Proporzione (valori per 100) di pazienti in politerapia tra i pazienti con multicronicità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per numero di patologie concomitanti – Anno 2019

Fonte dei dati: HS/IQVIA Health LPD. Anno 2020.



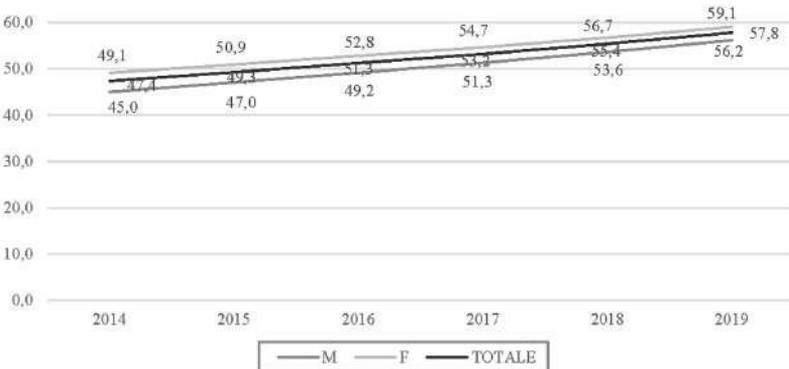
Per quanto riguarda il fenomeno della politerapia, analizzando la proporzione di pazienti presenti nel database in politerapia farmacologica in funzione del numero di patologie croniche concomitanti, si nota come questa aumenti all'aumentare del numero di comorbidità. **Difatti, si passa dal 62,9% di pazienti in politerapia**

tra quelli con due patologie, fino al 96,5% tra quelli con sette patologie croniche (Figura 3). Come indicato in precedenza, è ormai ben noto come la presenza di multicronicità si associ ad un aumento nell'assorbimento di risorse e nel carico di lavoro dei MMG. **In tal senso, i pazienti con multicronicità, nel 2019, hanno generato il 57,8%**

dei contatti con il MMG (Figura 4), con stime più elevate nelle Regioni del Sud Italia (Figura 5).

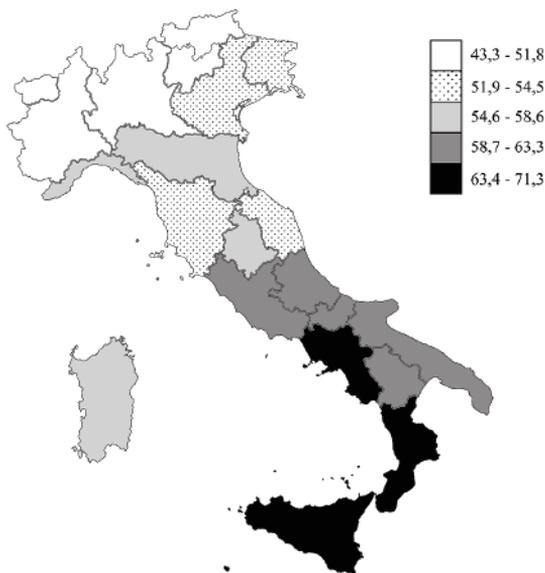
I costi associati alle patologie croniche presenti nel capitolo, sono stati riportati come costo medio-annuo "grezzo", cioè derivante dalla somma di tutti i costi sostenuti dal SSN, e come valore "aggiustato" mediante l'HSM-Index;

Figura 4 - Proporzione (valori per 100) di contatti con il Medico di Medicina Generale dei pazienti con multicronicità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per genere Anni 2014-2019



Fonte dei dati: HS/IQVIA Health LPD. Anno 2020.

Figura 5 - Proporzione (valori per 100) di contatti con il medico di medicina Generale dei pazienti con multicronicità assistiti dai medici di medicina Generale aderenti al network Health Search per regione. Anno 2019



Fonte dei dati: HS/IQVIA Health LPD. Anno 2020.

quest'ultimo stimato sia per l'intera popolazione italiana assistita dai MMG del network Health Search che per quella delle singole Regioni.

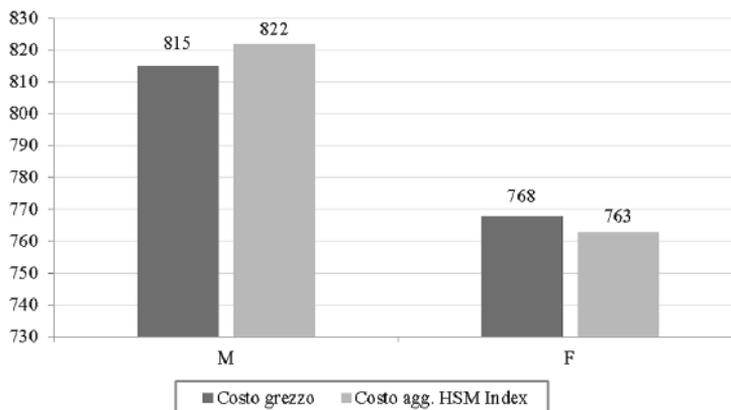
Quello che emergeva mediante l'analisi del database è che, al 2019, il costo medio annuo grezzo della

popolazione affetta da almeno una patologia cronica tra quelle in esame risultava pari a 789€. Stratificando per genere, i pazienti uomini affetti da almeno una patologia cronica hanno generato un costo medio annuo superiore a quello delle donne, sia in

termini di valore grezzo (M: 815€ vs F: 768€), sia aggiustato per l'HSM-Index (M: 822€ vs F: 763€) (Figura 6).

Considerando il numero delle patologie croniche emergeva un chiaro aumento dei costi in relazione al numero di cronicità.

Figura 6 - Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search con almeno una patologia cronica per genere - Anno 2019



Fonte dei dati: HS/IQVIA Health LPD. Anno 2020.

Figura 7 - Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per numero di patologie croniche - Anno 2019

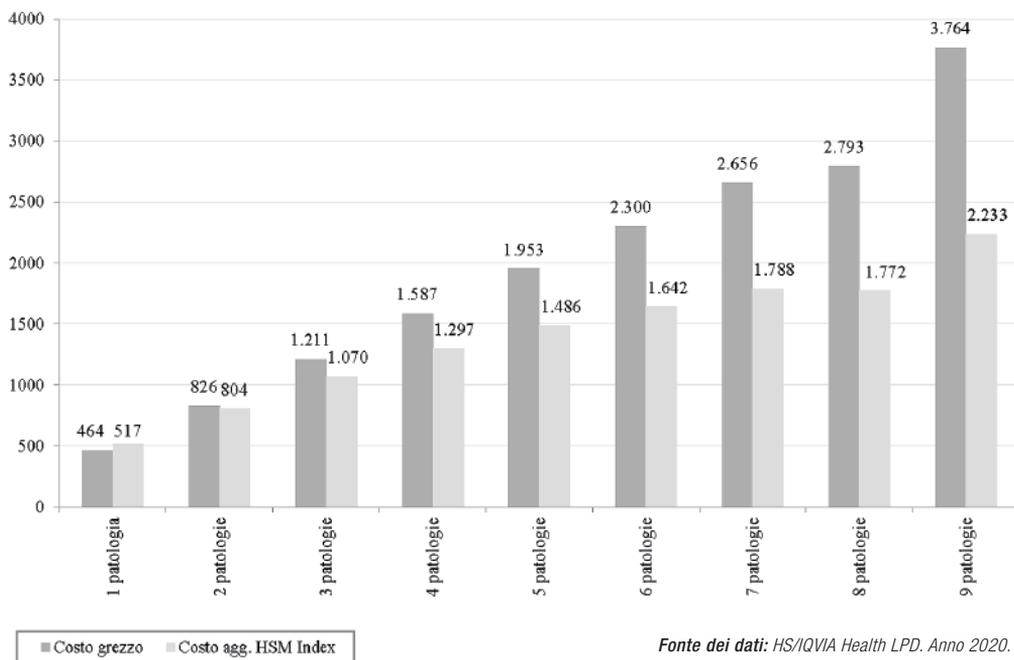
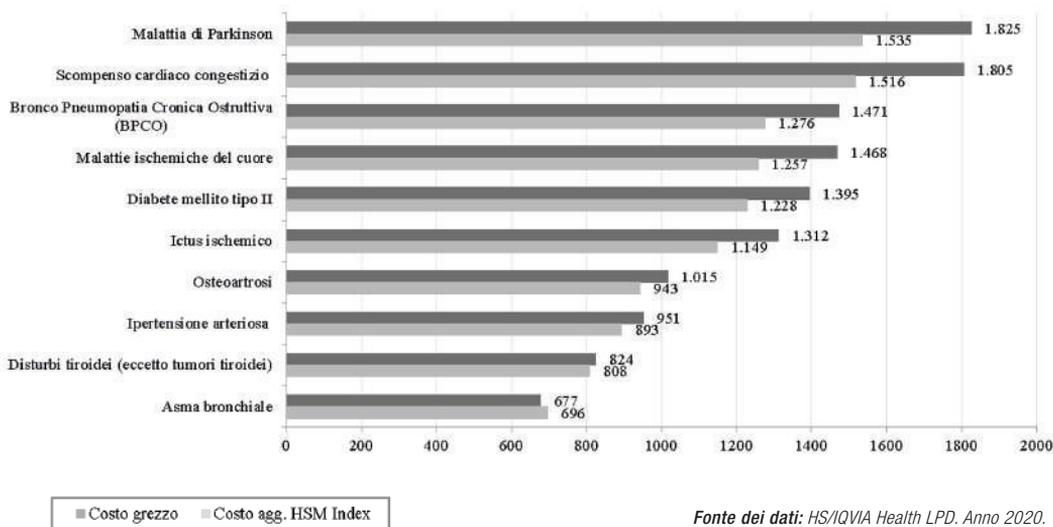


Figura 8 - Costo medio annuo (valori in €) grezzo e aggiustato con l'Health Search Morbidity Index dei pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per singola patologia cronica – Anno 2019



Tuttavia, tali costi si riducevano molto in seguito ad aggiustamento per HSM-Index (da 826€ a 804€ per i pazienti con 2 patologie croniche e da 3.764€ a 2.233€ per i pazienti con 9 patologie croniche concomitanti) (Figura 7).

Infine, sono stati stimati i costi (grezzi ed aggiustati per l'HSM-Index) associati ai pazienti affetti dalle specifiche patologie considerate nel Rapporto. Da tale analisi è stato possibile osservare come i pazienti con scompenso cardiaco generassero il costo medio annuo più elevato (valore aggiustato per l'HSM-Index: 1.116 €), seguiti da quelli con malattie ischemiche del cuore (1.014 €), con BPCO (992 €) e con diabete mellito tipo 2 (969 €) (Figura 8). Infine, nel Rapporto sono riportate anche differenze nei costi relativi a ogni singola patologia cronica tra le varie Regioni italiane.

Conclusioni

Il contributo della SIMG mediante i dati raccolti nel database HS/IQVIA Health LPD ha permesso di fotografare in modo accurato quello che è l'impatto epidemiologico delle principali patologie croniche a elevato impatto sociale, nonché di analizzare fenomeni complessi come la multicronicità e l'assorbimento di risorse, mediante un approccio Real-World.

Considerando l'attuale pandemia da SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2), il seguente Rapporto rimarca l'importanza di un'Assistenza Territoriale forte e ben strutturata. Difatti, orma da anni il Rapporto Osservasalute rilancia l'approccio basato sulla Primary Health Care, in quale si fonda sulla presa in carico di una determinata comunità a livello territoriale attraverso un'azione multisettoriale che affronti i determinanti di salute, sullo sviluppo individuale e comunitario e sull'assistenza all'individuo durante tutto il percorso

di vita.

Difatti, numerose testimonianze supportano positivamente come i Sistemi Sanitari costruiti attorno alle cure primarie si caratterizzano da risultati clinici migliori, da una migliore efficienza e qualità dell'assistenza; tutti elementi che migliorano inevitabilmente la salute e la qualità di vita dei cittadini. Come messo ben in evidenza nel Rapporto Osservasalute, la scelta di questo tipo di impostazione risulta uno strumento essenziale per affrontare il cambiamento epidemiologico al quale stiamo assistendo nel corso degli ultimi decenni.

Epidemiologia e profili prescrittivi in Medicina Generale. Il contributo di Health Search al Rapporto OsMed 2020 sull'uso dei farmaci in Italia.

Claudio Cricelli¹, **Alessandro Rossi**², **Pierangelo Lora Aprile**³, **Gerardo Medea**⁴, **Ignazio Grattagliano**⁵, **Raffaella Michieli**⁵, **Francesco Paolo Lombardo**⁵, **Damiano Parretti**⁶, **Francesco Lapi**⁷, **Ettore Marconi**⁷ e **Iacopo Cricelli**⁷

¹ Presidente, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

² Responsabile ufficio di Presidenza, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

³ Segretario Scientifico, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

⁴ Responsabile Nazionale Ricerca, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

⁵ Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

⁶ Responsabile Nazionale della Scuola di Alta Formazione, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

⁷ Health Search, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

Sito web: <https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1542390/Rapporto-OsMed-2020.pdf>

Il rapporto OsMed 2020

Il Rapporto Nazionale sull'Uso dei Farmaci in Italia, realizzato dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) dell'AIFA, dal 2001, fornisce una descrizione dell'assistenza farmaceutica nel nostro Paese, costituendo, di fatto, un importante strumento di confronto e di valutazione delle attuali politiche del farmaco nonché degli eventuali interventi futuri.

Il Rapporto, giunto ormai alla ventunesima edizione, fornisce una descrizione sempre più esaustiva e critica del quadro nazionale dell'assistenza farmaceutica, erogata sia in ambito territoriale che ospedaliero, a carico del Servizio Sanitario Nazionale e dei cittadini tramite l'acquisto privato.

Lo scorso luglio è stata presentata l'ultima edizione del Rapporto, contenente i dati relativi all'anno 2020. Il Rapporto, come ogni anno, fornisce un'analisi dei dati

di consumo e di spesa dei medicinali in Italia, corredato da approfondimenti sul consumo dei farmaci per età e genere, sulle classi terapeutiche a maggiore prescrizione e con analisi specifiche sull'andamento regionale, nazionale e internazionale.

Una della novità che caratterizza quest'ultimo Rapporto riguarda il coinvolgimento di esperti nelle principali aree terapeutiche, chiamati a fornire una lettura critica dei dati alla luce delle migliori evidenze disponibili così da suggerire spunti di riflessione per usi ottimali nonché per nuovi approfondimenti ed analisi.

L'assistenza farmaceutica costituisce una delle parti più rilevanti dell'assistenza sanitaria, sia nei sistemi universalistici come il nostro, sia nei sistemi misti; a tal proposito sono stati forniti maggiori dati di contesto che permettono la lettura integrata della farmaceutica con altri dati sanitari anche di altri Paesi europei.

Anche quest'anno, la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure primarie (SIMG), ha messo a

disposizione i dati presenti in Health Search/IQVIA Health Longitudinal Patient Database (HS/IQVIA Health LPD) contribuendo, con un ruolo sempre più centrale, alla realizzazione del Rapporto. Difatti, l'utilizzo dei dati della Medicina Generale ha consentito di affiancare ad un rapporto quantitativo, una valutazione sulle condizioni di salute e di malattia degli italiani e fornire un denominatore e un riferimento ai numeri presenti nel Rapporto. Proprio in tal senso, un'importante novità ha riguardato la struttura stessa del Rapporto e, conseguentemente del contributo a cura di SIMG. Difatti, a differenza dei precedenti Rapporti OsMed nei quali il contributo di Health Search era riservato ad un capitolo a sé stante, quest'ultima edizione ha visto l'annessione degli indicatori relativi alla Medicina Generale alle sezioni precedentemente riservate ai soli dati estrapolati dai flussi OsMed. In particolare, tutte le informazioni relative a ogni categoria terapeutica sono state riunite per migliorarne la rappresentazione completa e la lettura. Ogni categoria

si caratterizza da un inquadramento epidemiologico, l'andamento dei consumi e della spesa, l'analisi della variabilità regionale; in alcuni casi sono anche descritti indicatori di esposizione, aderenza e persistenza al trattamento farmacologico nella popolazione. Infine, per numerose categorie terapeutiche prese in considerazione nel Rapporto, sono stati analizzati i profili prescrittivi ed epidemiologici in Medicina Generale, mediati i dati raccolti in HS/IQVIA Health LPD e messi a disposizione da SIMG.

Oltre alle prevalenze di patologia, sono state calcolate anche le stime di incidenza, nonché le variazioni percentuali rispetto ai valori dell'anno precedente (2019), così da mettere in luce eventuali variazioni implicate all'attuale pandemia.

Difatti, le informazioni presenti in HS/IQVIA Health LPD consentono di fotografare lo stato di salute della popolazione, e relative variazioni, nonché di sviluppare indicatori atti a quantificare e caratterizzare i profili prescrittivi dei farmaci, intesi come "elementi specifici e misurabili della pratica clinica, sviluppati sulla base di solide evidenze scientifiche e utilizzati come unità di misurazione della qualità dell'assistenza".

Partendo quindi da un solido dato epidemiologico, derivante

dai dati "real-world", è stato possibile identificare la prevalenza e l'incidenza di alcune patologie croniche, nonché il relativo trend rispetto all'anno precedente (2019), così come mettere in evidenza l'appropriatezza prescrittiva in funzione delle caratteristiche cliniche dei pazienti. In particolare, le stime di prevalenza hanno costituito il denominatore per il calcolo della prevalenza d'uso dei farmaci, per i quali sono stati sviluppati specifici indicatori così da mettere in luce eventuali evidenze di appropriatezza o inappropriata prescrittiva, e fornendo, quindi, un tracciato sul comportamento dei Medici di Medicina Generale nel trattamento delle più frequenti patologie croniche. **La scelta degli indicatori si è basata sulla presenza di una solida evidenza scientifica in merito ai dati, l'evidenza di un alto livello basale di inappropriata prescrittiva, un consenso di massima manifestato dai medici prescrittori e l'applicabilità in diversi contesti nazionali e internazionali.**

In base alla nuova struttura del Rapporto OsMed, ogni problema clinico-epidemiologico preso in esame è stato caratterizzato da una breve descrizione dell'importanza clinica, nonché della letteratura di riferimento, seguita dalla delucidazione della metodologia utilizzata per lo sviluppo dell'indicatore.

Entrando nel merito del contributo curato da SIMG, la valutazione dei profili prescrittivi e dell'appropriatezza d'impiego ha riguardato le principali categorie di farmaci prescritte per le patologie croniche maggiormente in carico alla Medicina Generale. **In particolare, sono state selezionate i farmaci per la prevenzione del rischio cardiovascolare (es. antipertensivi e ipolipemizzanti), i farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, i farmaci antiacidi/antisecretori/gastroprotettori, antidepressivi farmaci sedativo – ipnotici e ansiolitici, i farmaci per il trattamento dell'osteoporosi, antitrombotici, corticosteroidi e FANS/Coxib.**

Ogni categoria terapeutica ha visto inizialmente stimata la prevalenza e l'incidenza di malattia nel 2020, nonché la relativa variazione percentuale (delta %) rispetto all'anno precedente (2019); questo allo scopo di valutare eventuali variazioni imputate alla pandemia. Ogni stima di frequenza è stata stratificata per età, sesso e area geografica. Ponendo l'attenzione anche al fenomeno della multi cronicità, **molte delle stime di prevalenza e incidenza di patologia sono state calcolate stratificando l'analisi in base alla presenza o meno di patologie concomitanti, nonché in base alla tipologia di patologia**





(es. prevalenza di ipertensione e scompenso cardiaco). Inoltre, sono stati realizzati indicatori *ad hoc*, con l'obiettivo di valutare la distribuzione dei pazienti affetti da una data patologia, in funzione di specifiche caratteristiche clinico-patologiche (es. pressione arteriosa, abitudine al fumo o valori di colesterolo).

Allo scopo di valutare i profili prescrittivi sono state calcolate le prevalenze d'uso e relativa variazione rispetto al 2019, delle categorie farmacologiche considerate nel Rapporto.

Queste sono state calcolate stratificando l'analisi non solamente in base all'area geografica, sesso ed età dei pazienti, ma anche in base alla presenza o meno di patologie concomitanti. Tutto ciò allo scopo di fornire un quadro il più dettagliato possibile delle abitudini prescrittive in Medicina Generale, nonché cercando

di mettere in luce elementi virtuosi o di criticità, anche attraverso un confronto rispetto ai criteri di rimborsabilità associati ai farmaci in studio.

In linea con tutto ciò, per molte delle categorie terapeutiche considerate nel Rapporto, sono stati realizzati specifici indicatori allo scopo di valutarne i pattern prescrittivi in specifici contesti di popolazione di malattia noti per la loro criticità in termini di appropriatezza. Per citarne alcuni, è stata analizzata e stimata la quota di soggetti in trattamento con statine in prevenzione primaria tra la popolazione con età ≥ 80 anni.

Come indicato in precedenza, il contributo di SIMG al Rapporto OsMed 2020 non si è limitato a mettere in luce le sole scelte prescrittive del medico, **ma ha cercato, di analizzare le modalità di utilizzazione del farmaco in termini di aderenza terapeutica. Difatti, una mancata**

o una scarsa aderenza, oltre ad esporre il paziente a possibili effetti collaterali e non garantire un controllo adeguato della patologia o della sintomatologia ad essa associata, è in grado di incidere fortemente sui costi sanitari a cause di un aumento delle ospedalizzazioni nel numero dei farmaci prescritti in seguito a peggioramenti o complicanze.

In tal senso, per ogni categoria terapeutica utilizzata negli specifici contesti patologici selezionati, è stata stimata la quota di pazienti aderenti, calcolata considerando la percentuale di pazienti con almeno l'80% dei giorni coperti dal trattamento.

Questa è stata valutata non solo in generale, ma anche stratificandola sulla base di specifiche caratteristiche cliniche dei pazienti, così da fornire una completa visione e comprensione del fenomeno.

Per citare un esempio, è stata

valutata la percentuale di pazienti aderenti al trattamento con farmaci ipolipemizzanti tra i pazienti affetti da dislipidemia. Considerando il fenomeno della multi cronicità, la proporzione di pazienti aderenti è stata valutata anche in base al numero di patologie concomitanti. Difatti, in presenza di più patologie croniche, il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) è cruciale nell'evitare di perdere la continuità di cura che è minata dalla tendenza dei pazienti con multi cronicità a riferirsi a diversi specialisti. Tale analisi è stata ulteriormente stratificata, oltre che per sesso e per età, anche per area geografica. Inoltre, la percentuale di pazienti aderenti è stata stimata stratificando l'analisi in base alla classe terapeutica, allo scopo, quindi, di fornire una visione dettagliata e mettere in luce eventuali elementi di criticità o di eterogeneità nel trattamento con ipolipemizzanti. Infine, la percentuale di aderenti è stata calcolata stratificando l'analisi in base al livello di rischio cardiovascolare, come da Nota 13, nonché in base all'uso in prevenzione primaria o secondaria.

Un ulteriore esempio riguarda la valutazione dei livelli di aderenza al trattamento con ACE-inibitori, Sartani, Beta-bloccanti, Antiaggreganti piastrinici e Farmaci ipolipemizzanti tra i pazienti con Sindrome Coronarica Acuta. In tal senso, numerosi studi mettono ad oggi in evidenza come le misure farmacologiche per la prevenzione cardiovascolare risultino sostanzialmente ben implementate, sia nella fase iniziale che in quella successiva all'evento, fenomeno che sembrerebbe essere connesso con il miglioramento nella mortalità legata a SCA intraospedaliera o successiva a dimissione. Tuttavia, la gestione farmacologica di tali pazienti sembra essere associata ad una progressiva riduzione in termini di aderenza terapeutica, nonché alla completa interruzione del trattamento in certi casi. Questo espone il paziente ad un elevato rischio di ulteriori eventi coronarici acuti o di

morte, e, più generalmente, può incidere fortemente sia sulla salute e sulla qualità di vita del paziente, che sui costi sanitari legati all'aumento delle ospedalizzazioni.

Il contributo di Health Search mediante i dati della Medicina Generale, fornisce un quadro utile alla comprensione dei fenomeni prescrittivi affiancandosi ai dati quantitativi presenti nel Rapporto, e, di conseguenza, rappresenta uno strumento interpretativo ai dati di spesa farmaceutica derivante.

Per far ciò è necessario attingere a fonti dati che informino sullo stato di salute degli italiani, che riescano a inquadrare le loro problematiche e le loro malattie, nonché siano in grado di valutare come queste stiano evolvendo. In tale contesto, come dimostrato dal contributo di SIMG al Rapporto OsMed 2020, i sistemi informatici di gestione delle cartelle cliniche, se adeguatamente interrogati, costituiscono una preziosa fonte di informazioni. Infatti, essi possono fornire risposte ai nuovi bisogni professionali e alle richieste degli amministratori chiamati a progettare i nuovi modelli di governance, con l'obiettivo di garantire la migliore assistenza possibile al paziente e, al contempo, garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Appropriatezza prescrittiva in Medicina Generale: il contributo di Health Search al Rapporto OsMed 2019 sull'uso dei farmaci in Italia.

A cura del **Presidente Nazionale SIMG Claudio Cricelli** e dei ricercatori di **Health Search**

Sito web: <https://www.aifa.gov.it/rapporti-osmed>

Il Rapporto OsMed 2019

Il Rapporto Nazionale sull'Uso dei Farmaci in Italia, realizzato dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) dell'AIFA, dal 2001, fornisce una descrizione dell'assistenza farmaceutica nel nostro Paese, costituendo, di fatto, un importante strumento di confronto e di valutazione delle attuali politiche del farmaco nonché degli eventuali interventi futuri. Difatti, il Rapporto OsMed non si limita a valutare solo la dinamica temporale del consumo dei farmaci, ma consente anche di analizzare i pattern prescrittivi, intercettare i cambiamenti di salute della popolazione e dell'assistenza farmaceutica, mediando iniziative informative e formative basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili.

Lo scorso agosto è stata presentata l'ultima edizione del Rapporto, arrivato ormai alla ventesima, contenente i dati relativi all'anno 2019. Il Rapporto, come ogni anno, fornisce un'analisi dei dati di consumo e di spesa dei medicinali in Italia, corredato da approfondimenti sul consumo dei farmaci per età e genere, sulle classi terapeutiche a maggiore prescrizione e con analisi specifiche sull'andamento regionale, nazionale e internazionale.

L'edizione di quest'anno si è inoltre arricchita di numerose novità rispetto alle precedenti, come l'inserimento di analisi specifiche sulla dinamica temporale dei prezzi e il confronto internazionale sulla spesa farmaceutica, sui prezzi e sul ricorso ai farmaci equivalenti. Difatti, per la prima volta sono state introdotte analisi sugli andamenti temporali dei

costi per alcune specifiche categorie terapeutiche, così da poter valutare nel tempo quanto sostiene per il trattamento farmacologico di una determinata patologia il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il Rapporto si è inoltre arricchito di nuovi approfondimenti sulla Distribuzione in nome e per conto e sulla Distribuzione Diretta, nonché sulla fascia C. In particolare, sono state considerate diverse categorie di farmaci, inclusi quelli acquistati dalle strutture pubbliche del SSN, la categoria dei farmaci inclusi nella fascia C-non negoziata, oltre a quelli acquistati direttamente dai cittadini. Infine, è stata ampliata la sezione dedicata alla valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, introducendo confronti a livello regionale e inserendo nuove categorie di farmaci.

In tale contesto, dopo un'assenza risalente all'edizione del 2015, la SIMG ha nuovamente preso parte alla realizzazione del Rapporto, analizzando, attraverso i dati presenti sul database Health Search, l'appropriatezza prescrittiva nella Medicina Generale. Grazie al contributo di SIMG il Rapporto si è arricchito di una valutazione sulla prevalenza di alcune delle più importanti patologie croniche in Italia, nonché di un'analisi sull'appropriatezza prescrittiva in funzione delle caratteristiche cliniche dei pazienti. L'utilizzo dei dati della Medicina Generale ha consentito di affiancare ad un rapporto quantitativo, una valutazione sulle condizioni di salute e di malattia degli italiani e fornire un denominatore e un riferimento ai numeri presenti nel Rapporto.

Il contributo di Health Search al Rapporto OsMed 2019

All'interno del Rapporto OsMed 2019, SIMG ha curato e realizzato una sezione dedicata alla valutazione dell'appropriatezza prescrittiva nella Medicina Generale mettendo difatti a disposizione dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali diverse analisi derivanti dai dati raccolti attraverso Health Search. Le informazioni presenti in Health Search, adeguatamente analizzate, consentono di fotografare lo stato di salute della popolazione e di sviluppare indicatori di appropriatezza d'uso dei farmaci, intesi come "elementi specifici e misurabili della pratica clinica, sviluppati sulla base di solide evidenze scientifiche e utilizzati come unità di misurazione della qualità dell'assistenza".

Partendo quindi da un solido dato epidemiologico, derivante dai dati "real-world", è stato possibile identificare la prevalenza di alcune patologie croniche, nonché mettere in evidenza l'appropriatezza prescrittiva in funzione delle caratteristiche cliniche dei pazienti. In particolare, le stime di prevalenza hanno costituito il denominatore per il calcolo della prevalenza d'uso dei farmaci, per i quali sono stati sviluppati specifici indicatori così da mettere in luce eventuali evidenze di appropriatezza o inappropriatezza prescrittiva, e fornendo, quindi, un tracciato sul comportamento dei Medici di Medicina Generale (MMG) nel trattamento delle più frequenti patologie croniche. La scelta degli indicatori si è basata sulla presenza di una solida evidenza scientifica in merito ai dati, l'evidenza di un alto livello basale di inappropriatezza, un consenso

di massima manifestato dai medici prescrittori e l'applicabilità in diversi contesti nazionali e internazionali.

Il set di indicatori riportati nel Rapporto è stato organizzato in base al problema clinico-epidemiologico, esplicitando al suo interno le categorie farmacologiche e terapeutiche considerate. Ogni problema clinico-epidemiologico preso in esame è stato caratterizzato da una breve descrizione dell'importanza clinica, nonché della letteratura di riferimento, seguita dalla delucidazione della metodologia utilizzata per lo sviluppo dell'indicatore.

Entrando nel merito del contributo curato da SIMG, la valutazione dei profili prescrittivi e dell'appropriatezza d'impiego ha riguardato le principali categorie di farmaci prescritte nella Medicina Generale. **In particolare, sono state selezionati i farmaci per la prevenzione del rischio cardiovascolare (es. antipertensivi e ipolipemizzanti), i farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, i farmaci antiacidi/antisecretori/gastroprotettori, antidepressivi, farmaci sedativo – ipnotici e ansiolitici, i farmaci per il trattamento dell'osteoporosi, antitrombotici, corticosteroidi e FANS/Coxib.** Per ogni classe farmacologica è stata inizialmente stimata la prevalenza relativa alla patologia oggetto del trattamento farmacologico, stratificando l'analisi per età, sesso e area geografica. Ponendo l'attenzione anche al fenomeno della multicronicità, **molte delle stime di prevalenza di patologia sono state calcolate stratificando l'analisi in base alla presenza o meno di comorbidità, nonché in base al tipo di patologia (es. prevalenza di ipertensione e scompenso cardiaco).** Inoltre, sono stati realizzati indicatori ad hoc, con l'obiettivo di valutare la distribuzione dei pazienti affetti da una data patologia, in funzione di specifiche caratteristiche clinico-patologiche (es. pressione arteriosa, abitudine al fumo o valori di colesterolo).

Allo scopo di valutare i profili prescrittivi sono state calcolate le prevalenze d'uso delle categorie farmacologiche considerate nel Rapporto.

Queste sono state calcolate stratificando l'analisi non solamente in base all'area geografica, sesso ed

età dei pazienti, ma anche in base alla presenza o meno di patologie concomitanti.

Tutto ciò allo scopo di fornire un quadro il più dettagliato possibile delle abitudini prescrittive in Medicina Generale e cercando di mettere in luce elementi virtuosi o di criticità, anche attraverso un confronto rispetto ai criteri di rimborsabilità associati ai farmaci in studio.

In linea con tutto ciò, per molte delle problematiche clinico-epidemiologiche considerate nel Rapporto, sono stati realizzati specifici indicatori, sulla base delle più solide e recenti evidenze scientifiche nonché in base ai criteri di rimborsabilità, allo scopo di valutare l'appropriatezza prescrittiva in contesti di popolazione o di malattia noti per la loro criticità in termini di appropriatezza. Per citarne alcuni, è stata analizzata e stimata la quota di soggetti in trattamento con statine in prevenzione primaria tra la popolazione con età ≥ 80 anni, così come la proporzione di pazienti che utilizzano antidepressivi triciclici tra la popolazione con età ≥ 65 anni.

Il contributo di SIMG al Rapporto OsMed 2019 non si è limitato alla sola valutazione delle scelte prescrittive del medico, **ma ha cercato, attraverso specifici indicatori, di analizzare le modalità di utilizzazione del farmaco in termini di aderenza terapeutica, così da fornire una valutazione completa dei profili di appropriatezza d'uso dei medicinali.** Difatti, una mancata o una scarsa aderenza, oltre ad esporre il paziente a possibili effetti collaterali e non garantire un controllo adeguato della patologia o della sintomatologia ad essa associata, è in grado di incidere fortemente sui costi sanitari a cause di un aumento delle ospedalizzazioni nel numero dei farmaci prescritti in seguito a peggioramenti o complicanze.

In tal senso, per ogni classe terapeutica selezionata è stata stimata la quota di pazienti aderenti, calcolata considerando il numero di soggetti con almeno l'80% dei giorni coperti dal trattamento.

Questa è stata valutata non solo in generale, ma anche stratificandola sulla base di specifiche caratteristiche cliniche dei pazienti, così da fornire una completa visione e comprensione del fenomeno.

Per citare un esempio, è stata valutata la percentuale di pazienti aderenti al trattamento con ipolipemizzanti tra i soggetti con dislipidemia. Considerando il fenomeno della multicronicità, la proporzione di pazienti aderenti è stata valutata anche in base al numero di patologie concomitanti. Difatti, in presenza di più patologie croniche, il ruolo del MMG è cruciale nell'evitare di perdere la continuità di cura che è minata dalla tendenza dei pazienti con multicronicità a riferirsi a diversi specialisti. Tale analisi è stata ulteriormente stratificata, oltre che per sesso e per età, anche per area geografica. Inoltre, la percentuale di pazienti aderenti è stata stimata stratificando l'analisi in base alla tipologia di molecola o classe farmacologica, allo scopo, quindi, di fornire una visione dettagliata e mettere in luce eventuali elementi di criticità o di eterogeneità nel trattamento con tali farmaci.

Infine, la percentuale di aderenti è stata calcolata stratificando l'analisi in base al livello di rischio cardiovascolare, come da Nota 13, nonché in base all'uso in prevenzione primaria o secondaria.

Tutto ciò fornisce un quadro utile alla comprensione dei fenomeni prescrittivi, affiancandosi ai dati quantitativi presenti nel Rapporto, e, di conseguenza, risulta uno strumento di interpretazione dei dati di spesa farmaceutica derivante.

Per far ciò è necessario attingere a fonti dati che informino sullo stato di salute degli italiani, che riescano a inquadrare le loro problematiche e le loro malattie, nonché siano in grado di valutare come stiano evolvendo le popolazioni e le cronicità. In tale contesto, come dimostrato dal contributo di SIMG al Rapporto OsMed 2019, i sistemi informatici di gestione delle cartelle cliniche, se adeguatamente interrogati, costituiscono una preziosa fonte di informazioni. Infatti, essi possono fornire risposte ai nuovi bisogni professionali e alle richieste degli amministratori chiamati a progettare i nuovi modelli di governance, con l'obiettivo di garantire la migliore assistenza possibile al paziente e, al contempo, garantire la sostenibilità del SSN.

1. **Autori:** Grattagliano I, Rossi A, Marconi E, Lapi F, Cricelli C.
Titolo: Determinants of HCV-related complications in Italian primary care patients.
Rivista: *Liver Int.* 2021 Jul 16. doi: 10.1111/liv.15017.
2. **Autori:** Lapi F, Marconi E, Pecchioli S, Lagolio E, Rossi A, Concia E, Cricelli C.
Titolo: Reduced effectiveness among β -lactam antibiotics: a population-based cohort study in primary care in Italy.
Rivista: *J Antimicrob Chemother.* 2021 Jul 15;76(8):2186-2194. doi: 10.1093/jac/dkab128.
3. **Autori:** Bettiol A, Marconi E, Vannacci A, Simonetti M, Magni A, Cricelli C, Lapi F.
Titolo: Effectiveness of ibuprofen plus paracetamol combination on persistence of acute musculoskeletal disorders in primary care patients.
Rivista: *Int J Clin Pharm.* 2021 Aug;43(4):1045-1054. doi: 10.1007/s11096-020-01215-w.
4. **Autori:** Grande G, Vetrano DL, Mazzoleni F, Lovato V, Pata M, Cricelli C, Lapi F
Titolo: Detection and Prediction of Incident Alzheimer Dementia over a 10-Year or Longer Medical History: A Population-Based Study in Primary Care.
Rivista: *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2020;49(4):384-389. doi: 10.1159/000509379.
5. **Autori:** Perera G, Rijnbeek PR, Alexander M, Ansell D, Avillach P, Duarte-Salles T, Gordon MF, Lapi F, Mayer MA, Pasqua A, Pedersen L, van Der Lei J, Visser PJ, Stewart R.
Titolo: Vascular and metabolic risk factor differences prior to dementia diagnosis: a multidatabase case-control study using European electronic health records.
Rivista: *BMJ Open.* 2020 Nov 14;10(11):e038753. doi: 10.1136/bmjopen-2020-038753.
6. **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.
7. **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.
8. **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
9. **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.
10. **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.
11. **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.
12. **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, Brussels 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.
13. **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.

14. **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.
15. **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.
16. **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.
17. **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.
18. **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.
19. **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.
20. **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;367:15367.
21. **Autori:** Sultana J, Fontana A, Giorgianni F, Tillati S, Cricelli C, Pasqua A, Paterno 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.
22. **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.
23. **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.
24. **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.
25. **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.
26. **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.

27. **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.
28. **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.
29. **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.
30. **Autori:** Trifirò G, Gini R, Barone-Adesi F, Beghi E, Cantarutti A, Capuano A, Carnovale C, Clavenna A, Dellagiovanna M, Ferrajolo C, Franchi M, Ingrassiotta 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.
31. **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.
32. **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.
33. **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.
34. **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.
35. **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.
36. **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.
37. **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.
38. **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.
39. **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.

40. **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.
41. **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.
42. **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.
43. **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.
44. **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
45. **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.
46. **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.
47. **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.
48. **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.
49. **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.
50. **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 Pharmacoevidemiol Drug Saf. 2016 Dec;25(12):1443-1450.
51. **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.

52. **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.
53. **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.
54. **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.
55. **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.
56. **Autori:** Battaggia 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.
57. **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.
58. **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.
59. **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.
60. **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.
61. **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.
62. **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.
63. **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.
64. **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.
65. **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.
66. **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.

66. **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.
67. **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.
68. **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.
69. **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.
70. **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.
71. **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.
72. **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.
73. **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.
74. **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.
75. **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.
76. **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.
77. **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.
78. **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.

79. **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.
80. **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.
81. **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.
82. **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.
83. **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.
84. **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.
85. **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.
86. **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.
87. **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, Fourrier-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.
88. **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.
89. **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.
90. **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.

91. **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.
92. **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.
93. **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.
94. **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.
95. **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.
96. **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.
97. **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.
98. **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.
99. **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.
100. **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.
101. **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.
102. **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.
103. **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.
104. **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.

105. **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.
106. **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.
107. **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.
108. **Autori:** Avillach P, Joubert M, Thiessard F, Trifirò G, Dufour JC, Pariente A, Mougín F, Polimeni G, Catania MA, Giaquinto C, Mazzaglia G, Fornari C, Herings R, Gini R, Hippisley-Cox J, Molokhia M, Pedersen L, Fourrier-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.
109. **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.
110. **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.
111. **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.
112. **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.
113. **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.
114. **Autori:** Avillach P, Mougín 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, Fourrier-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.
115. **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.
116. **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.
117. **Autori:** Filippi A, Paolini I, Innocenti F, Mazzaglia G, Battaglia 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.
118. **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.
119. **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.
120. **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.
121. **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.
122. **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.
123. **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.
124. **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.
125. **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.
126. **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.
127. **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.
128. **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.
129. **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.
130. **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.

131. **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.
132. **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.
133. **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.
134. **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.
135. **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.
136. **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.
137. **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.
138. **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.
139. **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.
140. **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.
141. **Autori:** Fabiani L, Scatigna M, Panopoulou K, Sabatini A, Sessa E, Donato F, Marchi M, Nardi R, Nicolai 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.
142. **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.
143. **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.
144. **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.

145. **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
Rivista: Eur J Clin Pharmacol 2003; 59: 651-7.
146. **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.
147. **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.
148. **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.

CEIS Tor Vergata

www.ceistorvergata.it

Il CEIS Tor Vergata è un centro di ricerca economica istituito presso l'Università di Roma Tor Vergata riconosciuto a livello internazionale. Il CEIS è impegnato a produrre e diffondere ricerca di eccellenza e analisi per la promozione dello sviluppo economico sostenibile, e per ampliare e migliorare le opzioni disponibili per politiche pubbliche a livello nazionale e internazionale.



IQVIA Italia

www.iqvia.com/it-it/locations/italy

IQVIA è leader mondiale nell'elaborazione e analisi dei dati in ambito healthcare e nello sviluppo di tecnologie e competenze che aiutino i clienti a far evolvere la sanità e la medicina allo scopo di realizzare un sistema sanitario più moderno, più efficace ed efficiente, creando soluzioni ad alto impatto per l'industria e i pazienti.



ISTAT

www.istat.it

La collaborazione con l'ISTAT prevede lo scambio di informazioni e competenze che consentano di migliorare l'informazione statistica nel settore della sanità. Questo contribuirà a significativi avanzamenti nell'ambito della comprensione dello stato di salute della popolazione in Italia, nella comprensione dell'utilizzo dei servizi e dei costi in ambito sanitario e nel rispondere a tutte le richieste di informazioni provenienti dalla comunità scientifica e dagli Organismi Internazionali.



OsMed (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali) L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale OsMed.

www.aifa.gov.it/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2019

Il Rapporto Nazionale sull'Uso dei Farmaci in Italia fornisce, dal 2001, una descrizione analitica ed esaustiva dell'assistenza farmaceutica nel nostro Paese. Da ormai molti anni, la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) collabora alla realizzazione del seguente Rapporto mettendo a disposizione i dati contenuti nel database Health Search/IQVIA HEALTH LPD. Tali dati, adeguatamente analizzati, consentono di fotografare lo stato di salute della popolazione italiana e di sviluppare indicatori di appropriatezza d'uso dei farmaci, intesi come elementi specifici e misurabili della pratica clinica, sviluppati sulla base di solide evidenze scientifiche e utilizzati come unità di misurazione della qualità dell'assistenza. Il contributo fornito da SIMG al Rapporto OsMed ha permesso, di fatto, di valutare la prevalenza di alcune patologie croniche in Italia, nonché l'appropriatezza prescrittiva in funzione delle caratteristiche cliniche dei pazienti.



OsMed (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali) L'uso degli antibiotici in Italia. Rapporto Nazionale OsMed.

www.aifa.gov.it/l-uso-degli-antibiotici-in-italia-rapporto-nazionale-anno-2019

Il Rapporto "L'uso degli antibiotici in Italia" 2019 descrive l'andamento dei consumi e della spesa di questa classe di farmaci nell'uomo e consente di identificare le aree di potenziale inappropriata. Le analisi riguardano l'uso degli antibiotici in regime di assistenza convenzionata, con focus sui consumi nella popolazione pediatrica e sulle prescrizioni di fluorochinoloni in sottogruppi specifici di popolazione. Oltre all'analisi sull'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero, è stata inclusa anche quella sull'acquisto privato di antibiotici di fascia A e la valutazione degli indicatori di appropriatezza prescrittiva. Nel gruppo di lavoro comprendente oltre ad AIFA, anche l'ISS, l'ARSS dell'Emilia Romagna e SIMG la quale ha sviluppato tramite Health Search/IQVIA HEALTH LPD indicatori atti a determinare su base regionale il profilo di appropriatezza prescrittiva dei Medici di Medicina Generale.



Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane

www.osservasalute.it

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, nato su iniziativa dell'Istituto di Sanità Pubblica – Sezione di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - ha lo scopo di monitorare l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano attualmente i Sistemi Sanitari Regionali e trasferire i risultati ai responsabili regionali, aziendali e alla comunità scientifica nazionale ed internazionale. L'Osservatorio redige annualmente il "Rapporto Osservasalute" che analizza il Sistema Sanitario Nazionale a 360° prendendo in considerazione gli aspetti legati alle attività, alle risorse economiche e ai bisogni di salute della popolazione. Da quattro anni, SIMG mette a disposizione dell'Osservatorio diverse analisi derivanti dai dati raccolti attraverso il database Health Search/IQVIA HEALTH LPD.



Istituto Superiore di Sanità

www.iss.it

La collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità ha l'obiettivo di esaminare la natura e l'incidenza delle malattie croniche nella popolazione italiana, in particolare per ciò che concerne le malattie metaboliche (diabete, sovrappeso, obesità) e l'impatto delle malattie cardiovascolari (stroke, infarto e scompenso cardiaco).



Ministero della Salute Progetto analisi fattori di produzione per resilienza e sviluppo del SSN

www.ot11ot2.it/dfp-organismo-intermedio/progetti/analisi-dei-fattori-di-produzione-resilienza-e-sviluppo-del-ssn

Il progetto nasce dalla necessità di potenziare e consolidare la modernizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), prevista dal Patto per la Salute, attraverso strumenti di monitoraggio e verifica relativi all'adeguatezza dell'offerta dei fattori produttivi (personale, beni e servizi), che assicuri l'equità del sistema e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). All'interno del progetto una delle linee di intervento prevede lo sviluppo di un modello predittivo a supporto della programmazione sanitaria con l'obiettivo di indirizzare una corretta allocazione delle risorse economiche-finanziarie nell'ottica delle diverse attività assistenziali, nonché il calcolo dei costi per patologia. Le informazioni contenute nel database Health Search/IQVIA HEALTH LPD saranno di estrema utilità in tale processo.



COLLABORAZIONI E PROGETTI INTERNAZIONALI

EHDEN European Health Data & Evidence Network

www.ehden.eu

L'European Health Data & Evidence Network (EHDEN) è un consorzio IMI 2 composto da 98 partner, tra cui università, piccole e medie imprese (PMI), associazioni di pazienti, autorità di regolamentazione e aziende farmaceutiche, che opererà in Europa nell'ambito dell'Innovative Medicines Initiative. La missione di EHDEN è fornire un nuovo paradigma per l'analisi dei dati sanitari in Europa, costruendo una rete federata su larga scala di data partner in tutta Europa. Fondamentale per EHDEN sarà la standardizzazione dei dati sanitari verso un modello di dati comune (OMOP-CDM) e l'utilizzo di strumenti analitici.

The European Health Data & Evidence Network has received funding from the Innovative Medicines Initiative 2 Joint Undertaking (JU) under grant agreement No 806968. The JU receives support from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme and EFPIA.



European Network of Centres for Pharmacoepidemiology and Pharmacovigilance

www.encepp.eu

Siamo all'interno della rete scientifica ENCePP che è coordinata dall'Agenzia Europea del Farmaco. Siamo impegnati nel campo della ricerca aderendo alla guida ENCePP su metodologie Standard ed a promuovere l'indipendenza scientifica e di trasparenza, pubblicando nel E-Registro degli Studi dell' ENCePP, una risorsa accessibile pubblicamente per la registrazione di studi farmaco-epidemiologici e di farmacovigilanza.



The EU-ADR Alliance A federated collaborative framework for drug safety studies

<http://eu-adr-alliance.com/>

EU-ADR Alliance nasce nel 2013 sulla base dei risultati del progetto EU-ADR "Exploring and Understanding Adverse Drug Reactions by Integrative Mining of Clinical Records and Biomedical Knowledge", finanziato dalla ICT unit della Commissione Europea. Ad oggi EU-ADR Alliance rappresenta un modello di collaborazione unico con l'obiettivo di condurre studi e rispondere a domande sulla sicurezza dei farmaci attraverso l'uso di dati provenienti da numerosi database sanitari (Electronic Healthcare Records (HER) database), tra cui il database Health Search/IQVIA HEALTH LPD.



The PHARMO Insite

www.pharmo.nl

Fondata nel 1999, PHARMO è un'organizzazione di ricerca indipendente che si occupa di studi epidemiologici, di farmaco-utilizzazione, sicurezza dei farmaci, esiti di salute e utilizzazione delle risorse sanitarie. PHARMO ha sviluppato e mantiene una rete di database ampia e di alta qualità e lavora a stretto contatto con Università internazionali e nazionali nonché con altri database europei, tra cui il database Health Search/IQVIA HEALTH LPD.

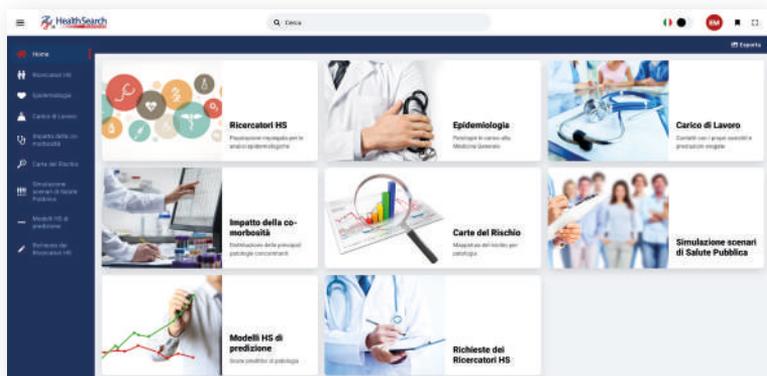




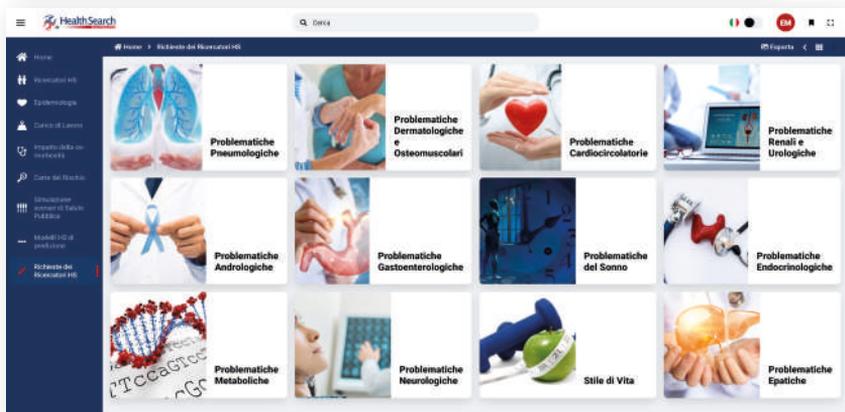
Health Search Dashboard

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

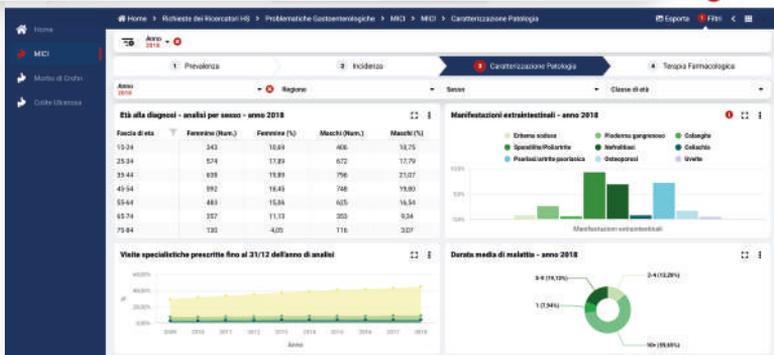
<https://www.healthsearch.it/dashboard>



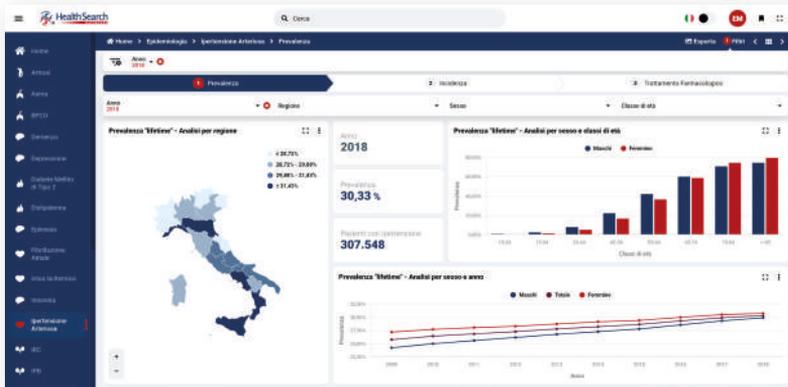
Servizio rivolto ai Ricercatori Health Search ed alle istituzioni pubbliche quali Istituti di Ricerca e Aziende Sanitarie Regionali/Locali.



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

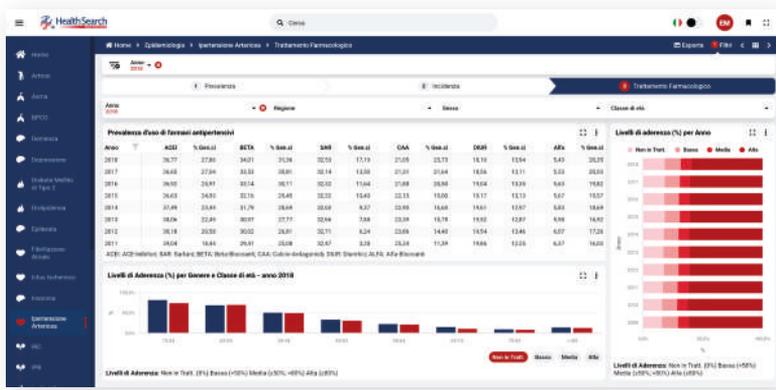


<https://www.healthsearch.it/dashboard>



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.





Health Search Newsletter

Notiziario periodico sulle
attività di **HEALTH SEARCH**



www.healthsearch.it/newsletter



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE