

HEALTH SEARCH

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

VIII REPORT HEALTH SEARCH

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

Anno 2013/2014



La riproduzione e la divulgazione dei contenuti del presente report sono consentite fatte salvi la citazione della fonte ed il rispetto dell'integrità dei dati utilizzati.

© Copyright 2014 by S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)
Via del Pignoncino, 9-11 – 50142 Firenze

Impaginazione:
Giovanni Mattioli

Finito di stampare nel mese di Novembre 2014 da:
Rixpress - Firenze

**Health Search, Istituto di Ricerca della S.I.M.G.
(Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)**

Presidente SIMG: Dott. Claudio Cricelli

Direttore Scientifico: Prof. Achille Caputi

Direttore della Ricerca: Dott. Francesco Lapi

Direttore Generale: Iacopo Cricelli

Consulenti Scientifici: Dott. Carlo Piccinni, Dott. Gianluca Trifirò

Direttore Tecnico: Dott. Alessandro Pasqua

Analisi Statistiche: Dott.ssa Elisa Bianchini, Dott. Mirko Monnini,
Dott.ssa Monica Simonetti, Dott.ssa Serena Pecchioli

Gruppo di lavoro del presente Rapporto

Coordinamento Scientifico: Carlo Piccinni e Francesco Lapi

Coordinamento Editoriale: Alessandro Pasqua

Autori: Elisa Bianchini, Ovidio Brignoli, Claudio Cricelli, Iacopo Cricelli, Saffi Giustini, Gerardo Medea, Francesco Lapi, Alessandro Pasqua, Serena Pecchioli, Carlo Piccinni, Monica Simonetti, Gianluca Trifirò.

Ricercatori del Network Health Search-CSD LPD: I nostri ringraziamenti vanno in particolare a tutti i medici ricercatori del network Health Search-CSD LPD che hanno fornito i propri dati con pazienza, senso del dovere, competenza ed interesse (per ragioni legate alla normativa attuale in tema di privacy e riservatezza dei dati non è purtroppo possibile pubblicarne i nominativi).

CSD Medical Research

CSD-MR è una società del gruppo CEGEDIM (una delle maggiori aziende multinazionali nel settore della raccolta, analisi e produzione di dati scientifici) che dal 2004 garantisce le procedure di trasmissione, archiviazione e manutenzione dei dati afferenti al database ed è responsabile della gestione del Network dei Ricercatori. Intendiamo ringraziare tale struttura per la collaborazione e il prezioso lavoro che quotidianamente svolge al fine di mantenere attivo il progetto Health Search.

Contributi

Si ringraziano i responsabili delle seguenti Aree Cliniche, Progettuali e di Consulenza e Supporto della SIMG: Dott. Stefano Rubini (Andrologica), Dott. Damiano Parretti (Dott. Alessandro Filippi †) (Cardiovascolare), Dott. Pierangelo Lora Aprile (Cure Palliative), Dott. Enzo Ubaldi (Gastroenterologica), Dott. Alessandro Rossi (Malattie Infettive), Dott. Luigi Gatta (Medicina Sportiva), Dott. Gerardo Medea (Metabolica), Dott. Francesco Mazzoleni (Neurologica), Dott. Maurizio Cancian (Oncologica), Dott. Vanni Mascheroni e Dott.ssa Antonella Toselli (Osteomioarticolare e del Movimento), Dott. Germano Bettoncelli (Pneumologica), Dott. Paolo Carbonatto (Psichiatrica), Dott.ssa Raffaella Michieli (Salute della Donna e Sessualità), Dott. Salvatore Campo (Urologica), Dott. Giovanni Arpino (Forme Organizzative ed Organizzazione del Lavoro), Dott. Alessandro Battaglia (Critical Appraisal), Dott. Luigi Canciani (Prevenzione Educazione Sanitaria), Dott. Giulio Corgatelli (Medicina Società ed Etica), Dott. Saffi Ettore Giustini (Politiche del Farmaco e Sperimentazione Farmacologica), Dott.ssa Maria Stella Padula (Cure Domiciliari), Dott. Italo Paolini (Sistemi Informativi e Comunicazione I.T.C.), Dott.ssa Paola Pini (Dermatologica), Dott. Fabio Samani (Sviluppo HS), Dott. Aurelio Sessa (Area della Ricerca), Dott. Giuseppe Ventriglia (Formazione).

Versione digitale del presente report: una copia di questo report è reperibile direttamente dal sito web di Health Search: www.healthsearch.it.

Per ulteriori informazioni in merito ai dati contenuti nel report contattare l'istituto Health Search al seguente indirizzo e-mail: info@healthsearch.it

INDICE

PREFAZIONE	p. IX
1. IL NETWORK DEI MMG	p. 1
1.1 Il trend dei MMG/pazienti nel corso degli ultimi 10 anni. La popolazione di assistibili nel database di Health Search-CSD LPD	p. 1
1.2 Verifica della qualità e completezza del dato. Selezione del campione validato dei 700 medici	p. 4
1.2.1 Obiettivo	p. 4
1.2.2 Metodologia di selezione del campione validato dei 700 medici	p. 5
1.2.3 Confronto demografico con le stime ISTAT	p. 7
2. IL CARICO DI LAVORO	p. 9
2.1 Contatti medico/paziente	p. 9
2.2 Prestazioni erogate (Interventi diagnostico-terapeutici)	p. 12
3. PREVALENZA E MANAGEMENT DELLE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO SOCIALE	p. 17
3.1 Misure utilizzate	p. 17
3.2 Ipertensione arteriosa	p. 18
3.2.1 Note metodologiche	p. 18
3.2.2 Risultati	p. 18
3.3 Ictus ischemico	p. 23
3.3.1 Note metodologiche	p. 23
3.3.2 Risultati	p. 23
3.4 Malattie ischemiche del cuore	p. 27
3.4.1 Note metodologiche	p. 27
3.4.2 Risultati	p. 27
3.5 Scopenso cardiaco congestizio	p. 32
3.5.1 Note metodologiche	p. 32
3.5.2 Risultati	p. 32
3.6 Diabete mellito tipo 2	p. 37
3.6.1 Note metodologiche	p. 37
3.6.2 Risultati	p. 37
3.7 Broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO)	p. 41
3.7.1 Note metodologiche	p. 41
3.7.2 Risultati	p. 41
3.8 Asma bronchiale	p. 45
3.8.1 Note metodologiche	p. 45
3.8.2 Risultati	p. 45
3.9 Depressione	p. 49
3.9.1 Note metodologiche	p. 49
3.9.2 Risultati	p. 49
3.10 Osteoartrosi	p. 53
3.10.1 Note metodologiche	p. 53
3.10.2 Risultati	p. 53
3.11 Demenza	p. 57
3.11.1 Note metodologiche	p. 57
3.11.2 Risultati	p. 57
3.12 Ipertrofia prostatica benigna (IPB)	p. 60
3.12.1 Note metodologiche	p. 60

3.12.2 Risultati	p. 60
3.13 Malattia da Reflusso Gastroesofageo (MRGE)	p. 64
3.13.1 Note metodologiche	p. 64
3.13.2 Risultati	p. 64
3.14 Tumori	p. 68
3.14.1 Note metodologiche	p. 69
3.14.2 Tumore dello stomaco	p. 69
3.14.3 Tumore del colon-retto	p. 71
3.14.4 Tumore del polmone	p. 73
3.14.5 Melanoma maligno	p. 75
3.14.6 Tumore della mammella	p. 77
3.14.7 Tumore della prostata	p. 79

4. RICERCHE 2013-2014 A CURA DEI MMG ADERENTI AL NETWORK "HEALTH SEARCH" p. 81

4.1 Anno 2013	p. 81
4.1.1 Epidemiologia della tinea della cute glabra e della tinea incognita	p. 81
4.1.2 La disfunzione erettile nell'ambito della Medicina Generale	p. 83
4.1.3 Impatto epidemiologico dell'ipotiroidismo in Medicina Generale	p. 86
4.1.4 Emicrania e cefalea nell'ambito della Medicina Generale	p. 88
4.1.5 Il "Mal di schiena" nell'ambito della Medicina Generale	p. 90
4.1.6 Impatti epidemiologici dell'epatite nell'ambito della Medicina Generale	p. 93
4.2 Anno 2014	p. 95
4.2.1 Impatto epidemiologico della celiachia in Medicina Generale	p. 95
4.2.2 Trombosi venosa superficiale (TVS) in Medicina Generale	p. 97
4.2.3 Impiego cronico di FANS: prevalenza d'uso e problematiche nella popolazione fragile	p. 101
4.2.4 Prevalenza dei disturbi del sonno in Medicina Generale	p. 105

APPENDICE 1. VALIDAZIONE DATABASE p. 109

Calcolo indice ICFIN	p. 109
Calcolo indice IVST	p. 110
Calcolo indice S	p. 110
Calcolo indice IM	p. 111
Calcolo indice ICPCFIN	p. 111

APPENDICE 2. PUBBLICAZIONI p. 113

Articoli pubblicati su riviste indicizzate su PubMed	p. 113
Libri/Report	p. 118
Altre pubblicazioni	p. 119

APPENDICE 3. COLLABORAZIONI NAZIONALI E INTERNAZIONALI p. 121

APPENDICE 4. IL SITO WEB DI HEALTH SEARCH (WWW.HEALTHSEARCH.IT) ED IL NUOVO SOFTWARE MILLEPGP PER IL GOVERNO CLINICO IN MEDICINA GENERALE p. 125

PREFAZIONE

Il Report Health Search si presenta in una veste rinnovata, più snella e di immediato utilizzo per tutti i suoi lettori (Medici di Medicina Generale, Epidemiologi, Amministratori Sanitari, Operatori della Salute e Ricercatori). Nella sua nuova versione si è cercato di valorizzare gli aspetti di maggiore interesse sanitario, focalizzandosi principalmente sul management terapeutico delle principali patologie e sui contributi dei medici ricercatori HS.

La Medicina Generale si trova infatti nel percorso di transizione verso le Cure Primarie sancite dal Patto per la Salute. I cambiamenti dell'organizzazione Sanitaria e delle modalità di aggregazione dei medici saranno determinanti per la configurazione ed il management delle nuove forme di aggregazione e di erogazione delle cure. Mai come oggi Health Search è fondamentale per la costruzione di modelli a supporto dell'innovazione; il successo del Sistema di Cure Primarie è infatti in gran parte legato alla capacità di programmazione clinico-economica su base microeconomica. La comprensione delle centinaia di milioni di decisioni cliniche offrono uno spaccato dei fenomeni medico-sanitari totalmente incomprensibili altrimenti. Al fine di ottenere uno strumento quanto più agile e immediato è stato ridotto lo spazio dedicato ad aspetti già ampiamente descritti in altri progetti editoriali, come ad esempio il servizio di indicatori clinici per i MMG che ha trovato ampio spazio all'interno del recente Rapporto OsMed sull'uso dei farmaci in Italia. Il nuovo Report Health Search, pertanto, si presenta come uno straordinario strumento in grado di fotografare lo stato di salute della popolazione Italiana, con una maggiore attenzione ai temi d'interesse medico e di politica sanitaria riguardanti la medicina generale. Dopo aver descritto il network dei MMG Health Search (**Capitolo 1**) che costituiscono il pilastro portante del Report stesso, si passa ad analizzare gli aspetti del carico di lavoro in medicina generale (**Capitolo 2**) e dell'epidemiologia delle principali patologie (**Capitolo 3**). Quest'ultimo capitolo rappresenta il core del Report, anche considerando il ruolo epidemiologico di tale strumento, ampiamente riconosciuto all'interno del panorama italiano e internazionale come attestato dalle numerose collaborazioni e dagli studi pubblicati nella letteratura scientifica internazionale (riportate in **Appendice**). Dunque, considerando la centralità del capitolo inerente le patologie a maggior impatto sociale, il nuovo Report dedica maggior spazio alle tematiche di management terapeutico di tali patologie, concentrando l'attenzione sugli aspetti connessi all'impiego dei farmaci generici e all'aderenza alla terapia cronica. Per tutte le patologie croniche risulta di fondamentale importanza assicurare un trattamento farmacologico appropriato e continuativo; è ormai noto che un paziente "non aderente" incorra maggiormente in ospedalizzazioni e/o maggiore intensità di cura, con assorbimento superiore di risorse economiche. In tale contesto, il farmaco prescritto, sia in termini di molecola sia come specialità medicinale, gioca un ruolo di primaria importanza. In questo scenario, poiché l'aumentata disponibilità di generici potrebbe influenzare i livelli di aderenza al trattamento cronico, per ogni patologia presa in considerazione sono confrontati, oltre ai volumi di consumo dei farmaci generici (con le relative distribuzioni per aree geografiche), anche i livelli di aderenza nei pazienti utilizzatori di generici rispetto a coloro che utilizzano i farmaci branded.

Queste analisi si pongono l'obiettivo di fotografare l'impiego del generico in base alle abitudini prescrittive dei MMG, nonché di fornire diversi spunti per delineare meglio il ruolo dei generici nella medicina generale. Infine, il Report presenta i risultati delle principali e più recenti ricerche dei MMG ricercatori Health Search (**Capitolo 4**), che più di chiunque altro sono in grado di individuare le problematiche cliniche e terapeutiche di maggior interesse e con un elevato impatto sul sistema sanitario nazionale.

Buona lettura.

Claudio Cricelli

Presidente SIMG, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

1.1 IL TREND DEI MMG/PAZIENTI NEL CORSO DEGLI ULTIMI 10 ANNI: LA POPOLAZIONE DI ASSISTIBILI NEL DATABASE DI HEALTH SEARCH – CSD LPD

Il coinvolgimento dei MMG ricercatori nel progetto Health Search – CSD LPD si può dividere in due fasi ben distinte (**Figura 1.1a**). La prima, a gestione esclusiva della SIMG, ha visto aumentare il numero dei MMG partecipanti da 660 nel 2001 a 684 nel 2003. In seguito, la gestione del Database e del Network dei ricercatori è passata al gruppo francese CEGEDIM, leader Europeo nella produzione e distribuzione di servizi legati all'uso dei dati clinici informatizzati. Tale passaggio ha comportato una riorganizzazione del sistema con l'esclusione dei MMG che non rispettavano gli standard minimi di qualità richiesti da CEGEDIM e di quelli che non avevano scelto di aderire al nuovo progetto congiunto SIMG/CEGEDIM. Pertanto, al 2004 il numero dei MMG presenti nel database era pari a 503. Dal 2004 in poi il numero dei MMG partecipanti ha registrato una crescita continua fino ad arrivare a 900 MMG nel 2013.

La **Figura 1.1b** descrive la numerosità della popolazione di pazienti attivi (ovvero vivi e registrati nelle liste dei MMG partecipanti alla fine di ogni anno di osservazione) relativi ai 900 MMG partecipanti al progetto alla fine del 2013. Nel corso dell'ultimo anno si è osservata una popolazione pari a 1.158.056 pazienti. Poiché la popolazione del database è da considerarsi dinamica (nuovi pazienti iscritti nelle liste dei MMG vs. pazienti morti, revocati o censorizzati¹), nella stessa figura sono descritti gli anni-persona di osservazione accumulati che, alla fine del 2013 erano pari a 15.767.000. Il leggero calo della popolazione (e di conseguenza degli anni-persona) osservabile negli ultimi due anni è da ascrivere a modifiche demografiche nella popolazione generale.

Dal confronto della distribuzione regionale dei pazienti attivi, registrati nel database dai 900 MMG alla fine del 2013, con i dati ISTAT della popolazione residente in Italia al 01/01/2013 (**Tabella 1.1c**), emerge una sostanziale sovrapposizione tra le due popolazioni. Leggere differenze sono riscontrate per Emilia Romagna (Health Search – CSD LPD: 5,3% vs. ISTAT: 7,4%) e Lazio (Health Search – CSD LPD: 7,6% vs. ISTAT: 9,3%) che sono ancora parzialmente sottorappresentate. Al contrario, nel Friuli Venezia Giulia (Health Search – CSD LPD: 5,5% vs. ISTAT: 2,1%) il numero di MMG risulta essere superiore al necessario, probabilmente a seguito dell'ampia partecipazione a progetti specifici promossi dalla SIMG e da Health Search – CSD LPD.

La distribuzione demografica dei pazienti attivi nel 2013 inclusi nel database segue un andamento sovrapponibile alla popolazione generale stimata dall'ISTAT, con un rapporto femmine:maschi che aumenta al crescere dell'età (**Figura 1.1d**). Inoltre, si osserva una maggiore prevalenza della popolazione di ultra 65enni nelle regioni del centro-nord rispetto a quelle del sud (**Figura 1.1e**).

1 Il censoring è basato sull'assunzione di morte o revoca del paziente in assenza di interventi diagnostico-terapeutici per un dato periodo di tempo età - dipendente.

Figura 1.1a Numero di MMG che inviano informazioni nel database di Health Search – CSD LPD (anni 2001-2013)

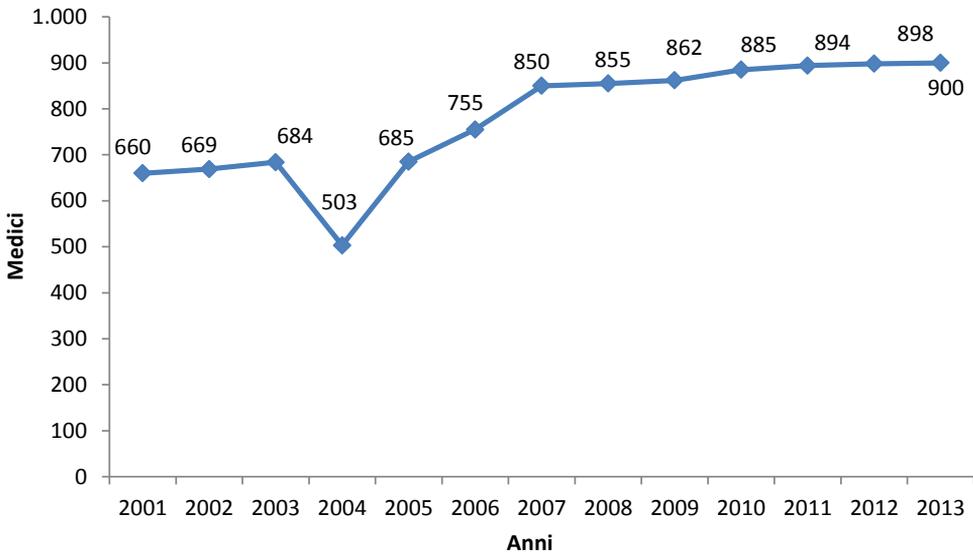
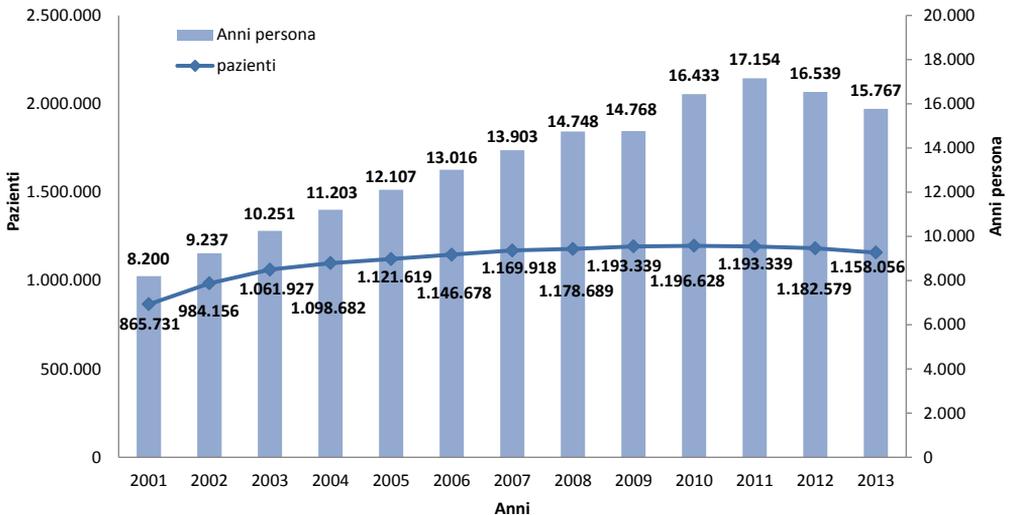


Figura 1.1b Numero di pazienti attivi ed anni-persona* nel database di Health Search – CSD LPD relativi ai 900 MMG del 2013 (anni 2001-2013)



* espresso in migliaia

Tabella 1.1c Distribuzione dei medici e della popolazione di pazienti adulti attivi (anno 2013): confronto con la popolazione residente in Italia il 01/01/2013 (fonte ISTAT)

REGIONE	MEDICI HS - CSD LPD		POPOLAZIONE HS - CSD LPD		POPOLAZIONE ISTAT	
	N	%	N	%	N	%
Nord-ovest	232	25,8	322.960	27,9	13.664.307	26,7
Piemonte / Valle d'Aosta	61	6,8	79.815	6,9	3.906.708	7,6
Lombardia	142	15,8	205.301	17,7	8.378.294	16,3
Liguria	29	3,2	37.844	3,3	1.379.305	2,7
Nord-est	163	18,1	220.142	19	9.894.909	19,3
Trentino Alto Adige	8	0,9	12.548	1,1	874.821	1,7
Veneto	60	6,7	81.825	7,1	4.179.649	8,2
Friuli Venezia Giulia	50	5,6	63.848	5,5	1.064.309	2,1
Emilia Romagna	45	5,0	61.921	5,3	3.776.130	7,4
Centro	168	18,7	209.049	18,1	10.092.028	19,7
Toscana	48	5,3	61.251	5,3	3.209.645	6,3
Umbria	26	2,9	34.687	3	768.706	1,5
Marche	18	2,0	25.573	2,2	1.335.524	2,6
Lazio	76	8,4	87.538	7,6	4.778.153	9,3
Sud	227	25,2	296.738	25,6	11.900.026	23,2
Abruzzo / Molise	28	3,1	35.793	3,1	1.413.981	2,8
Campania	92	10,2	120.249	10,4	4.845.167	9,5
Puglia	65	7,2	87.302	7,5	3.460.700	6,8
Calabria	31	3,4	38.462	3,3	1.680.468	3,3
Basilicata	11	1,2	14.932	1,3	499.710	1,0
Isole	110	12,2	144.450	12,5	5.693.834	11,1
Sicilia	84	9,3	112.427	9,7	4.255.669	8,3
Sardegna	26	2,9	32.023	2,8	1.438.165	2,8
Italia	900	100,0	1.158.056	100	51.245.104	100,0

Figura 1.1d Popolazione dei pazienti attivi (anno 2013) stratificata per fasce d'età e sesso (piramide dell'età)

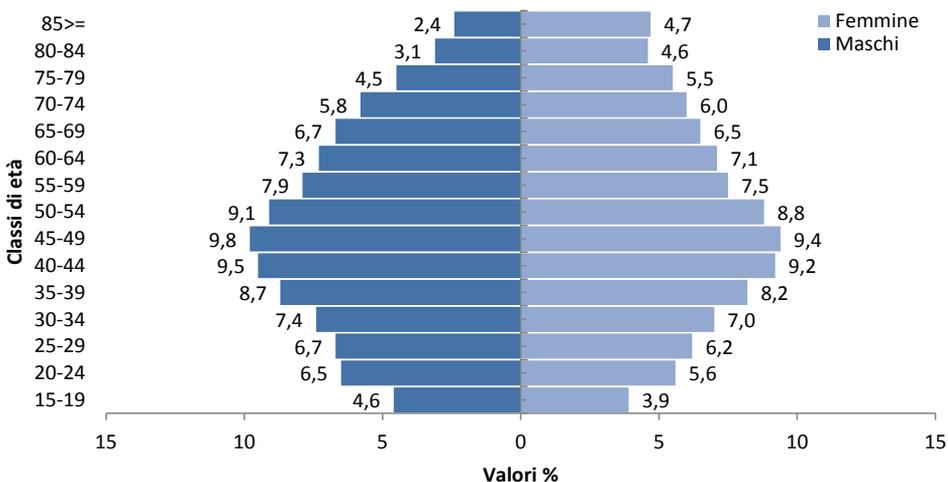
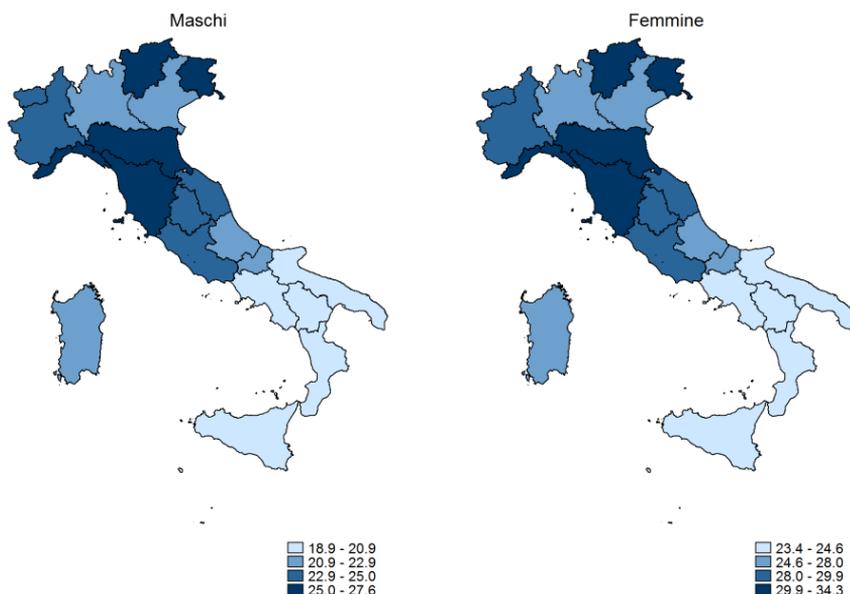


Figura 1.1e Distribuzione territoriale (regionale) della popolazione dei pazienti attivi ultra 65enni (anno 2013)



1.2 VERIFICA DELLA QUALITÀ E COMPLETEZZA DEL DATO. SELEZIONE DEL CAMPIONE VALIDATO DEI 700 MEDICI

1.2.1 OBIETTIVO

Al fine di garantire una numerosità campionaria e un'affidabilità sufficiente per condurre studi epidemiologici (anche su malattie rare), oltre a verificare la sovrapposibilità della popolazione contenuta nel database (in termini di sesso, fasce d'età e area geografica) con quella generale descritta dall'I-STAT (Paragrafo 1.2.3), risulta di fondamentale importanza calcolare un indice complessivo di qualità della registrazione (ITOT) da attribuire ad ogni singolo MMG partecipante al progetto Health Search – CSD LPD.²

Per questa ragione, per ogni MMG viene stimato annualmente un indice di qualità al fine di selezionare un sottogruppo di MMG sul quale condurre gli studi epidemiologici. Sul totale dei 900 MMG partecipanti alla fine del 2013, per tutte le analisi del presente rapporto, ne sono stati validati 700, ovvero coloro che assicuravano sia un dato affidabile sia una rappresentatività geografica su base regionale. È importante ricordare che, rispetto al passato, il numero dei medici validati è aumentato progressivamente da 290 del 2003 all'attuale 700.

² Sessa E, et al. La creazione di un campione validato di medici di medicina generale nel database di Health Search. SIMG 2004; 3; 10-14.

1.2.2 METODOLOGIA DI SELEZIONE DEL CAMPIONE VALIDATO DEI 700 MEDICI

In primo luogo sono stati esclusi dal processo di analisi tutti i MMG che hanno visitato, nel corso degli anni considerati (dal 2001 al 2013), un numero inferiore a 10 pazienti/anno. Il processo di selezione successivo ha previsto un'analisi su tutto il database al fine di calcolare per ogni MMG eleggibile il cosiddetto ITOT (**Appendice 1**).

L'indice totale valuta la completezza, la correttezza e la stabilità dei dati registrati dal MMG sulla propria cartella informatica.

La completezza del dato viene determinata attraverso la quantità degli accertamenti presenti nella cartella clinica dei pazienti: si tratta della percentuale di pazienti a cui è stato registrato almeno una volta, contemporaneamente, il dato di fumo, peso ed altezza, nonché la percentuale di pazienti che, nell'ultimo anno, ha avuto almeno una misurazione di pressione arteriosa e di colesterolo totale. La completezza dipende inoltre dal numero di terapie che il MMG ha associato a una specifica diagnosi, dalla capacità del Medico di individuare per ogni patologia la relativa codifica ICD-9-CM (International Classification of Disease, 9th edition; Clinical Modification) e dalla sua accortezza nel registrare in forma numerica i risultati per gli accertamenti che ne prevedano la registrazione.

La stabilità viene stimata attraverso il numero medio di contatti giornalieri standardizzati in relazione alla propria popolazione di assistiti. Un basso numero di visite giornaliere è un indicatore di registrazione delle informazioni discontinua da parte del medico. Di conseguenza la sua attività (nonché i risultati) è più soggetta ad effetti di confondimento temporale. Pertanto nel calcolo dell'ITOT esso risulterà penalizzato rispetto ai colleghi che presentano un valore medio/alto.

La correttezza viene invece misurata confrontando lo scostamento tra la stima di prevalenza di alcune patologie a più alto impatto sociale (ipertensione, depressione, BPCO, diabete ed ulcera), rilevata nella popolazione di ogni singolo MMG, rispetto a quanto stimato nell'intera popolazione dei MMG di Health Search – CSD LPD. Una prevalenza molto più bassa di solito evidenzia la tendenza a non registrare correttamente le diagnosi cliniche; allo stesso modo, un tasso di mortalità molto inferiore rispetto a quello nazionale (dato ISTAT), può indicare una scarsa propensione a tenere aggiornato il database.

Il valore dell'ITOT varia da 0 (minimo) a 1 (massimo) e rappresenta la media degli indici calcolati annualmente per ogni MMG (IFIN) per tutti gli anni presi in considerazione. In generale gli studi condotti sul database hanno dimostrato che un MMG con un ITOT pari o superiore a 0,65 assicura un'affidabilità sufficientemente elevata per l'arruolamento nel panel degli "MMG validati" ^{3,4,5}

La **Figura 1.2a** riporta la distribuzione di frequenza dell'ITOT dei MMG che hanno tale indice superiore a zero. La mediana (50° percentile) è collocata tra 0,70 e 0,74, un valore particolarmente elevato che conferma complessivamente la buona qualità dei dati dei ricercatori Health Search – CSD LPD.

La **Tabella 1.2b** riporta l'andamento dell'indice annuale (IFIN) dal 2001 al 2013 per area geografica: il Nord-ovest (0,63 nel 2001 e 0,72 nel 2013), Nord-est (0,71 nel 2000 e 0,73 nel 2013) e il Sud (0,67 nel 2001 e 0,72 nel 2013) sono le aree con indice di qualità più elevato, mentre le Isole (0,59 nel 2001 e 0,70 nel 2013) e il Centro (0,61 nel 2001 e 0,70 nel 2013) sono le aree con il valore più basso.

3 Cricelli C, et al. Prevalence estimates for chronic diseases in Italy: exploring the differences between self-report and primary care databases. *J Public Health Med* 2003; 25:254-7.

4 Filippi A, et al. The database of Italian general practitioners allows a reliable determination of the prevalence of myocardial infarction. *Ital Heart J.* 2005 Apr;6(4):311-4.

5 Mazzaglia G, et al. Use of Computerized General Practice Database for epidemiological studies in Italy: a comparative study with the official national statistics. *J Epidemiol Commun Health* 2004; Vol.58 (suppl. 1); A133.

Figura 1.2a Distribuzione di frequenza dell'indice ITOT: sono stati esclusi i MMG che non hanno visitato almeno 10 pazienti per ogni anno compreso dal 2001 al 2013

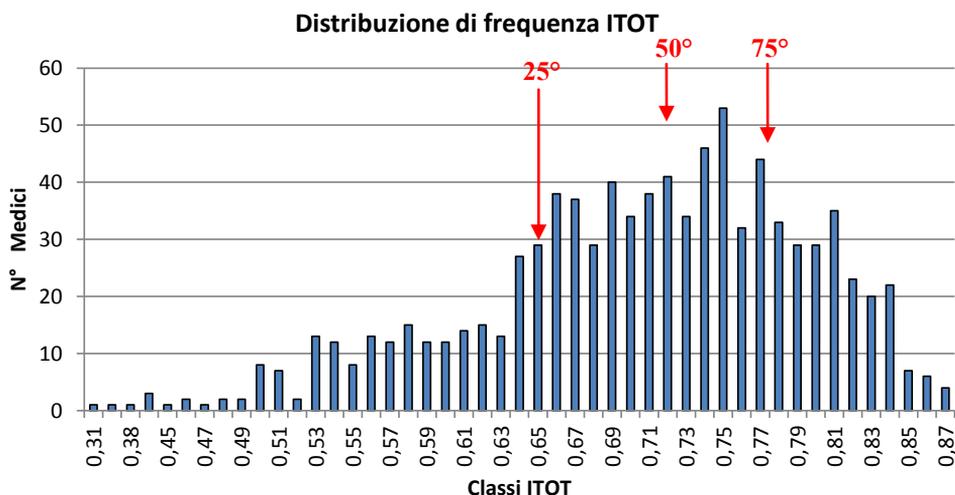


Tabella 1.2b Valore dell'IFIN calcolato sui 900 medici con almeno 10 visite per anno dal 2001 al 2013: distribuzione per area geografica

ANNO	AREA GEOGRAFICA				
	NORD-OVEST	NORD-EST	CENTRO	SUD	ISOLE
2001	0,63	0,71	0,61	0,67	0,59
2002	0,65	0,73	0,63	0,69	0,61
2003	0,66	0,75	0,65	0,71	0,63
2004	0,67	0,76	0,66	0,72	0,64
2005	0,68	0,75	0,66	0,72	0,66
2006	0,68	0,75	0,68	0,72	0,68
2007	0,69	0,76	0,68	0,73	0,66
2008	0,72	0,76	0,70	0,74	0,68
2009	0,71	0,75	0,70	0,73	0,68
2010	0,71	0,74	0,70	0,73	0,70
2011	0,71	0,74	0,70	0,73	0,71
2012	0,71	0,73	0,69	0,72	0,71
2013	0,72	0,73	0,70	0,72	0,70

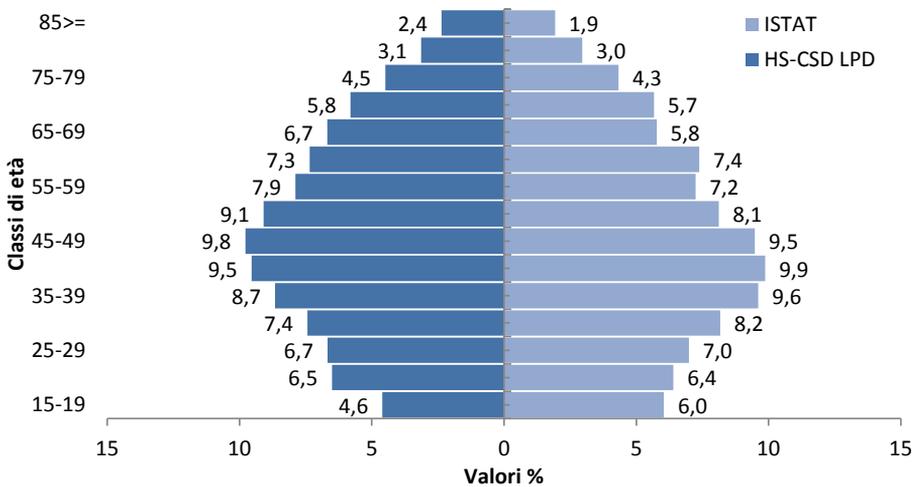
1.2.3 CONFRONTO DEMOGRAFICO CON LE STIME ISTAT

Un metodo comunemente accettato per valutare la completezza e la validità di una banca dati della medicina generale, è quello di confrontare le informazioni in essa contenute con quelle provenienti da fonti esterne relative all'intera popolazione di riferimento⁶.

Sebbene occorra estrema cautela nell'interpretazione dei risultati provenienti da questo confronto, tali analisi forniscono un'indicazione importante sull'affidabilità dell'informazione.

Una prima analisi comparativa sulla distribuzione per classi d'età e sesso (**Figure 1.2b-c**), dei pazienti attivi dei 700 MMG HS "validati" con le stime dell'ISTAT, indica un alto grado di sovrapposibilità tra la popolazione rappresentata nel database Health Search – CSD LPD rispetto a quanto riportato dall'ISTAT. Una leggera differenza si può riscontrare soltanto nei soggetti appartenenti alla fascia di età ≥85; tale differenza è imputabile probabilmente all'intervallo di tempo che intercorre fra la registrazione del decesso di un paziente e la sua effettiva notifica da parte del medico curante nel database Health Search – CSD LPD, piuttosto che a una reale differenza nella distribuzione demografica del campione. Infine, la distribuzione geografica del campione risulta praticamente sovrapposibile a quella stimata dall'ISTAT a livello regionale (**Figure 1.2d**).

Figura 1.2b Confronto Health Search – CSD LPD vs. ISTAT della popolazione maschile dei pazienti attivi (anno 2013) stratificata per fasce d'età (piramide dell'età)



⁶ Lawrenson R, et al. Clinical information for research; the use of general practice databases. J Public Health Med 1999;21(3):299-304.

Figura 1.2c Confronto Health Search – CSD LPD vs. ISTAT della popolazione femminile dei pazienti attivi (anno 2013) stratificata per fasce d'età (piramide dell'età)

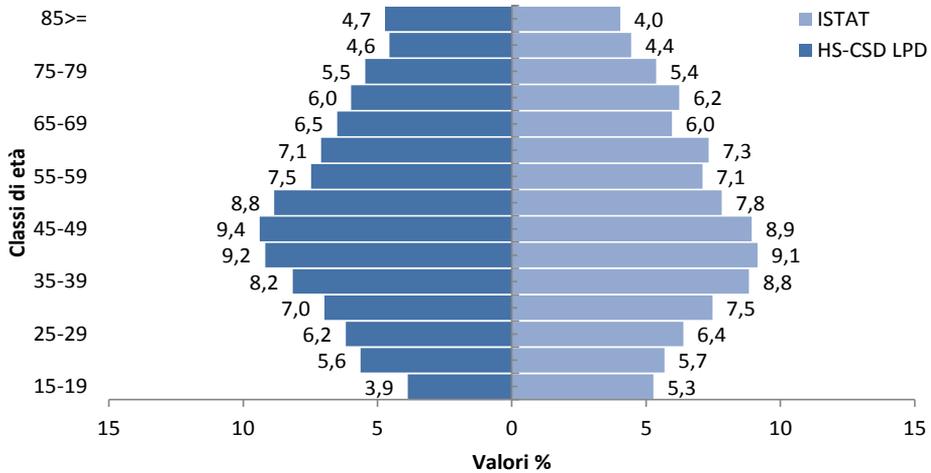
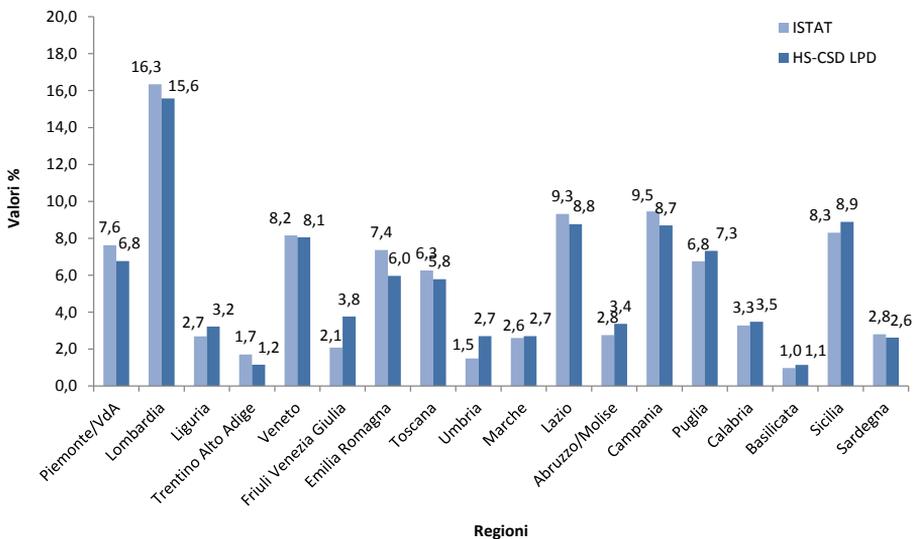


Figura 1.2d Confronto tra popolazione di pazienti attivi (anno 2013) nel campione Health Search – CSD LPD dei "validati" e la popolazione residente in Italia (fonte ISTAT): distribuzione per Regione



Con la conversione in Legge del DL N. 158 del 13 Settembre 2012, si è giunti al testo definitivo della Legge N. 189 dell'8 Novembre 2012, anche conosciuta come "Legge Balduzzi". Questo passaggio legislativo ha generato una vera e propria rivoluzione della medicina generale; infatti, in esso si definisce una riorganizzazione delle cure primarie al fine di garantire la continuità assistenziale in ambito territoriale, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici convenzionati (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, continuità assistenziale) adottando forme organizzative monoprofessionali o multiprofessionali. Questa riorganizzazione, inoltre, avviene in contemporanea alla forme di "spending review" che si stanno provando ad attuare nel nostro Paese.

In tale contesto risulta estremamente cruciale mantenere attivi dei punti di osservazione che consentano di "misurare" l'attività del MMG. L'analisi del carico di lavoro, presente nei Report Health Search a partire dal 2010, ha riscosso sempre un grande interesse sia tra i medici di medicina generale sia tra gli esperti di politica sanitaria. Queste analisi hanno fornito un dato oggettivo sul costante incremento nel numero di contatti-anno per paziente nel periodo considerato. Tale aumento, come riportato da vari^{1,2}, rappresenta una delle principali cause di aumento dello stress lavorativo, con potenziali conseguenze anche sulla qualità dell'assistenza.

Per tali motivi, risulta di estrema utilità fornire un quadro oggettivo e aggiornato sul carico di lavoro del medico, inteso sia come contatti con i propri assistiti sia come prestazioni erogate (interventi diagnostico-terapeutici). Inoltre, è molto interessante analizzare i potenziali determinanti, demografici e clinici, associati a questo aspetto fondamentale dell'attività del MMG.

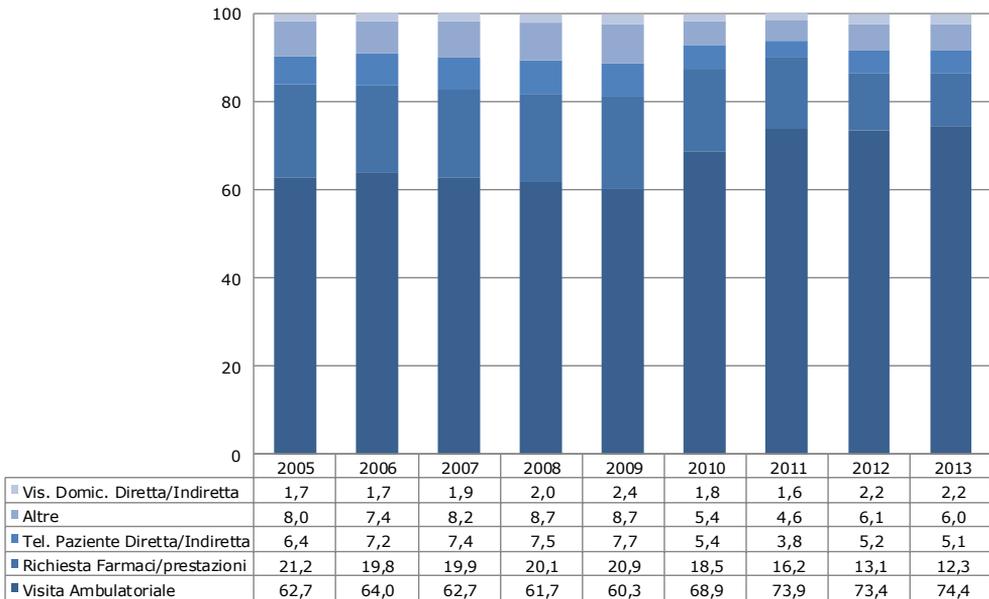
2.1 CONTATTI MEDICO-PAZIENTE

L'indicatore impiegato per misurare il carico di lavoro dei MMG è rappresentato dal numero di "contatti medico/paziente". 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 considerato come un singolo contatto. L'analisi tiene conto dello stato clinico del paziente ricavato dalla cartella clinica informatizzata. Occorre considerare che la stima derivante da questa analisi rappresenta il carico di lavoro dei MMG derivante dalla sola attività clinica, mentre, con buona probabilità, sfugge tutta l'attività burocratica svolta quotidianamente dai MMG e che incide per oltre il 50% sul tempo lavorativo.

Una prima analisi dei contatti ha riguardato la tipologia di visite registrate negli anni 2005-2012. In tutti gli anni, la maggior parte delle visite è di tipo "ambulatoriale"; questa tipologia ha mostrato un incremento negli ultimi due anni, arrivando a coprire il 74,4% di tutte le visite registrate nel corso del 2013. Nel corso degli ultimi anni, invece, risulta in diminuzione sia la semplice richiesta (diretta o indiretta) di farmaci/prestazioni, che nel 2013 copre il 12,3% di tutti i contatti, sia il carico dovuto alle telefonate del paziente, dirette o tramite familiari, che nel 2013 copre il 5,1% del carico. Le "visite domiciliari", in tutti gli anni considerati, rappresentano tra l'1,6% (nel 2011) e il 2,4% (nel 2009) di tutte le visite effettuate; tali visite nel 2013 coprono il 2,2% del carico di lavoro complessivo del MMG (**Figura 2.1a**).

1 Mazzaglia G et al. Association between satisfaction and stress with aspects of job and practice management among primary care physicians. *Qual Prim Care*. 2009;17:215-23.

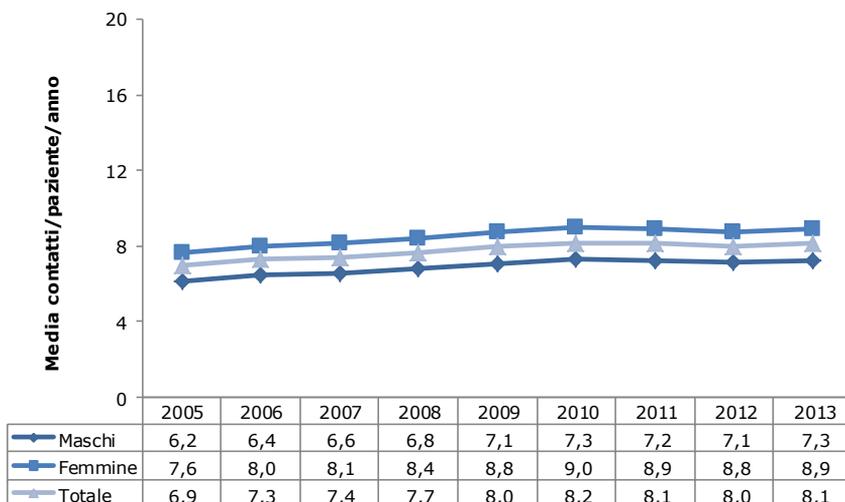
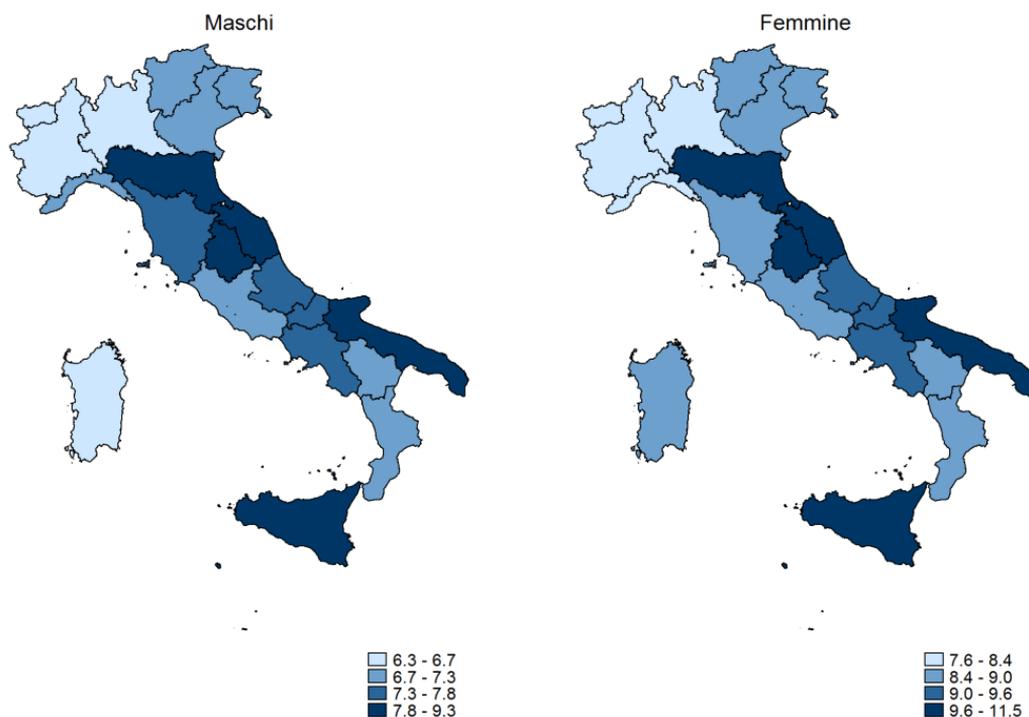
2 Linzer M et al. Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. *Ann Intern Med*. 2009; 151(1):28-36.

Figura 2.1a Distribuzione percentuale per tipo di visita negli anni 2005 – 2013

Altre: consultazione cartelle cliniche, interventi infermieristici

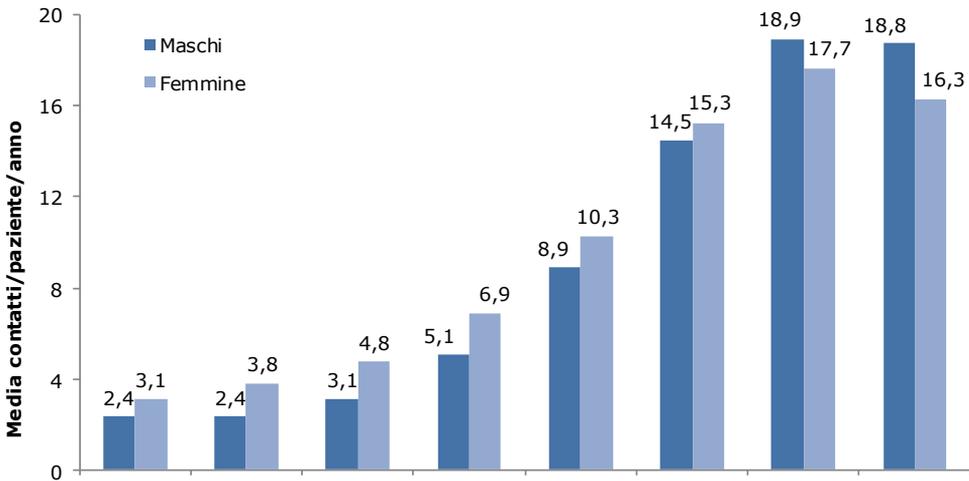
La **Figura 2.1b** descrive il numero di contatti medi annuali per paziente nel corso degli ultimi 9 anni (2005-2013), stratificata per sesso. Come già emerso nei report precedenti, si nota un graduale e costante incremento del carico di lavoro (6,9 contatti/paziente/anno nel 2005 vs. 8,1 contatti/paziente/anno nel 2013). Distinguendo in base al genere, emerge un maggior numero di contatti per il sesso femminile in tutti gli anni osservati.

La stratificazione per area geografica, per l'anno 2013, indica chiaramente un numero di contatti maggiori per i MMG che operano nel Centro-Sud (in particolare, Emilia-Romagna, Marche, Abruzzo e Puglia) e nelle Isole (Sicilia) (**Figura 2.1c**). Queste differenze risultano invariate nei diversi anni, con la sola eccezione dell'Emilia Romagna, dove nell'ultimo anno analizzato, si è registrato un aumento di quasi il 2% dei contatti per paziente rispetto agli anni precedenti.

Figura 2.1b Numero medio di contatti per paziente tra il 2003 e il 2013, stratificati per sesso**Figura 2.1c** Distribuzione per sesso e area geografica del numero medio di contatti per paziente nel 2013

Il numero medio di contatti annuali registrati nel 2011, stratificato per fasce di età e sesso, cresce all'aumentare dell'età dei pazienti, con un picco nella fascia di età 75-84 anni. Inoltre, si nota come le donne facciano registrare un maggior numero di contatti nelle fasce d'età più giovani (fino a 74 anni), mentre, nelle classi di età oltre 74 anni, c'è un'inversione di tendenza con un maggior numero di contatti per il sesso maschile (**Figura 2.1d**).

Figura 2.1d Distribuzione per sesso e fasce d'età del numero medio di contatti per paziente nel 2013



2.2 PRESTAZIONI EROGATE (INTERVENTI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI)

Un secondo indicatore, per valutare il carico di lavoro del MMG, è rappresentato dalle prestazioni erogate, ossia dal numero di interventi diagnostico-terapeutici. Pertanto, 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.

Una prima analisi ha valutato l'andamento negli anni considerati (2005-2013) delle tre macro aree di prestazioni: indagine diagnostico-strumentale e di laboratorio, prescrizione farmaceutica, visita specialistica/ricovero (**Figura 2.2a**). Il carico di lavoro legato alle prescrizioni farmaceutiche diminuisce leggermente negli anni, andando da 72,5 richieste di prescrizione su 100 contatti nel 2005 a 71,4/100 contatti nel 2013; al contrario, si nota un aumento delle richieste di indagini diagnostico-strumentali e di laboratorio (da 26,5/100 contatti nel 2005 a 28,1/100 contatti nel 2013) e delle richieste di visite specialistiche e di ricovero (da 13,8/100 contatti nel 2005 a 14,6/100 contatti nel 2013).

Figura 2.2a Numero di contatti culminati in almeno una prestazione (su 100 contatti) negli anni 2005-2013: distribuzione per tipologia di prestazione.

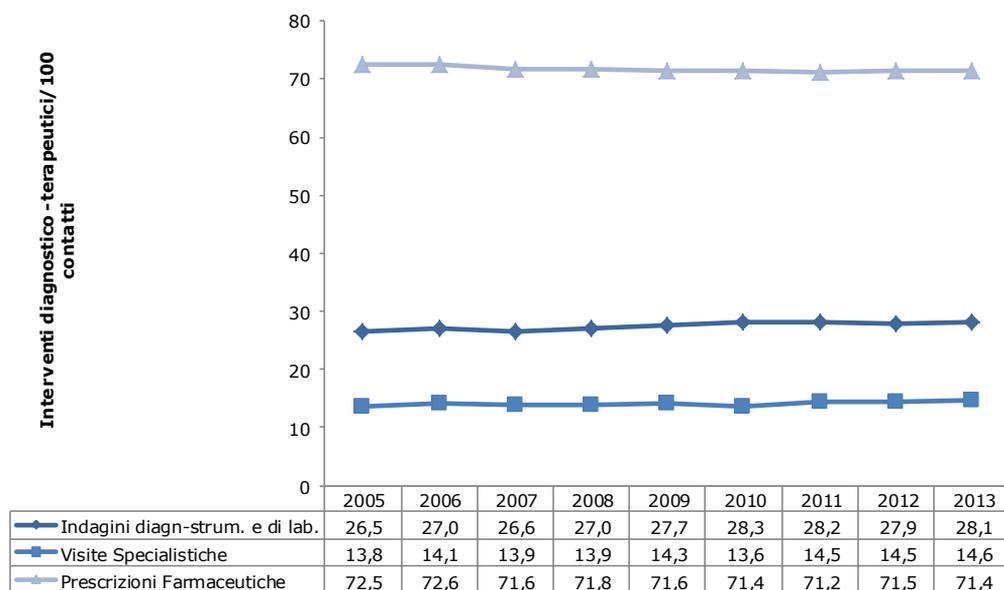
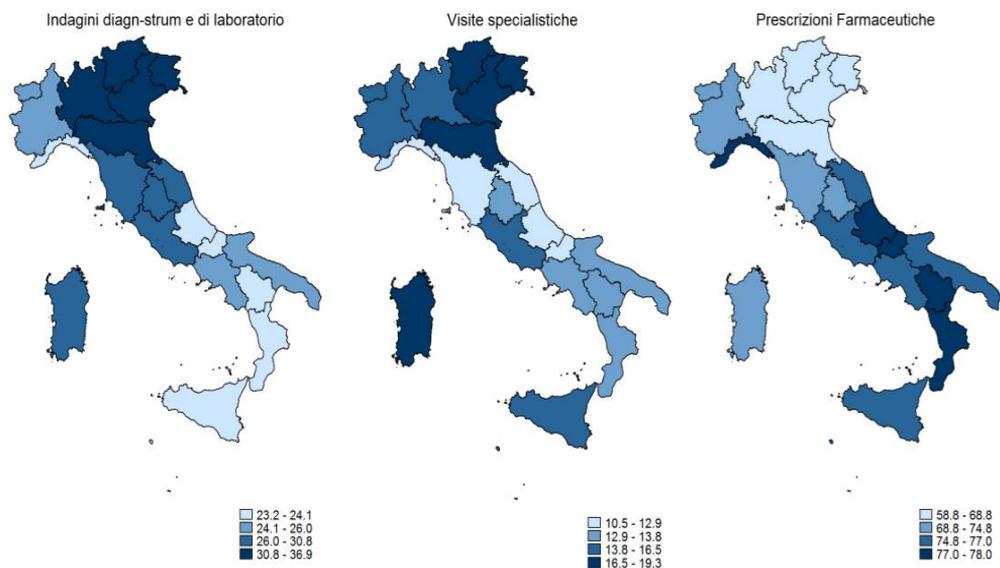


Figura 2.2b Distribuzione area geografica del numero di contatti culminati con almeno una prestazione (su 100 contatti) nel corso del 2013



La distribuzione per area geografica dei contatti culminati in almeno una prestazione ogni 100 contatti effettuati nel 2013 (**Figura 2.2b**) mostra che il carico di lavoro del MMG del Nord e Centro Italia è prevalentemente connesso a indagini di diagnostico-strumentale e di laboratorio, nonché a richiesta di visite specialistiche (queste ultime soprattutto per i MMG del Nord-Est e per la Sardegna); nel Sud Italia e in Sicilia, invece, il carico di lavoro è rappresentato maggiormente dalle prescrizioni farmaceutiche.

Per analizzare le indicazioni cliniche che hanno portato il MMG a effettuare un dato intervento diagnostico-terapeutico, ogni prestazione è stata collegata con la relativa motivazione clinica inserita nel database. In tale analisi, un soggetto che presentava diverse co-morbilità per le quali riceveva più prestazioni, è stato conteggiato più volte per le diverse patologie.

Per valutare quanto incidono le singole patologie sull'attività complessiva del MMG è stata analizzata la distribuzione, suddivisa per sesso, delle patologie che hanno generato il maggior numero di contatti/anno (**Tabella 2.2c**). Per condurre tale analisi è stato considerato al numeratore il numero di contatti imputabili a una data patologia e al denominatore la somma di tutti i contatti. Tra le patologie che hanno generato il maggior numero di contatti, l'ipertensione non complicata è quella maggiormente rappresentata (15,4% dei contatti totali nel 2011 e 15,2% nel 2013), seguita dal diabete mellito di tipo II (5,4% nel 2011 e nel 2013) e dalla dislipidemia (3,6% nel 2011 e 3,8% nel 2013). Considerando le differenze di genere, si nota che il carico di lavoro legato alla depressione e all'osteoporosi è maggiore per le donne, mentre quello dovuto alle malattie ischemiche del cuore è superiore per gli uomini. Per descrivere l'impegno del MMG connesso a ciascuna patologia è stata condotta un'ulteriore analisi che ha considerato al numeratore il numero di contatti causa-specifica e al denominatore il numero di pazienti affetti da una data patologia. Pertanto, è stato stimato il numero medio di visite annuali che il medico effettua per la gestione di una determinata patologia (contatti/paziente/anno). I risultati di questa analisi (**Tabella 2.2d**) mostrano che nel 2013 le patologie che hanno richiesto più di 5 contatti/paziente/anno sono, nell'ordine: Malattie ischemiche del cuore (8,55), Morbo di Parkinson (7,79), Diabete mellito di tipo II (7,65), Fibrillazione atriale (7,54), Diabete mellito di tipo I (7,11), Ipertensione non complicata (6,89), Scompenso cardiaco congestizio (6,32), Disturbi neurologici (5,40), Ipertensione complicata (5,09), Disturbi dell'umore (5,06). Per tutte queste patologie il numero di contatti/paziente/anno registrato nel 2013 è risultato circa identico a quello del 2011, con cali molto lievi. Infine, l'analisi per genere mostra che Malattie ischemiche del cuore e Morbo di Parkinson richiedono un numero di contatti/paziente/anno superiore per gli uomini, mentre, Disturbi dell'umore e Ipertensione non complicata per le donne.

Tabella 2.2c Patologie che hanno generato almeno il 2,0% dei contatti negli anni 2011-2013.

DIAGNOSI	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	2011	2013	2011	2013	2011	2013
Ipertensione non complicata	15,9%	15,7%	15,0%	14,9%	15,4%	15,2%
Diabete mellito di tipo II	6,5%	6,6%	4,6%	4,6%	5,4%	5,4%
Dislipidemia	3,8%	3,9%	3,4%	3,6%	3,6%	3,8%
Malattie ischemiche del cuore	5,3%	5,3%	1,9%	1,9%	3,4%	3,3%
MRGE	2,8%	3,0%	3,1%	3,4%	3,0%	3,3%
Dorsopatie	2,7%	2,6%	3,1%	3,1%	2,9%	2,9%
Disturbi della ghiandola tiroidea	1,0%	1,0%	3,9%	3,9%	2,6%	2,7%
Depressione	1,6%	1,5%	3,1%	3,0%	2,4%	2,4%
Infezioni respiratorie acute	2,3%	2,2%	2,3%	2,3%	2,3%	2,2%
Malattie della prostata	5,2%	5,2%	-	-	-	-
Malattie dell'occhio e degli annessi	2,2%	2,2%	2,2%	2,2%	2,2%	2,2%
Osteoporosi e fratture correlate	0,5%	0,5%	3,3%	3,5%	2,1%	2,2%
Carcinomi solidi senza metastasi	2,1%	2,1%	1,9%	1,9%	2,0%	2,0%

Tabella 2.2d Patologie che hanno richiesto almeno 5 contatti/paziente/anno negli anni 2011-2013.

DIAGNOSI	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	2011	2013	2011	2013	2011	2013
Malattie ischemiche del cuore	9,41	9,11	7,68	7,56	8,75	8,55
Morbo di Parkinson	8,13	8,28	7,61	7,37	7,85	7,79
Diabete mellito tipo II	7,44	7,46	7,99	7,86	7,70	7,65
Fibrillazione atriale	7,32	7,31	7,68	7,77	7,50	7,54
Diabete mellito tipo I	7,40	6,85	7,45	7,42	7,42	7,11
Ipertensione non complicata	6,81	6,49	7,46	7,23	7,16	6,89
Scompenso cardiaco congestizio	6,50	6,35	6,39	6,29	6,44	6,32
Altri disturbi neurologici	5,86	5,40	5,75	5,40	5,80	5,40
Ipertensione complicata	5,07	4,58	6,15	5,57	5,64	5,09
Disturbi umore di tipo psicotico	5,54	4,66	6,15	5,36	5,89	5,06

Questo capitolo presenta i dati di prevalenza, relativi alla popolazione italiana, delle principali patologie croniche con un elevato impatto sociale. Diversamente dagli studi epidemiologici progettati *ad hoc* e dai sistemi che valutano gli esiti di determinate patologie, basati su algoritmi che calcolano indirettamente la prevalenza della specifica malattia mediante le schede di dimissione ospedaliera (SDO), i dati contenuti nel database Health Search (HS) consentono di mappare le patologie croniche in maniera dettagliata e indicativa delle 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, conseguentemente, permettono di stimare il consumo di risorse e il relativo carico di spesa.

In questo capitolo si analizza, inoltre, il profilo prescrittivo di specifiche terapie farmacologiche impiegate nel trattamento di date patologie, consentendo valutazioni sull'appropriatezza d'uso dei farmaci per la cura delle stesse. Riguardo le abitudini prescrittive dei medici di medicina generale (MMG), nel presente Report, è stato dato ampio spazio alla valutazione della quota di farmaci generici prescritti dai medici, analizzandoli per singola molecola/categoria terapeutica e per distribuzione geografica. Infine, per le terapie che richiedono un trattamento cronico e continuativo è stata valutata anche l'aderenza alla terapia stessa, cercando di stimare eventuali differenze tra gli utilizzatori di farmaci generici e quelli di farmaci *branded*.

3.1 MISURE UTILIZZATE

Le patologie esaminate sono state selezionate in base alla diagnosi registrata dal medico nella cartella clinica del paziente utilizzando il sistema di codifica ICD-9-CM. Per tutte le analisi successive i pazienti considerati sono quelli attivi (permanentemente presenti nel database che non siano né deceduti né revocati) al 31 dicembre dell'anno oggetto dell'osservazione, sia con età superiore a 14 anni che con almeno 2 anni di storia clinica nel database.

Per ogni patologia sono state analizzate:

- la **prevalenza di patologia (%)** standardizzata¹ per fasce d'età e stratificata per sesso dal 2005 al 2013; per tale misura sono stati considerati due distinti indicatori:
 - (1) la **prevalenza "lifetime"**: 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. Tale prospettiva parte dal presupposto, tipico della medicina generale, che considera, in presenza di patologia cronica, la necessità della presa in carico del paziente, indipendente dalla sintomatologia clinica e dal conseguente intervento;
 - (2) la **prevalenza "puntuale"**: misura la proporzione di individui di una popolazione che, in un dato periodo di osservazione, ha avuto un contatto (vedi **Capitolo 2**) associato ad una data patologia. Questa prospettiva parte dal presupposto di identificare esclusivamente una patologia con una sintomatologia attiva, ovvero che necessita un intervento diagnostico-terapeutico da parte del MMG.
- la **prevalenza d'uso (o non uso) di farmaci** per la specifica patologia. Essa viene calcolata, ad esempio nel 2013, dividendo il numero di soggetti che, nel corso dell'anno di osservazio-

¹ Standardizzazione: prevalenze aggiustate per controllare gli effetti dovuti all'età o ad altre caratteristiche al fine di permettere validi confronti tra popolazioni diverse.

ne, hanno ricevuto un determinato farmaco (oppure non hanno ricevuto nessuno dei farmaci analizzati), per il totale dei pazienti affetti dalla patologia considerata al 31/12/2013 (e con questo criterio anche negli anni precedenti). Tale indicatore descrive la distribuzione di un farmaco (o del mancato trattamento) nella popolazione, indipendentemente dalla quantità di principio attivo consumato da ogni soggetto;

- la **quota di prescrizione del generico** calcolata come % delle DDD² prescritte ai pazienti affetti da una data patologia, selezionati all'inizio dell'anno di osservazione. Tale quota è stata valutata per singola molecola o classe terapeutica nell'anno 2013, distinguendo tra prescrizione del farmaco generico (intesa anche come prescrizione del solo principio attivo) e quella del farmaco branded;
- la **prevalenza d'uso dei generici** per la specifica patologia. Essa viene calcolata dividendo il numero di soggetti che, nel corso dell'anno di osservazione, hanno ricevuto una prescrizione di almeno un farmaco generico (o del solo principio attivo) per il trattamento di quella patologia, per il totale dei pazienti affetti dalla patologia considerata al 31/12/2013. Tale indicatore descrive l'attitudine a prescrivere il generico (o il principio attivo) indipendentemente dalla quantità di principio attivo consumato da ogni soggetto;
- l'**aderenza al trattamento** valutata in termini di prescrizioni ripetute. In un dato anno, è stato calcolato il numero di soggetti con almeno l'80% dei giorni coperti del potenziale periodo di trattamento (la definizione più frequentemente utilizzata in letteratura), sul totale dei pazienti con almeno una prescrizione di farmaco appartenente a una specifica categoria terapeutica. Tale analisi è stata effettuata limitatamente ai nuovi utilizzatori di un dato farmaco/classe terapeutica (ossia quei soggetti che non presentavano alcuna prescrizione del farmaco/classe terapeutica nell'anno precedente) ed è stata confrontata la quota di soggetti aderenti che avevano ricevuto come prima prescrizione un farmaco generico (o il solo principio attivo) e quelli che avevano ricevuto come prima prescrizione un farmaco branded.

3.2 IPERTENSIONE ARTERIOSA

3.2.1 NOTE METODOLOGICHE

Diagnosi (ICD-9-CM): 401-405.x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Alfa bloccanti (C02); (2) Diuretici (C03); (3) Beta bloccanti (C07); (4) Calcio antagonisti (C08); (5) ACE inibitori ed associazioni (C09A, C09B); (6) Sartani ed associazioni (C09C, C09D).

3.2.2 RISULTATI

La prevalenza di ipertensione presenta un trend crescente che varia dal 21,0% del 2005 al 26,7% del 2013, con stime maggiori nelle donne (22,1% nel 2005 e 27,4% nel 2013) rispetto agli uomini (19,8% nel 2005 e 25,9% nel 2013) (**Figura 3.2a**). Tale aumento potrebbe essere dipeso da una crescita della diagnosi codificata del MMG. L'analisi geografica delle stime di prevalenza mostra una maggiore prevalenza nelle regioni del sud rispetto al centro e al nord (**Figura 3.2b**). In merito all'età, si registra una relazione positiva all'aumentare dell'età con un picco nella fascia 75-84 anni e una riduzione negli ultra 85enni, questo andamento potrebbe dipendere dalle modifiche delle linee guida per i target pressori da raggiungere per il trattamento in questi pazienti. La prevalenza di ipertensione risulta superiore nei maschi nelle fasce d'età tra l'adolescenza e i 55-64 anni (43,3% nei maschi

2 DDD (Dose Definita Die)/1.000 abitanti die: numero di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1.000 abitanti in un determinato periodo di osservazione.

vs. 40,4% nelle femmine); viceversa, dopo i 55 anni la prevalenza è superiore nel sesso femminile (**Figura 3.2c**).

L'analisi della prevalenza d'uso dei farmaci antipertensivi mostra un trend in crescita dal 2005 al 2013 per sartani e beta bloccanti, mentre le altre classi di farmaci risultano generalmente stabili o in leggera diminuzione. Gli ACE inibitori rappresentano la classe di farmaci maggiormente prescritta in tutti gli anni analizzati e, nel 2013, rappresentano il 35,7% dei farmaci antipertensivi (**Figura 3.2d**).

La quota di prescrizione dei farmaci generici varia da 28,3% per gli ACE Inibitori a 3,8% per i sartani; per le altre classi di farmaci essa si attesta tra il 15% e il 25% (**Figura 3.2e**). La prevalenza d'uso di farmaci generici degli antipertensivi è superiore al centro-nord rispetto al sud e alle isole (**Figura 3.2f**). Oltre la metà dei nuovi utilizzatori di ACE inibitori, sartani e calcio antagonisti è risultata aderente alla terapia ($\geq 80\%$ dei giorni coperti) e tra questi, la quota dei soggetti aderenti che inizia la terapia con un farmaco generico è superiore a quelli che iniziano con un farmaco branded (62,8% vs 56,5% per gli ACE inibitori; 63,5% vs 62,0% per i sartani; 53,1% vs 47,9% per i calcio antagonisti). I nuovi utilizzatori delle altre classi terapeutiche, invece, sono risultati aderenti alla terapia, in meno del 30% dei casi. (**Figura 3.2g**).

Figura 3.2a Prevalenza (%) "lifetime" di Ipertensione arteriosa standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2005-2013)

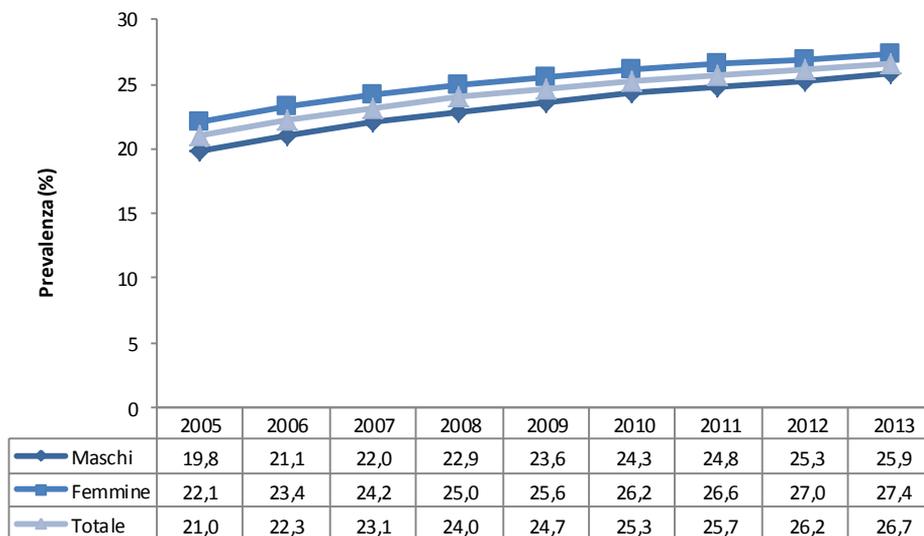
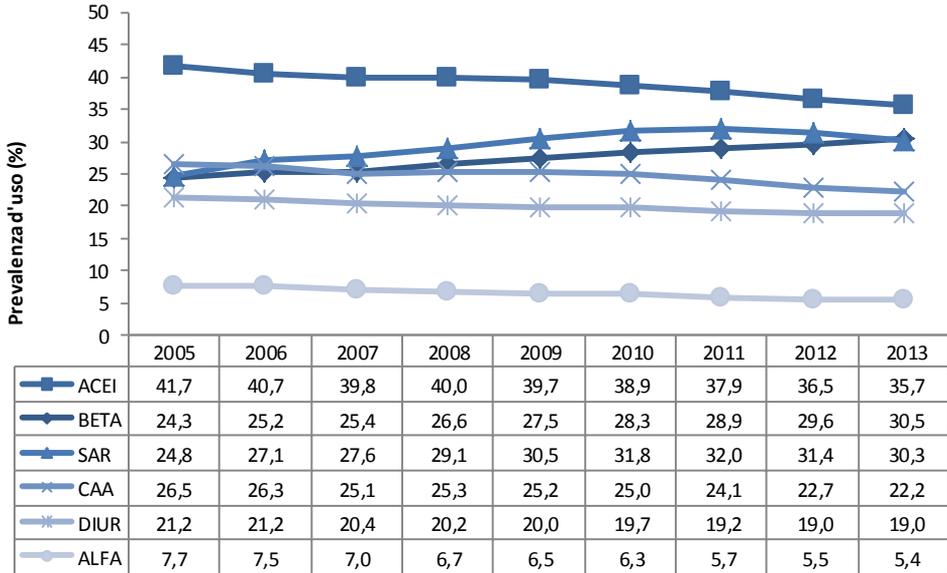
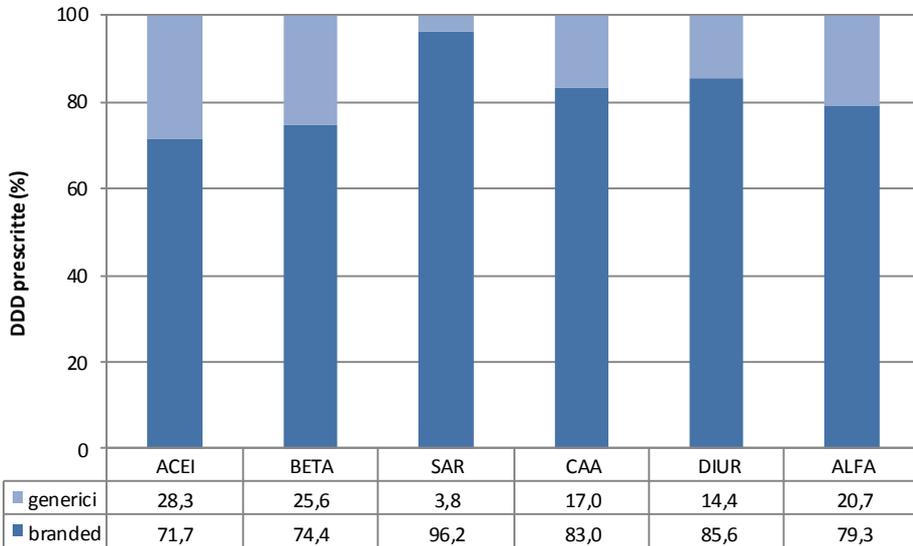


Figura 3.2d Prevalenza d'uso (%) di farmaci antipertensivi in soggetti con diagnosi di Ipertensione arteriosa: analisi per categorie terapeutiche (anni 2005-2013)



ACEI: ACE-inibitori (da soli o in associazione); SAR: Sartani da soli o in associazione); BETA: Beta-bloccanti; CAA: Calcio-antagonisti; DIUR: Diuretici; ALFA=Alfa-bloccanti

Figura 3.2e Prescrizione dei farmaci antipertensivi in soggetti con diagnosi di Ipertensione arteriosa nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



ACEI: ACE-inibitori (da soli o in associazione); SAR: Sartani da soli o in associazione); BETA: Beta-bloccanti; CAA: Calcio-antagonisti; DIUR: Diuretici; ALFA=Alfa-bloccanti

Figura 3.2f Prevalenza d'uso dei generici di farmaci antipertensivi in soggetti con diagnosi di ipertensione arteriosa trattati: distribuzione per area geografica (anno 2013)

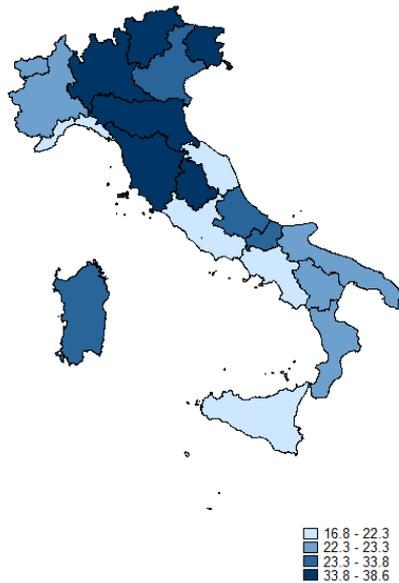
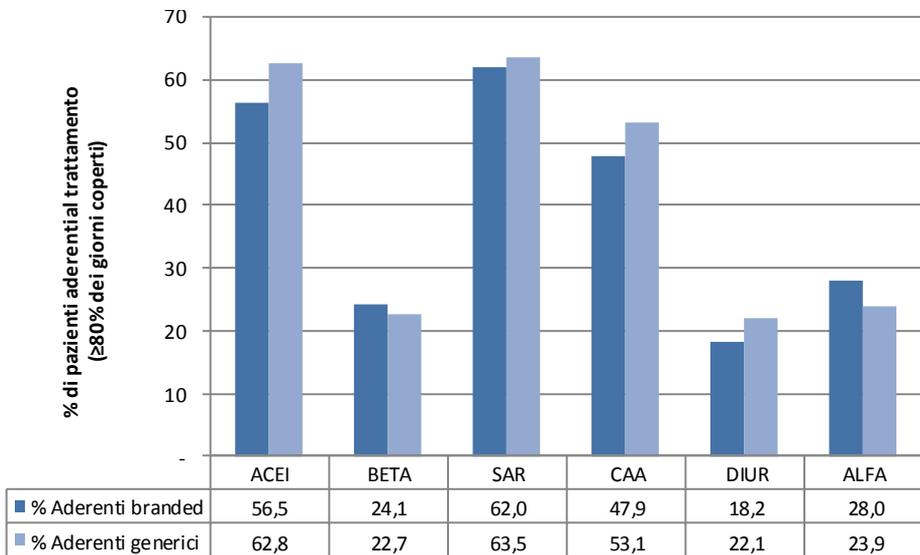


Figura 3.2g Aderenza al trattamento antipertensivo (pazienti con $\geq 80\%$ dei giorni coperti) in soggetti nuovi utilizzatori di farmaci con diagnosi di ipertensione arteriosa nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



ACEI: ACE-inibitori (da soli o in associazione); SAR: Sartani da soli o in associazione); BETA: Beta-bloccanti; CAA: Calcio-antagonisti; DIUR: Diuretici; ALFA=Alfa-bloccanti

3.3 ICTUS ISCHEMICO

3.3.1 NOTE METODOLOGICHE

Diagnosi (ICD-9-CM): 433.x-436.x, 438.x, 342.x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Ipolipidemizzanti (C10); (2) Antitrombotici (B01A); (3) Antipertensivi (C02, C03, C07-9); (4) L'uso nel corso dell'anno di osservazione di tutte le categorie terapeutiche considerate.

3.3.2 RISULTATI

La prevalenza di ictus ischemico presenta un trend crescente che varia dal 2,2% del 2005 al 3,8% del 2013, con stime maggiori negli uomini (2,4% nel 2005 e 3,9% nel 2013) rispetto alle donne (2,1% nel 2005 e 3,6% nel 2013) (**Figura 3.3a**). Per entrambi i generi, le regioni con la maggiore prevalenza sono risultate Veneto, Emilia-Romagna, Liguria, Basilicata e Calabria (**Figura 3.3b**). L'analisi per fasce di età evidenzia una relazione positiva al crescere dell'età sia per i maschi sia per le femmine, con stime consistentemente più elevate nel sesso maschile (**Figura 3.3c**).

L'analisi della prevalenza d'uso di antipertensivi mostra una sostanziale stabilità per i farmaci antipertensivi e antitrombotici, con valori superiori al 70% sul totale dei soggetti con diagnosi di ictus. Tra il 2005 e il 2013 si è osservato, inoltre, un aumento nell'uso della politerapia (25,7% nel 2005 vs. 40,1% nel 2013), in via di stabilizzazione negli ultimi anni. Tale andamento è da imputare principalmente all'uso crescente di ipolipidemizzanti (32,3% nel 2005 vs. 51,9% nel 2013) (**Figura 3.3d**).

Nel 2013 la prescrizione di farmaci generici ai soggetti affetti da ictus è stata pari al 19,6% di tutti gli antipertensivi prescritti, seguita dal 13,6% degli ipolipidemizzanti e dal 7,8% degli antitrombotici (**Figura 3.3e**). La prevalenza d'uso dei generici di farmaci cardiovascolari in soggetti affetti da ictus è molto variabile sul territorio nazionale e ha fatto registrare stime di prevalenza più elevate nel nord rispetto al centro e al sud (**Figura 3.3f**). Circa il 50% dei soggetti nuovi utilizzatori di antipertensivi nel 2013 sono risultati aderenti al trattamento e, nello specifico, coloro che iniziavano la terapia con un farmaco generico rispetto a quelli che usavano un farmaco branded (55,7% vs 49,5%). Gli utilizzatori di antitrombotici sono risultati aderenti in circa il 40% dei casi, con stime simili tra utilizzatori di generici e branded (42,5% vs 41,3) mentre, i nuovi utilizzatori di ipolipidemizzanti sono risultati aderenti nel 39,7% quando impiegavano un farmaco branded, rispetto al 26,8% di coloro che iniziavano con un farmaco generico (**Figura 3.3g**).

Figura 3.3a Prevalenza (%) "lifetime" di Ictus ischemico standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2005-2013)

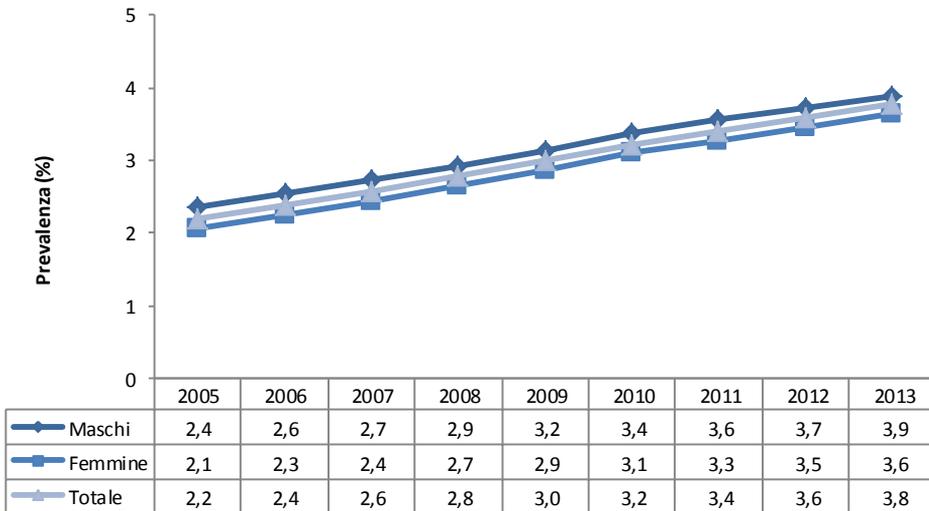


Figura 3.3b Prevalenza (%) "lifetime" di Ictus ischemico standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2013)

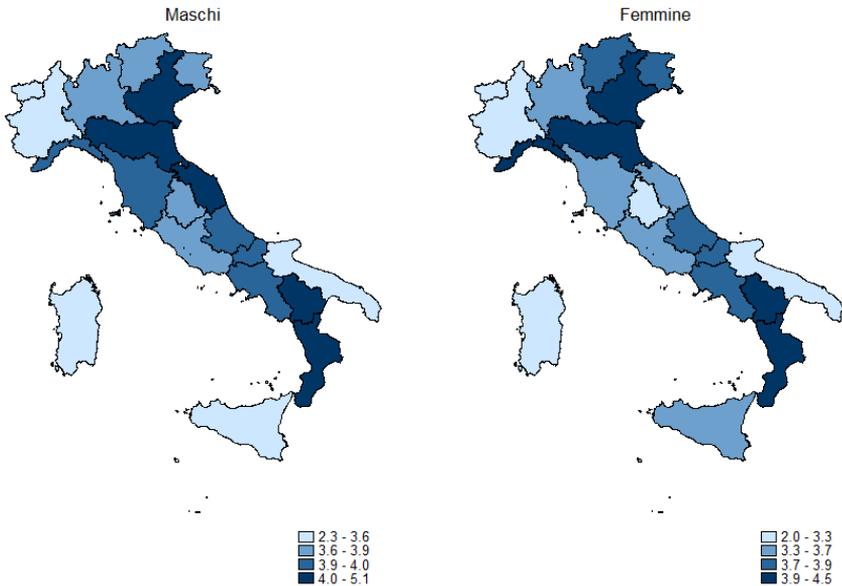
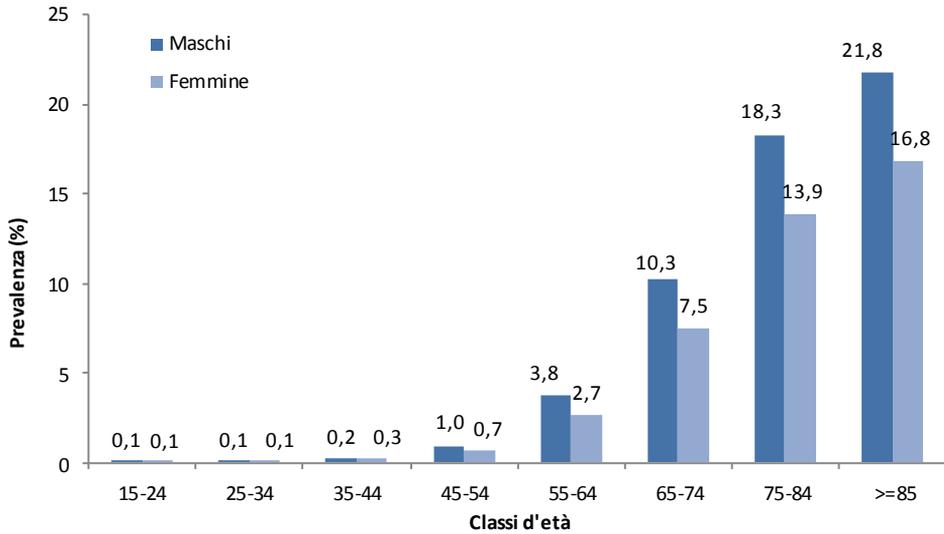
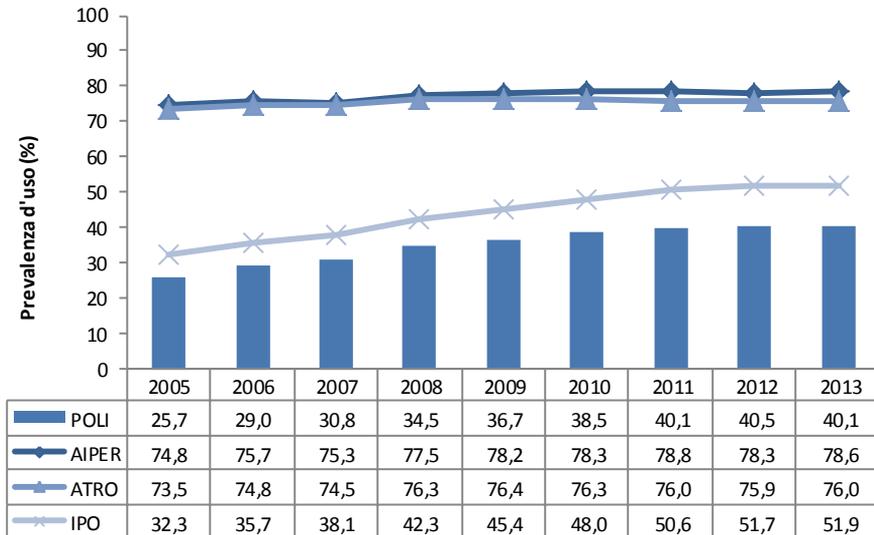


Figura 3.3c Prevalenza (%) "lifetime" di Ictus ischemico: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)**Figura 3.3d** Prevalenza d'uso (%) di farmaci cardiovascolari in soggetti con diagnosi di Ictus: analisi per categorie terapeutiche (anni 2005-2013)

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

Figura 3.3e Prescrizione dei farmaci cardiovascolari in soggetti con diagnosi di Ictus nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



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

Figura 3.3f Prevalenza d'uso dei generici di farmaci cardiovascolari in soggetti con diagnosi di Ictus trattati: distribuzione per area geografica (anno 2013)

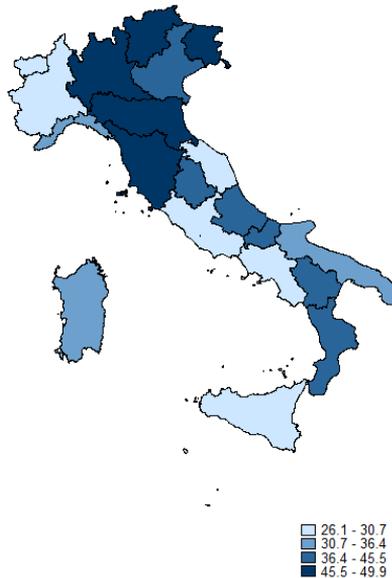
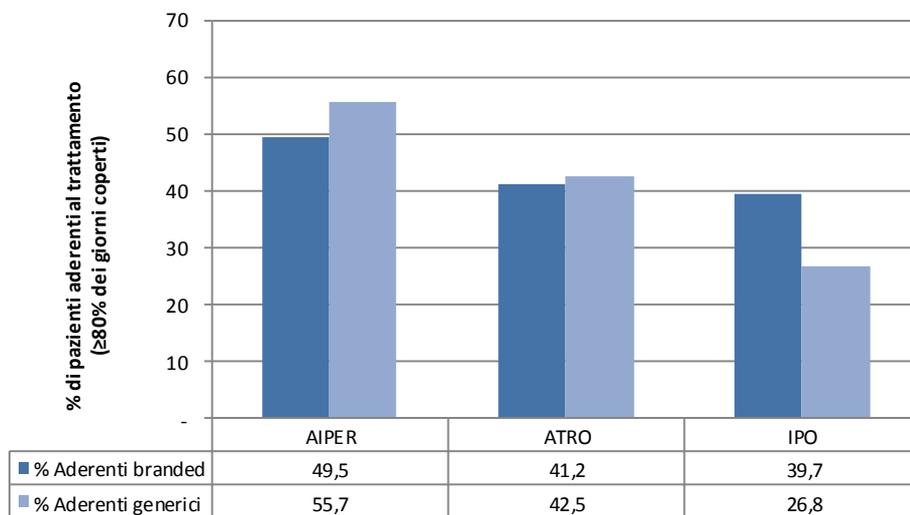


Figura 3.3g Aderenza al trattamento cardiovascolare (pazienti con $\geq 80\%$ dei giorni coperti) in soggetti nuovi utilizzatori di farmaci con diagnosi di Ictus nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



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

3.4 MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE

3.4.1 NOTE METODOLOGICHE

Diagnosi (ICD-9-CM): 410.x-414.x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Ipolipidizzanti (C10); (2) Antitrombotici (B01A); (3) Antipertensivi (C02, C03, C07-9); (4) L'uso nel corso dell'anno di osservazione di tutte le categorie terapeutiche considerate.

3.4.2 RISULTATI

La prevalenza di malattie ischemiche cardiache (IHD) mostra un trend in leggera crescita che varia dal 3,5% del 2005 al 4,1% del 2013, con stime sensibilmente maggiori negli uomini (4,4% nel 2005 e 5,2% nel 2013) rispetto alle donne (2,7% nel 2005 vs. 3,0% nel 2013) (**Figura 3.4a**). Si osservano differenze geografiche per quanto concerne le stime di prevalenza, con i valori più elevati al sud e in Emilia-Romagna per entrambi i sessi (**Figura 3.4b**). Un trend crescente si evidenzia in relazione all'aumento dell'età sia per i maschi sia per le femmine, con valori molto più elevati nei maschi in tutte le fasce di età, si registra il picco del 20,7% tra gli ultra 85enni (**Figura 3.4c**).

L'analisi sulla prevalenza d'uso di antipertensivi mostra una sostanziale stabilità per antipertensivi, con valori superiori all'80% sul totale dei casi osservati e antitrombotici, con valori superiori al 70%. Di contro, si registra un aumento nell'uso di ipolipidizzanti (49,3% nel 2005 vs. 65,1% nel 2013) con conseguente aumento della politerapia (42,4% nel 2005 vs. 55,9% nel 2013) (**Figura 3.4d**).

La quota di generici prescritti nel 2013 a soggetti affetti da IHD è stata pari al 18,9% per gli antiper-

tensivi, mentre per gli ipolipidizzanti e gli antitrombotici è stata del 6,7% e 5,3%, rispettivamente (**Figura 3.4e**). La prevalenza d'uso dei generici per i soggetti affetti da IHD nel 2013, è risultata superiore al nord e in alcune regioni del centro rispetto al sud (**Figura 3.4f**). Tra i nuovi utilizzatori di farmaci nel corso del 2013, la metà di coloro che erano in terapia con antipertensivi è risultata aderente alla terapia, sia se aveva iniziato con un farmaco generico (50,8%) sia se aveva ricevuto un farmaco branded (51,4%). Diversamente, tra i nuovi utilizzatori di antitrombotici e ipolipidizzanti la quota di soggetti aderenti alla terapia, che aveva iniziato con un farmaco generico, era di molto inferiore a quella di coloro che avevano iniziato con un farmaco branded (25,0% vs 42,3% per gli antitrombotici e 26,5% vs 47,8% per gli ipolipidizzanti) (**Figura 3.4g**).

Figura 3.4a Prevalenza (%) "lifetime" di Malattie ischemiche del cuore standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2005-2013)

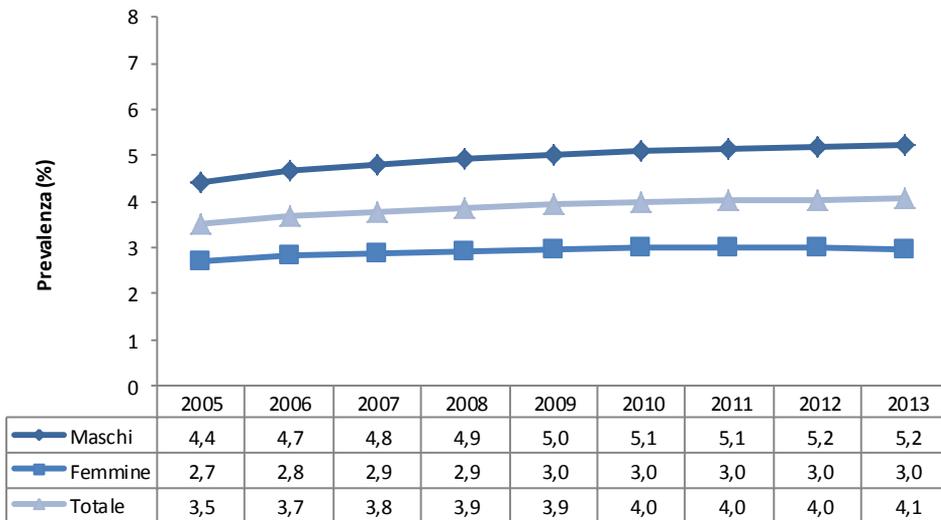


Figura 3.4b Prevalenza (%) "lifetime" di Malattie ischemiche del cuore standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2013)

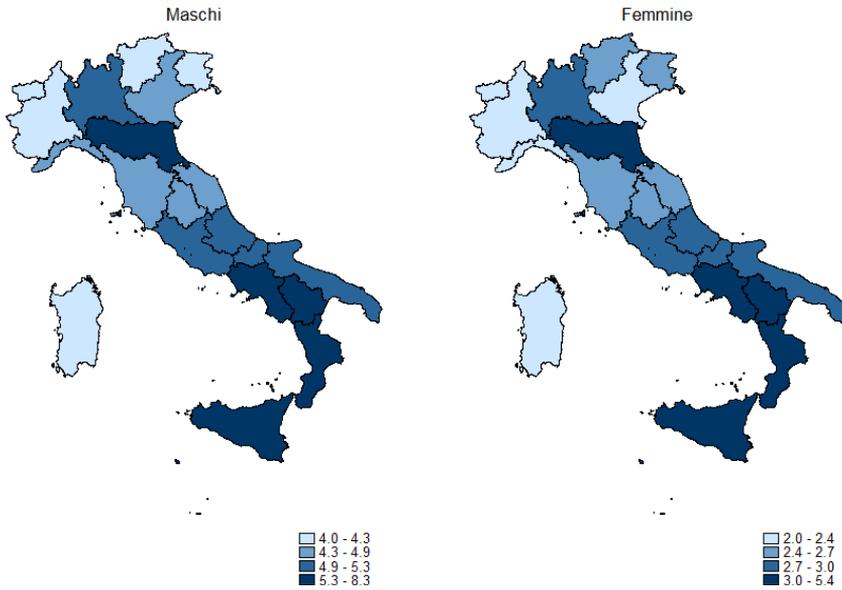


Figura 3.4c Prevalenza (%) "lifetime" di Malattie ischemiche del cuore: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)

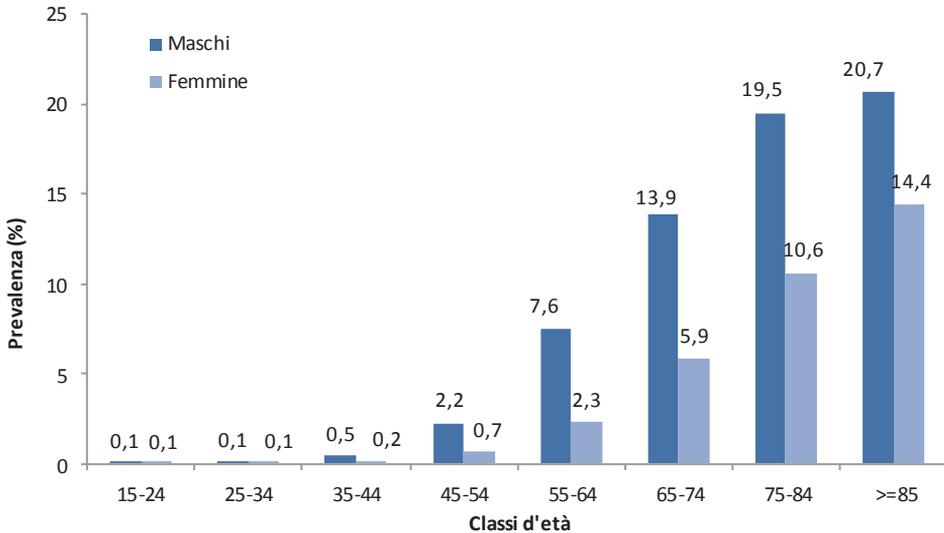
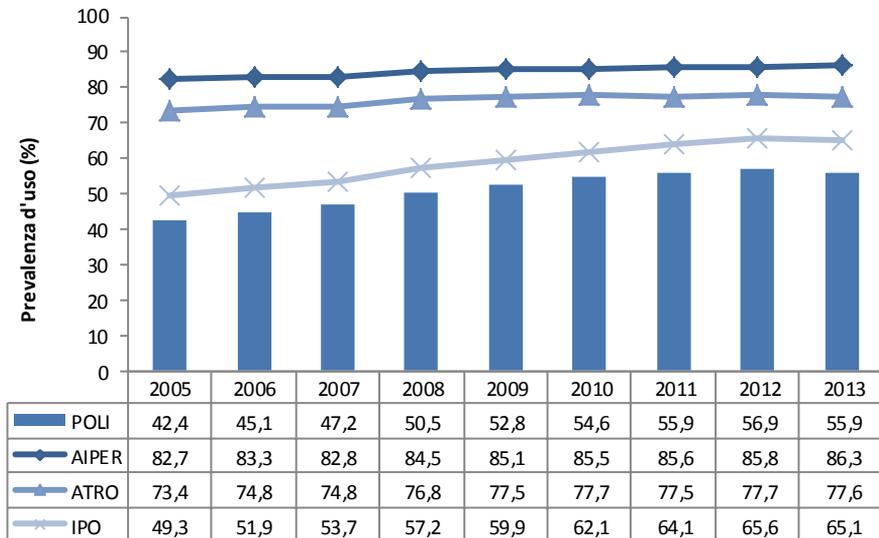
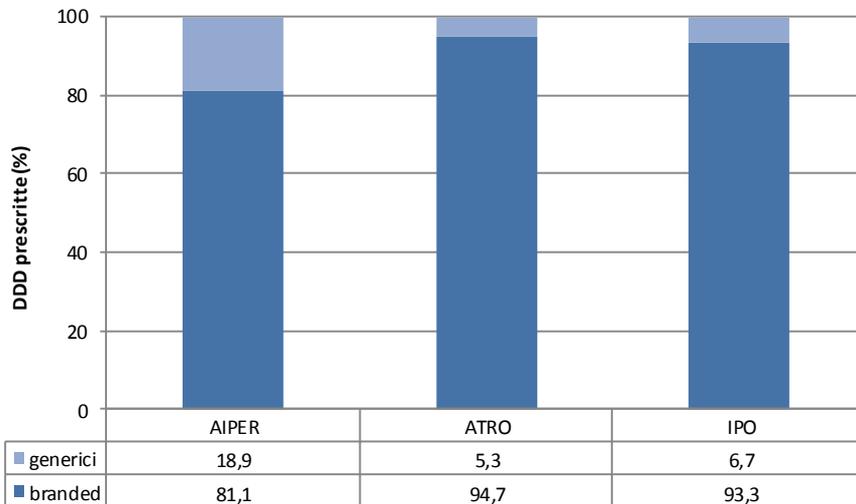


Figura 3.4d Prevalenza d'uso (%) di farmaci cardiovascolari in soggetti con diagnosi di Malattie ischemiche del cuore: analisi per categorie terapeutiche (anni 2005-2013)



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

Figura 3.4e Prescrizione dei farmaci cardiovascolari in soggetti con diagnosi di Malattie ischemiche del cuore nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



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

Figura 3.4f Prevalenza d'uso dei generici di farmaci cardiovascolari in soggetti con diagnosi di Malattie ischemiche del cuore trattati: distribuzione per area geografica (anno 2013)

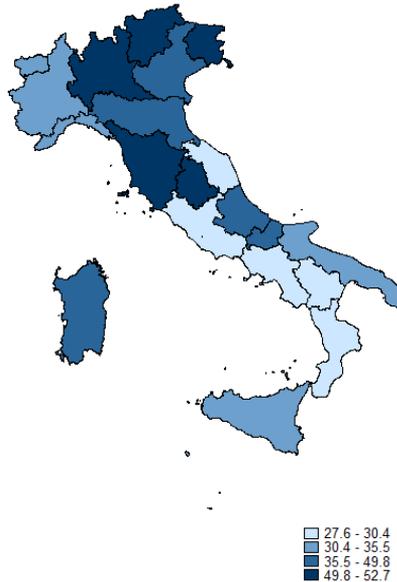


Figura 3.4g Aderenza al trattamento cardiovascolare (pazienti con $\geq 80\%$ dei giorni coperti) in soggetti nuovi utilizzatori di farmaci con diagnosi di Malattie ischemiche del cuore nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



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

3.5 SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO

3.5.1 NOTE METODOLOGICHE

Diagnosi (ICD-9-CM): 428.x, 402.91, 404.91, 402.11, 402.01, 404.01

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Glucosidi Cardiaci (C01A); (2) Diuretici (C03); (3) Betabloccanti (C07); (4) Ace-Inibitori ed associazioni (C09A;C09B); (5) Sartani ed associazioni (C09C;C09D).

3.5.2 RISULTATI

La prevalenza di scompenso cardiaco mostra un trend lievemente in crescita che varia da 1,0% del 2005 all'1,2% del 2013, con stime analoghe sia negli uomini sia nelle donne (**Figura 3.5a**). Le stime mostrano differenze geografiche, con i valori più elevati in Lombardia, Liguria, Toscana, Basilicata, Calabria e Sicilia per il sesso maschile; e Trentino, Friuli, Basilicata, Calabria e Sicilia per quello femminile (**Figura 3.5b**). Si osserva un trend crescente al crescere dell'età per entrambi i generi, con stime più elevate nel sesso maschile (**Figura 3.5c**).

La prevalenza d'uso dei farmaci per lo scompenso cardiaco mostra che tra il 2005 e il 2013 tutte le categorie terapeutiche sono in crescita, ad eccezione di glucosidi e ACE inibitori che invece sono in costante calo. La classe di farmaci maggiormente impiegata è, in tutti gli anni considerati, quella dei diuretici che rappresentano oltre il 65% di tutte le terapie per lo scompenso cardiaco (**Figura 3.5d**).

La quota di generici prescritti nel 2013 ai soggetti con scompenso cardiaco è stata del 29,5% per i beta bloccanti, seguita dal 27,4% per gli ACE inibitori, dal 17,8% per i diuretici e dal 4,7% per i sartani. Mentre, per i glicosidi cardiaci non sono disponibili farmaci generici (**Figura 3.5e**). L'analisi geografica della prevalenza d'uso del generico nel 2013 mostra un gradiente negativo procedendo da nord a sud (**Figura 3.5f**). Tra i nuovi utilizzatori di farmaci nel 2013, le percentuali più elevate di soggetti aderenti alla terapia sono state registrate per i soggetti in trattamento con sartani o ACE inibitori, con valori più alti tra coloro che iniziavano con un farmaco generico rispetto al farmaco branded (74,1% vs 58,7% per i sartani e 56,8% vs 49,7% per gli ACE inibitori). La quota di soggetti aderenti alla terapia è risultata più contenuta nel gruppo di nuovi utilizzatori di diuretici e beta bloccanti, seppure, anche per queste categorie terapeutiche, coloro che iniziavano con un generico hanno registrato quote più elevate di aderenza (**Figura 3.5g**).

Figura 3.5a Prevalenza (%) "lifetime" di Scenpenso cardiaco standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2005-2013)

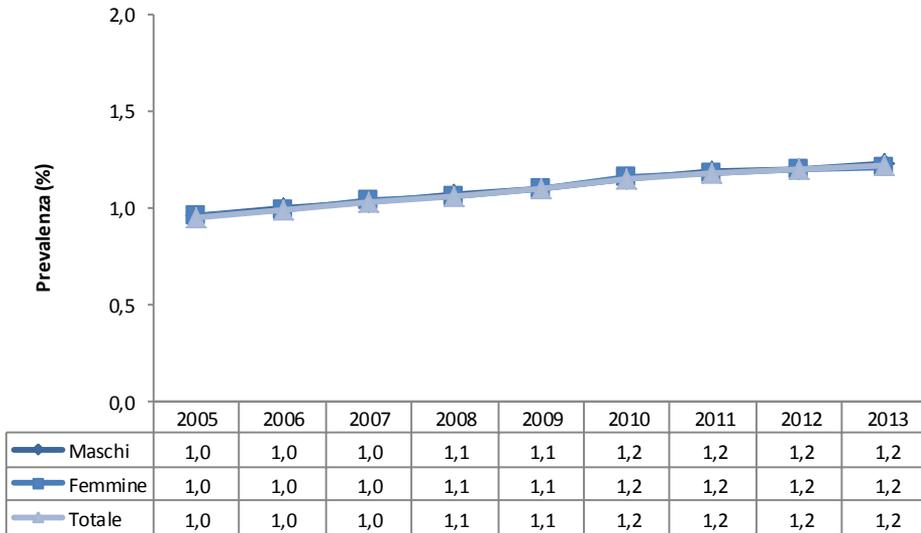


Figura 3.5b Prevalenza (%) "lifetime" di Scenpenso cardiaco standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2013)

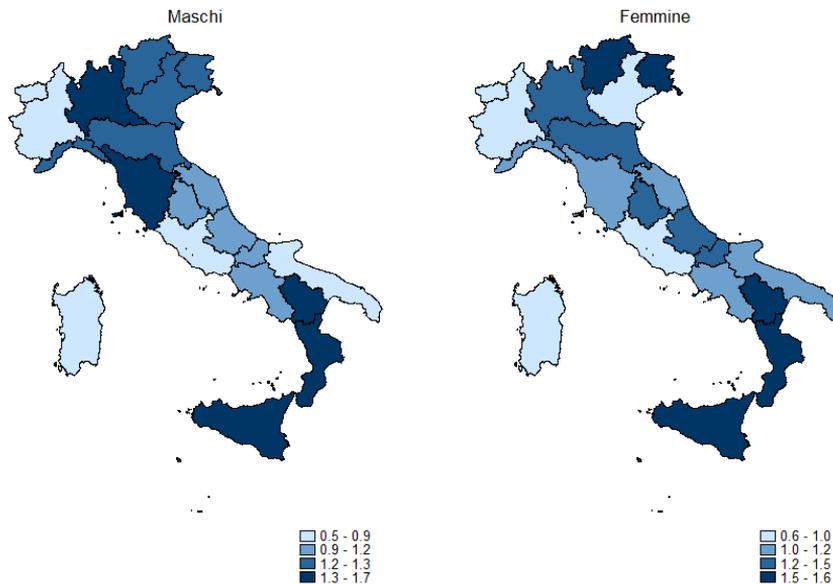


Figura 3.5c Prevalenza (%) “lifetime” di Scopenso cardiaco: analisi per sesso e fasce d’età (anno 2013)

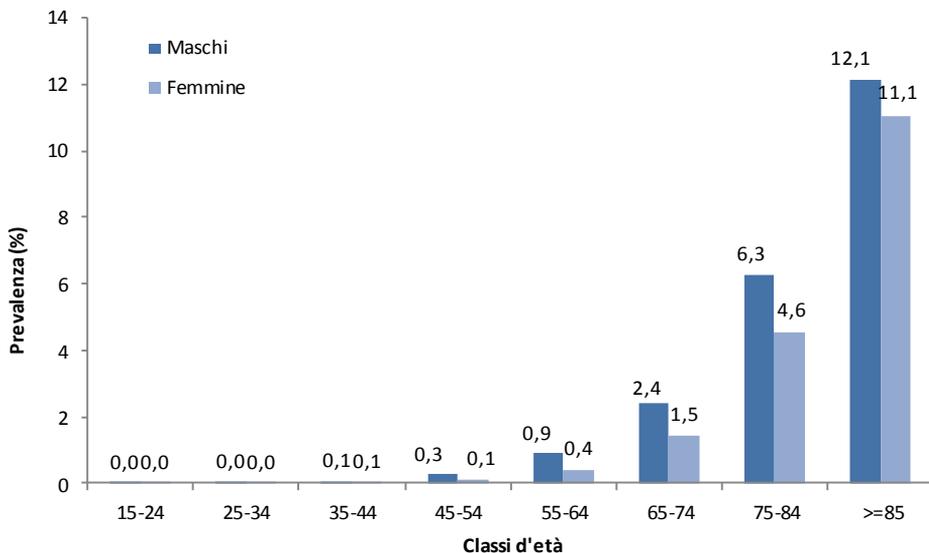
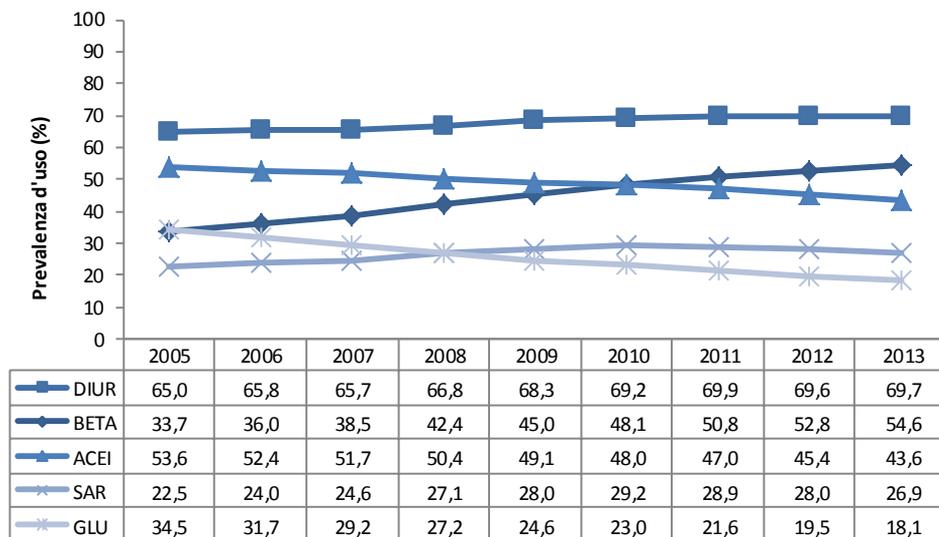


Figura 3.5d Prevalenza d’uso (%) di farmaci cardiovascolari in soggetti con diagnosi di Scopenso Cardiaco Congestizio: analisi per categorie terapeutiche (anni 2005-2013)



DIUR: Diuretici; BETA: Beta-bloccanti; ACEI=Ace-Inibitori (da soli o in associazione); SAR: Sartani (da soli o in associazione); GLU: Glucosidi.

Figura 3.5e Prescrizione dei farmaci cardiovascolari in soggetti con diagnosi di Scompenso cardiaco nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



DIUR: Diuretici; BETA: Beta-bloccanti; ACEI=Ace-Inibitori (da soli o in associazione); SAR: Sartani (da soli o in associazione); GLU: Glucosidi.

Figura 3.5f Prevalenza d'uso dei generici di farmaci cardiovascolari in soggetti con diagnosi di Scompenso cardiaco trattati: distribuzione per area geografica (anno 2013)

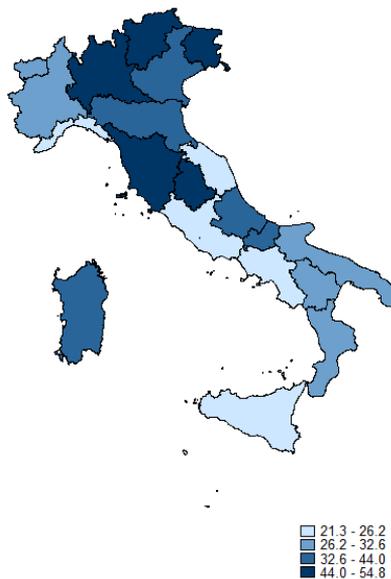
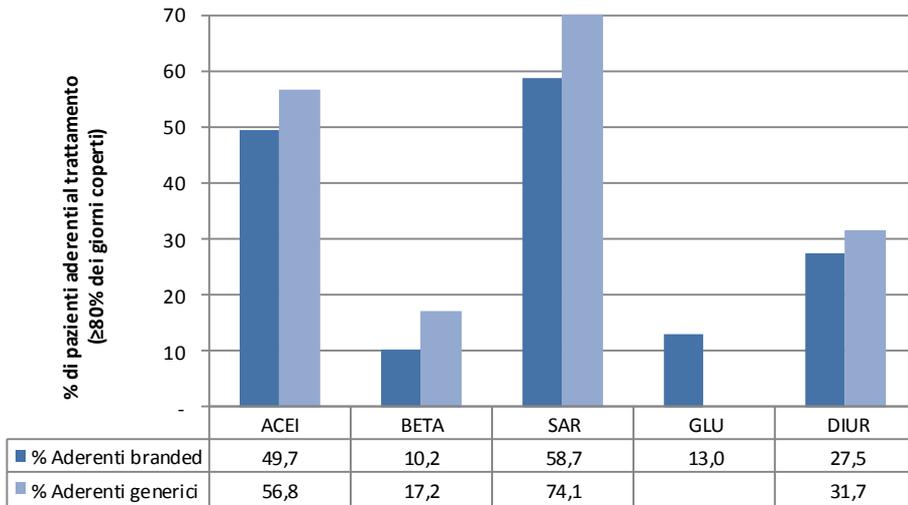


Figura 3.5g Aderenza al trattamento cardiovascolare (pazienti con $\geq 80\%$ dei giorni coperti) in soggetti nuovi utilizzatori di farmaci con diagnosi di Scompenso Cardiaco Congestizio nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



DIUR: Diuretici; BETA: Beta-bloccanti; ACEI=Ace-Inibitori (da soli o in associazione); SAR: Sartani (da soli o in associazione); GLU: Glucosidi.

3.6 DIABETE MELLITO TIPO 2

3.6.1 NOTE METODOLOGICHE

Diagnosi (ICD-9-CM): 250.x, esclusi 250.x1 e 250.x3

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Insulina (A10A); (2) Metformina (A10BA02); (3) Glitazoni da soli o in associazione con metformina (A10BG A10BD03, A10BD04, A10BD05, A10BD06); (4) Sulfaniluree da sole o in associazione con metformina (A10BB, A10BC, A10BD01, A10BD02); (5) Repaglinide (A10BX02); (6) Inibitori DDP4/Agonisti GLP1 da soli o in associazione con metformina (A10BH01, A10BH02, A10BH03, A10BX04, A10BX07, A10BD07, A10BD08).

3.6.2 RISULTATI

La prevalenza di diabete mellito di tipo 2 mostra un trend crescente che varia dal 5,9% del 2005 al 7,7% del 2013, con stime più elevate negli uomini (6,5% nel 2005 e 8,4% nel 2013) rispetto alle donne (5,4% nel 2005 e 7,0% nel 2013) (**Figura 3.6a**). Si osservano rilevanti differenze geografiche nella stima di prevalenza con valori superiori al sud rispetto al centro e al nord Italia per i maschi e per le femmine (**Figura 3.6b**). L'analisi per età mostra un trend crescente al crescere dell'età sia per i maschi sia per le femmine, con un picco nella fascia 75-84 anni e una successiva riduzione negli ultra 85enni. In questa fascia d'età la differenza di prevalenza tra donne e uomini si attenua in maniera rilevante (**Figura 3.6c**).

L'analisi di esposizione ai farmaci fa registrare un importante aumento nella prevalenza d'uso di metformina (25,8% nel 2005 vs. 45,5% nel 2013), accompagnata da una riduzione delle sulfaniluree (41,3% nel 2005 vs. 19,6% nel 2013); tutti gli altri farmaci antidiabetici mostrano un leggero ma costante aumento tra il 2005 e il 2013 (**Figura 3.6d**).

La quota di farmaci generici prescritti a soggetti con diabete di tipo 2 nel 2013 è pari al 32,6% delle prescrizioni di repaglinide, al 31,7% di quelle della metformina e all'11,3% delle sulfaniluree. Per le altre classi di farmaci antidiabetici, invece, i generici non sono disponibili sul mercato (**Figura 3.6e**). La prevalenza d'uso dei generici di farmaci antidiabetici nel 2013 è maggiore al nord (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana) e al sud (Puglia) rispetto al centro e alle isole (**Figura 3.6f**). Tra i nuovi utilizzatori delle classi terapeutiche per le quali sono disponibili i generici, si nota una maggiore quota di aderenti alla terapia tra coloro che hanno iniziato con un farmaco branded rispetto a coloro che hanno intrapreso il trattamento con un generico, in particolare per gli utilizzatori di metformina (26,4% vs. 22,5%) e sulfaniluree (38,9% vs. 28,3%). Al contrario, tra i nuovi utilizzatori di repaglinide la quota di aderenti è maggiore tra coloro che avevano iniziato con il generico (35,9% vs 29,3%) (**Figura 3.6g**).

Figura 3.6a Prevalenza (%) "lifetime" di Diabete mellito tipo 2 standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2005-2013)

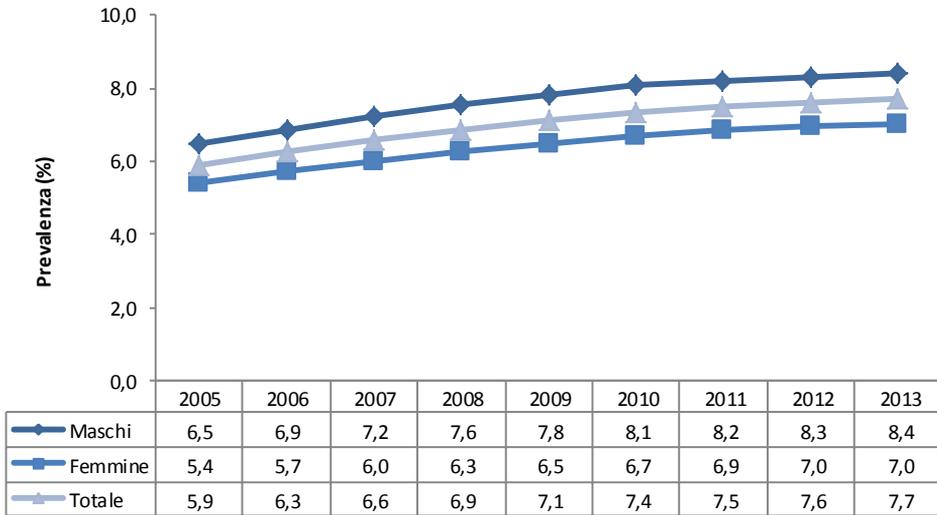


Figura 3.6b Prevalenza (%) "lifetime" di Diabete mellito tipo 2 standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2013)

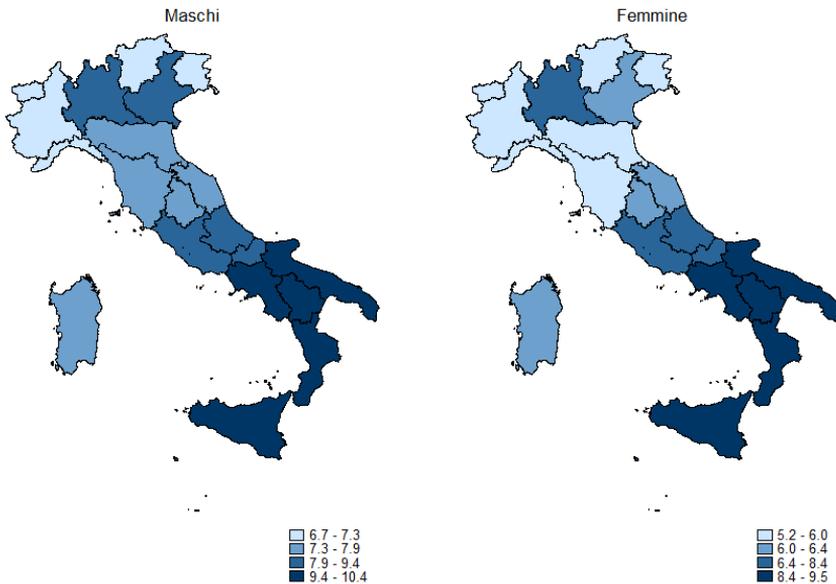


Figura 3.6c Prevalenza (%) "lifetime" di Diabete mellito tipo 2: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)

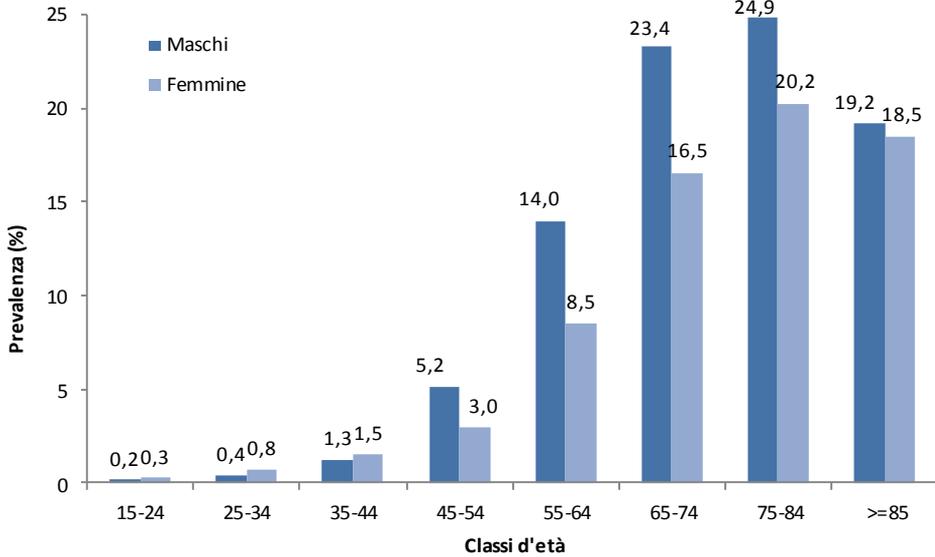
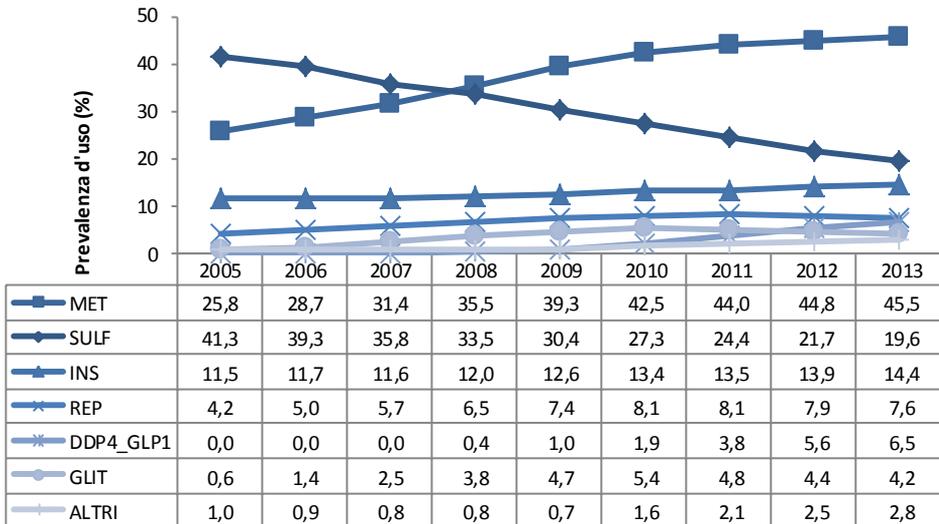
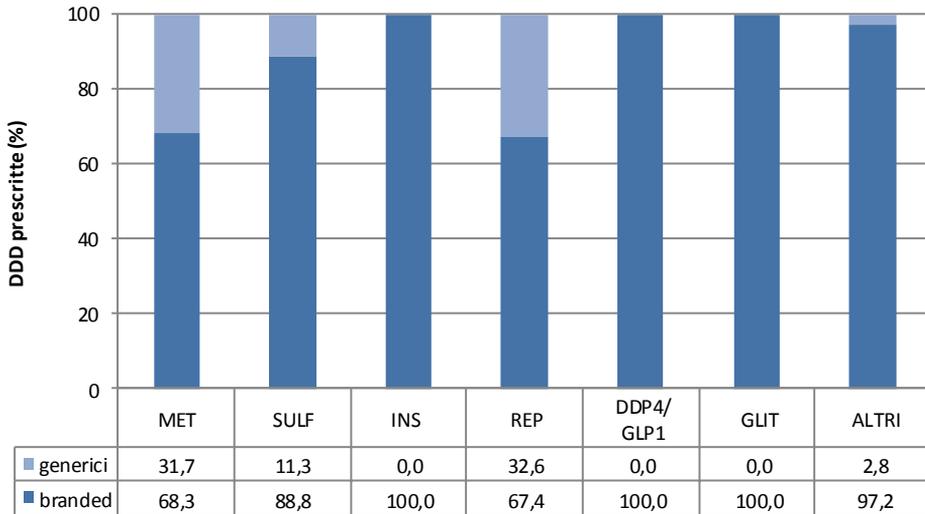


Figura 3.6d Prevalenza d'uso (%) di farmaci antidiabetici in soggetti con diagnosi di Diabete mellito tipo 2: analisi per categorie terapeutiche (anni 2005-2013)



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

Figura 3.6e Prescrizione dei farmaci antidiabetici in soggetti con diagnosi di Diabete mellito di tipo 2 nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



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

Figura 3.6f Prevalenza d'uso dei generici di farmaci antidiabetici in soggetti con diagnosi di Diabete mellito di tipo 2 trattati: distribuzione per area geografica (anno 2013)

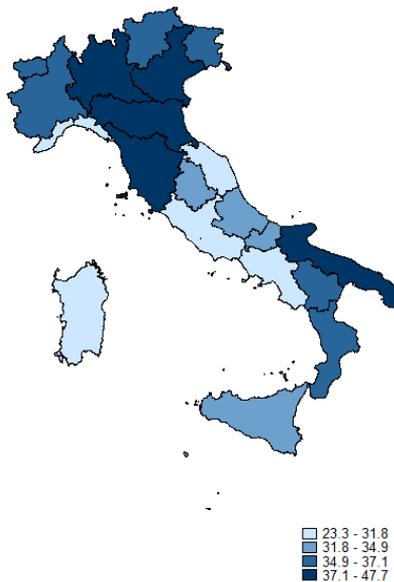
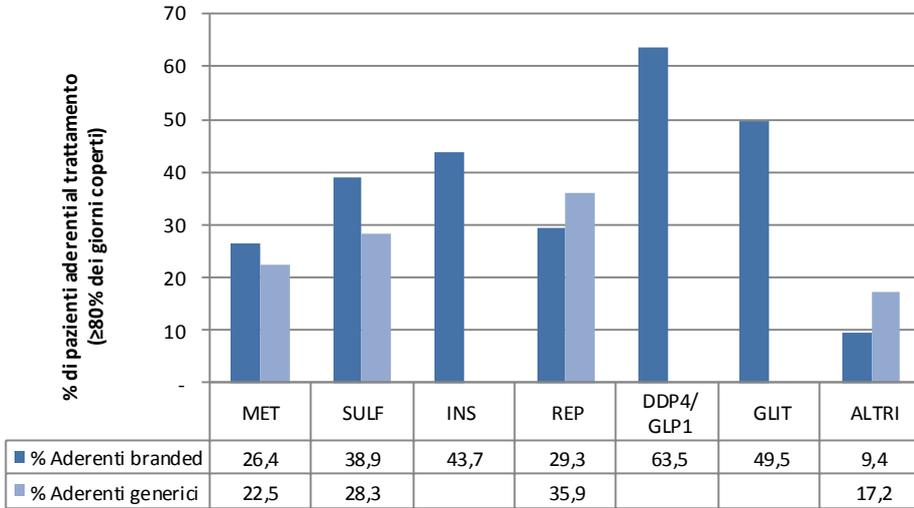


Figura 3.6g Aderenza al trattamento antidiabetico (pazienti con $\geq 80\%$ dei giorni coperti) in soggetti nuovi utilizzatori di farmaci con diagnosi di Diabete mellito di tipo 2 nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



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

3.7 BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

3.7.1 NOTE METODOLOGICHE

Diagnosi (ICD-9-CM): 491.2x, 496.x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Broncodilatatori (R03A [escluso R03AK], R03BB); (2) Corticosteroidi inalatori (R03BA); (3) Antileucotrieni (R03DC); (4) Xantine (R03DA e R03DB), (5) Associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori (R03AK).

3.7.2 RISULTATI

La prevalenza di BPCO mostra un trend crescente che varia dal 2,5% del 2005 al 3,0% del 2013, con stime sensibilmente maggiori negli uomini (3,2% nel 2005 e 3,6% nel 2013) rispetto alle donne (1,8% nel 2005 e 2,4% nel 2013) (**Figura 3.7a**). Si osservano sensibili differenze geografiche nella stima di prevalenza, con valori più elevati nel sud e più bassi al nord, con assenza di rilevanti differenze di genere (**Figura 3.7b**). La prevalenza di BPCO mostra valori crescenti all'aumentare dell'età, con un netto incremento nel sesso maschile che raggiunge il picco negli ultra 85enni (18,0%) (**Figura 3.7c**). La prevalenza d'uso delle associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori ha mostrato un incremento tra il 2005 e il 2010, fino a raggiungere il picco del 34,3% nel 2010, per poi calare negli anni successivi. Nell'arco di tempo analizzato, i broncodilatatori si sono mantenuti costanti con percentuali attorno al 28-29%, così come gli antileucotrieni con valori attorno al 2%. Diversamente, i corticosteroidi in monoterapia e le xantine hanno presentato una diminuzione dell'uso dal 2005 al 2013 (**Figura 3.7d**).

Per i farmaci impiegati nel trattamento della BPCO, fino ad oggi, sono disponibili pochissimi prodotti generici, pertanto, le quote di prescrizione di generici sono risultate esigue (per i broncodilatatori 1,2% e per i corticosteroidi inalatori 0,3%) (**Figura 3.7e**), con differenze anche a livello geografico (**Figura 3.7f**). La percentuale di pazienti aderenti alla terapia, tra i nuovi utilizzatori delle diverse classi terapeutiche, è stata sempre inferiore al 30%, con lievi differenze tra coloro che avevano usato come primo farmaco un broncodilatatore branded e quelli che avevano intrapreso il trattamento con il rispettivo generico (25,9% vs. 25,0%) (**Figura 3.7g**).

Figura 3.7a Prevalenza (%) "lifetime" di BPCO standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2005-2013)

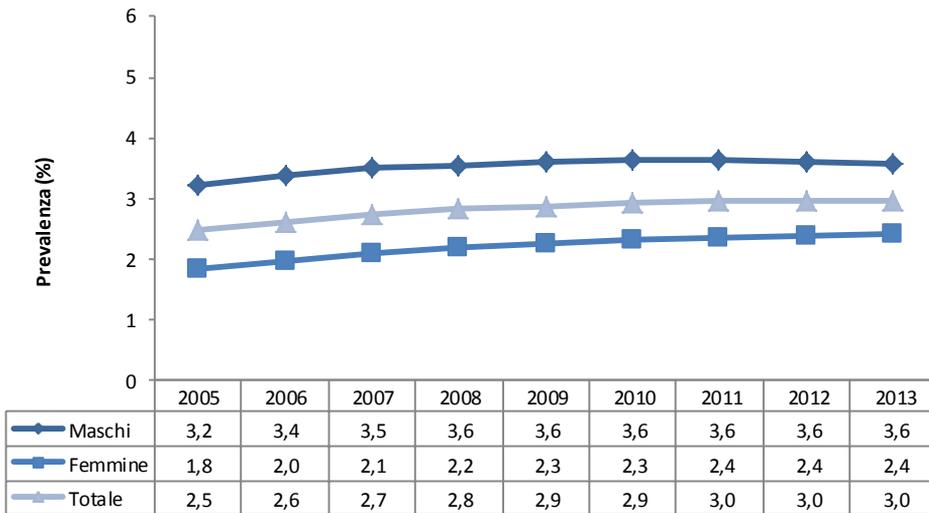


Figura 3.7b Prevalenza (%) "lifetime" di BPCO standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2013)

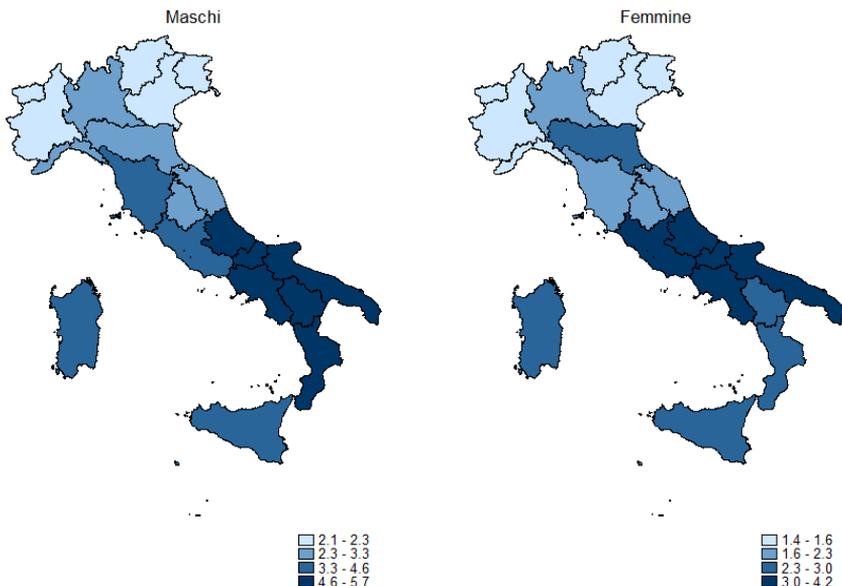
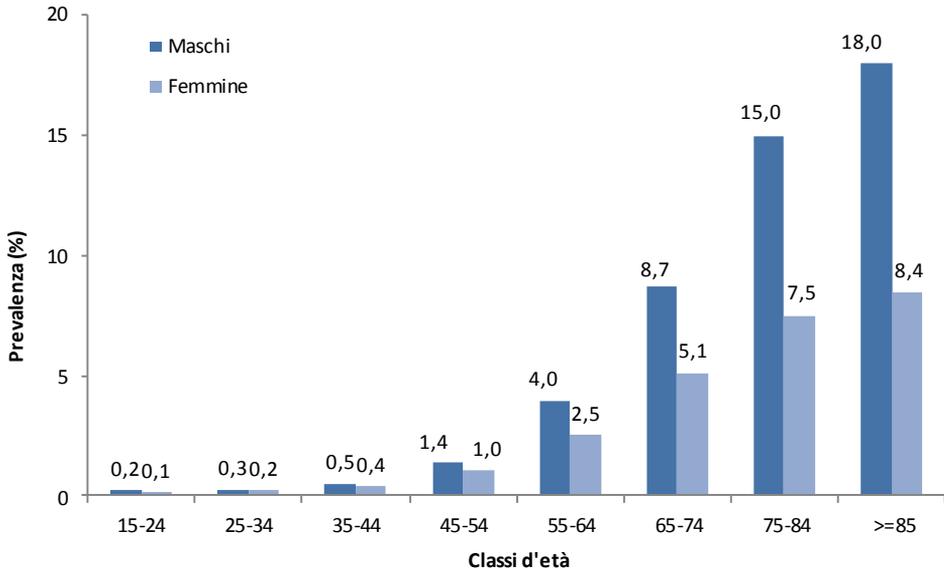
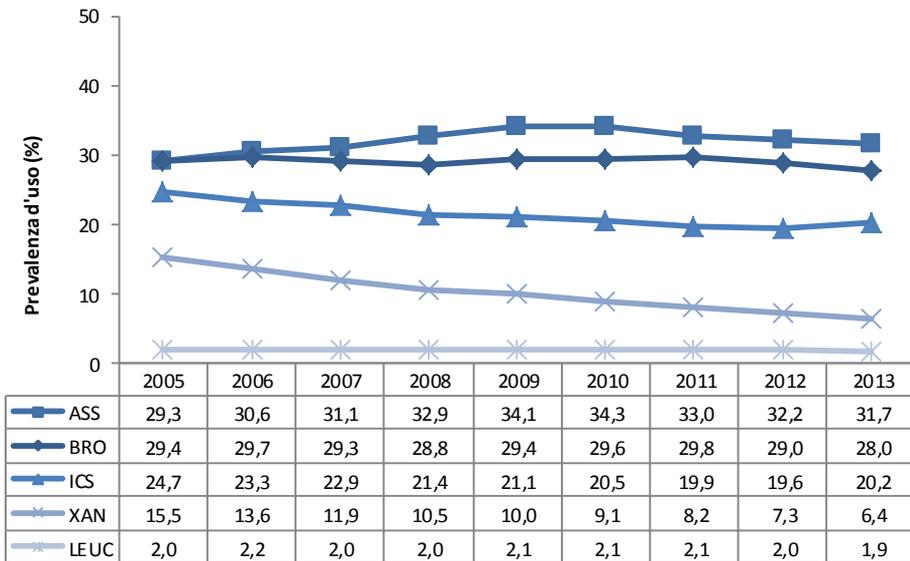
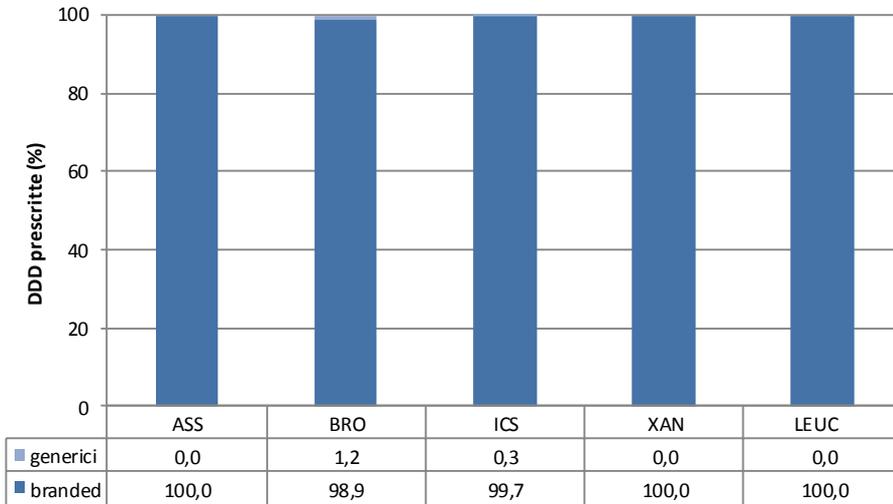


Figura 3.7c Prevalenza (%) "lifetime" di BPCO: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)**Figura 3.7d** Prevalenza d'uso (%) di farmaci respiratori in soggetti con diagnosi di BPCO: analisi per categorie terapeutiche (anni 2005-2013)

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

Figura 3.7e Prescrizione dei farmaci respiratori in soggetti con diagnosi di BPCO nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



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

Figura 3.7f Prevalenza d'uso dei generici di respiratori in soggetti con diagnosi di BPCO trattati: distribuzione per area geografica (anno 2013)

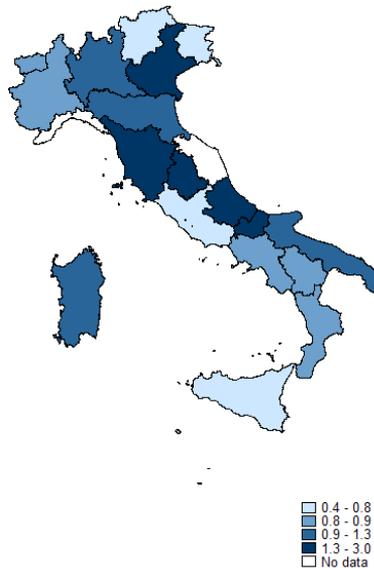
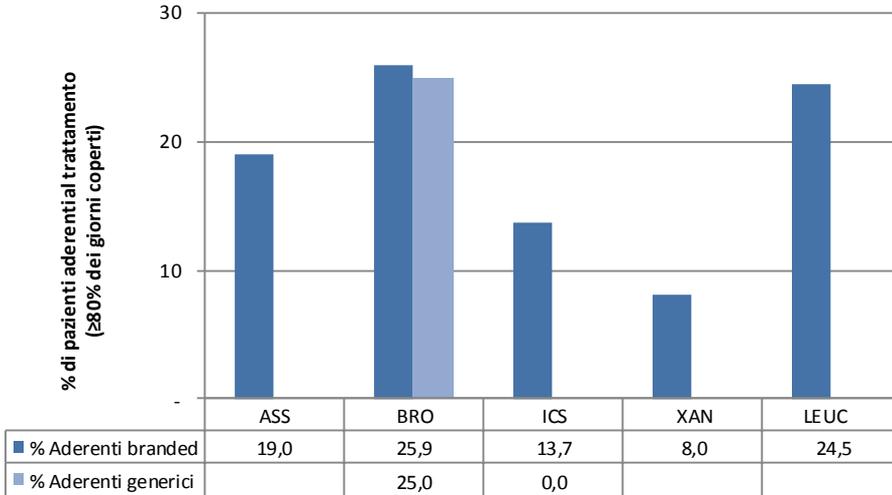


Figura 3.7g Aderenza al trattamento con farmaci respiratori (pazienti con $\geq 80\%$ dei giorni coperti) in soggetti nuovi utilizzatori di farmaci con diagnosi di BPCO nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



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

3.8 ASMA BRONCHIALE

3.8.1 NOTE METODOLOGICHE

Diagnosi (ICD-9-CM): 493.x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Broncodilatatori (R03A [escluso R03AK], R03BB); (2) Corticosteroidi inalatori (R03BA); (3) Antileucotrieni (R03DC); (4) Xantine (R03DA e R03DB), (5) Associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori (R03AK), (6) Cromoni (R03BC)

3.8.2 RISULTATI

La prevalenza "lifetime" di asma mostra un trend crescente che varia dal 3,6% del 2005 al 6,9% del 2013, con stime sensibilmente maggiori nelle donne (3,9% nel 2005 e 7,5% nel 2013) rispetto agli uomini (3,3% nel 2005 e 6,3% nel 2013). La prevalenza "puntuale" mostra anch'essa un trend in crescita ma di entità minore, variando da 1,9% nel 2005 a 3,1% nel 2013 con analoghe differenze di genere (**Figura 3.8a**). Si osserva un'elevata variabilità a livello nazionale nelle stime di prevalenza "lifetime", pur senza identificarne alcun trend geografico. Le regioni con una prevalenza più elevata appaiono Liguria, Abruzzo e Campania per entrambi i generi, a cui si aggiungono Umbria per gli uomini e Sicilia per le donne (**Figura 3.8b**). L'analisi per fasce d'età mostra una relazione inversa all'aumentare dell'età per i maschi e per le femmine, con valori di prevalenza "lifetime" superiori per il sesso femminile, a eccezione delle fasce di età 15-24 e 25-34 anni (**Figura 3.8c**).

L'analisi dei trend temporali nell'esposizione ai farmaci fa registrare un lieve aumento dal 2005 al 2009 per le associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori, che successivamente calano fino a raggiungere il 23,9% nel 2013. Tutte le altre classi di farmaci, tra il 2005 e il 2013, hanno fatto registrare una costante diminuzione (**Figura 3.8d**).

Tra i farmaci impiegati per l'asma, sono disponibili, ad oggi, solo pochissimi generici, per tale motivo nel 2013 solo il 2,0% delle prescrizioni di broncodilatatori e lo 0,3% di quelle di corticosteroidi inalatori riguardava farmaci generici (**Figura 3.8e**), con un uso più marcato al nord rispetto al centro sud (**Figura 3.8f**). La quota di pazienti aderenti alla terapia, ossia con almeno l'80% dei giorni coperti da farmaco, non ha raggiunto mai il 20% dei nuovi utilizzatori, con la sola eccezione di coloro che impiegavano antileucotrieni (21,1%). Si sono registrate piccole differenze nella quota di aderenti tra coloro che impiegavano come primo farmaco un prodotto brander e coloro che invece iniziavano con un farmaco generico, sia tra i nuovi utilizzatori di corticosteroidi inalatori (11,1% vs. 9,1%) sia tra quelli di broncodilatatori (11,4% vs. 10,6%) (**Figura 3.8g**).

Figura 3.8a Prevalenza (%) "lifetime" (A) e "puntuale" (B) di asma bronchiale standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2005-2013)

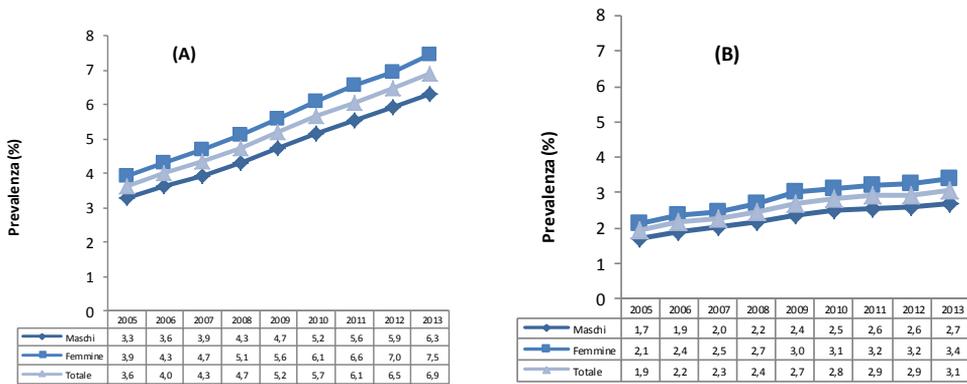


Figura 3.8b Prevalenza (%) "lifetime" di asma bronchiale standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2013)

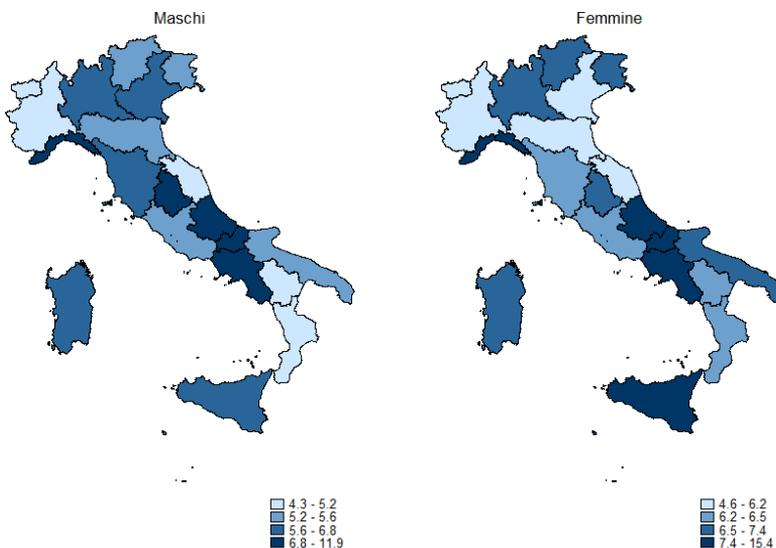
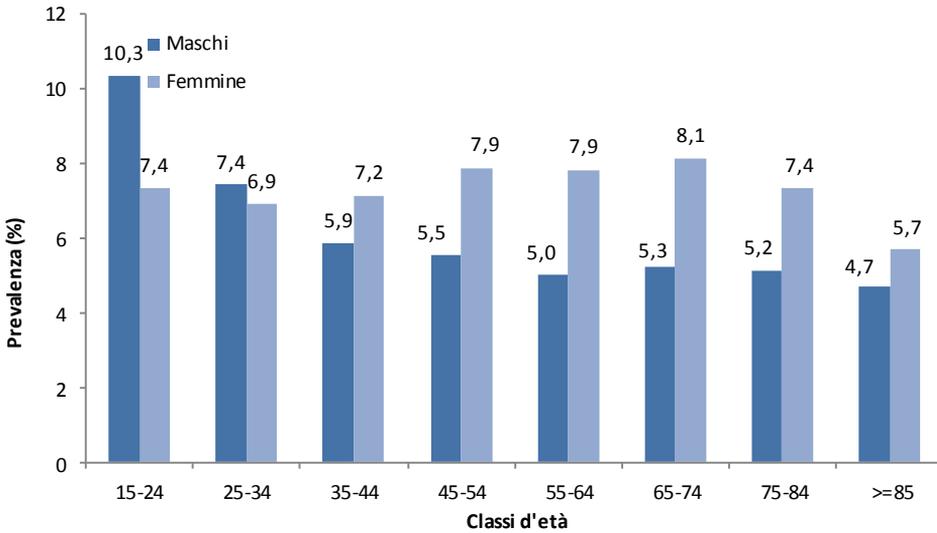
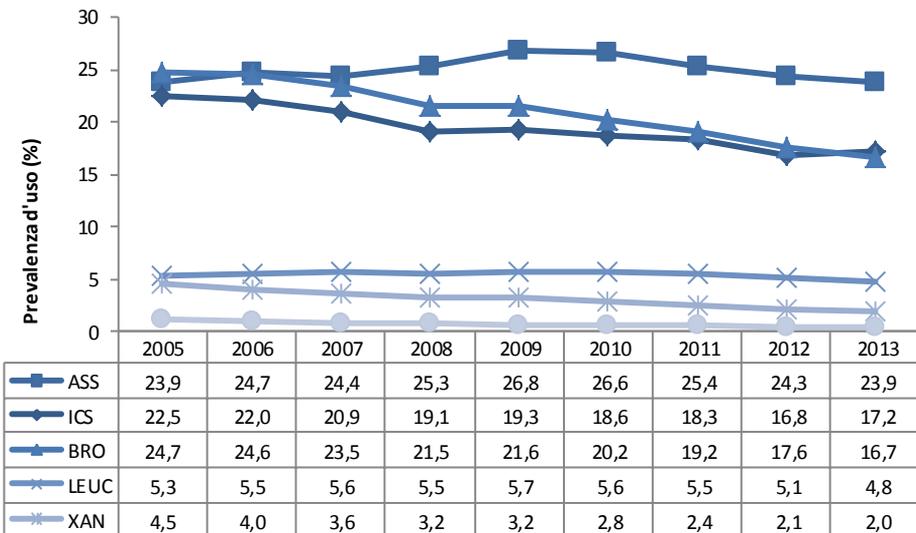
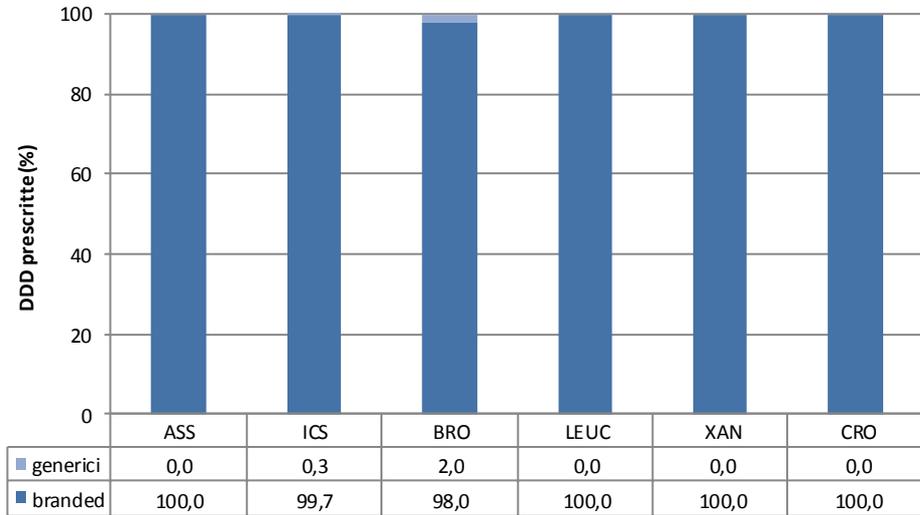


Figura 3.8c Prevalenza (%) "lifetime" di asma bronchiale: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)**Figura 3.8d** Prevalenza d'uso (%) di farmaci respiratori in soggetti con diagnosi di Asma bronchiale: analisi per categorie terapeutiche (anni 2005-2013)

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

Figura 3.8e Prescrizione dei farmaci respiratori in soggetti con diagnosi di Asma bronchiale nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



ASS: Associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori; BRO: Broncodilatatori; ICS: Corticosteroidi inalatori; XAN: Xantine; LEUK: Antileucotrieni; CRO: Cromoni

Figura 3.8f Prevalenza d'uso dei farmaci respiratori generici in soggetti con diagnosi di Asma bronchiale trattati: distribuzione per area geografica (anno 2013)

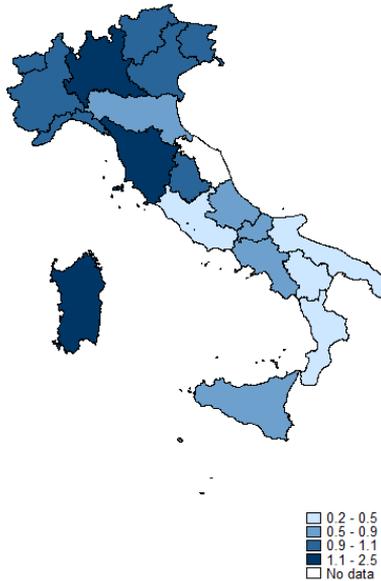
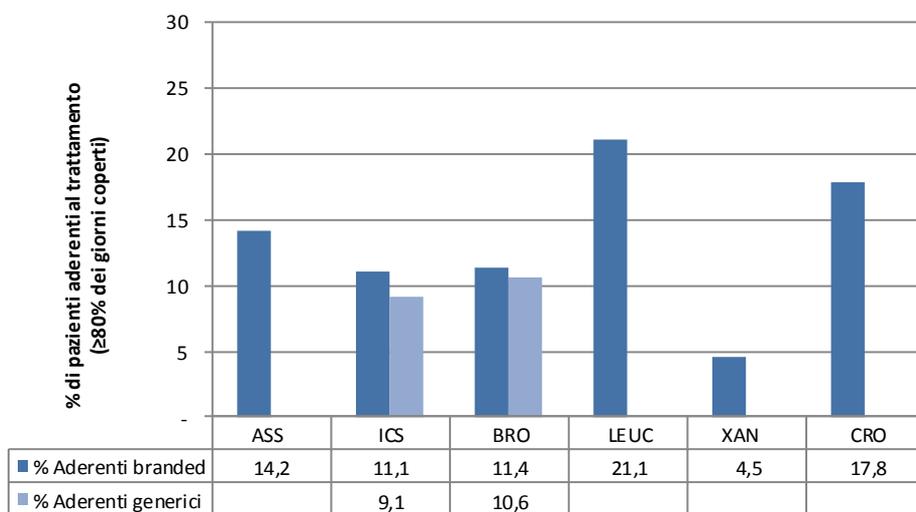


Figura 3.8g Aderenza al trattamento con farmaci respiratori (pazienti con $\geq 80\%$ dei giorni coperti) in soggetti nuovi utilizzatori affetti da Asma bronchiale nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



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

3.9 DEPRESSIONE

3.9.1 NOTE METODOLOGICHE

Diagnosi (ICD-9-CM): 311.x, 296.2x, 296.3x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Antidepressivi triciclici (N06AA); (2) SSRI (N06AB); (3) SNRI (N06AX16, N06AX21) (4) Altri farmaci per la depressione (N06AX, eccetto SNRI)

3.9.2 RISULTATI

La prevalenza "lifetime" di depressione mostra un trend crescente che varia dal 3,4% del 2005 al 5,5% del 2013 con stime sensibilmente maggiori nelle donne (4,5% nel 2005 e 7,3% nel 2013) rispetto agli uomini (2,1% nel 2005 e 3,5% nel 2013). La prevalenza "puntuale" fa registrare un leggero aumento fino al 2008 e successivamente tende a stabilizzarsi intorno a 2,2%, mantenendo le stesse differenze tra i generi (**Figura 3.9a**). La depressione sembra seguire un certo gradiente geografico con stime più alte nel centro-nord, rispetto al sud, a eccezione della Campania e della Sicilia (**Figura 3.9b**). L'analisi per classi d'età mostra un trend crescente all'aumentare dell'età; in tutte le classi di età il sesso femminile mostra valori di prevalenza superiori rispetto al sesso maschile (**Figura 3.9c**).

Gli SSRI rappresentano la classe di farmaci maggiormente impiegata per il trattamento della depressione e, nel corso degli anni 2005-2013, hanno fatto registrare un calo della loro prevalenza d'uso passando dal 33,3% nel 2005 al 27,0% nel 2013. Anche antidepressivi triciclici e altri antidepressivi hanno fatto registrare un lieve calo nel periodo di osservazione considerato. Al contrario, gli SNRI hanno mostrato un aumento nell'impiego, andando da 4,8% nel 2005 a 7,2% nel 2013 (**Figura 3.9d**).

Per quanto concerne la quota di generici prescritti, per gli SSRI nel 2013, questa era pari a 29,4% di tutte le prescrizioni, per il SNRI a 9,3% e per gli altri antidepressivi a 31,7%. Per gli antidepressivi triciclici, invece, non sono disponibili prodotti generici (**Figura 3.9e**). La prevalenza d'uso del generico di farmaci antidepressivi presenta un evidente gradiente geografico con valori gradualmente inferiori andando da nord a sud (**Figura 3.9f**). Prendendo in esame i nuovi utilizzatori di farmaci nel 2013, i soggetti aderenti alla terapia sono risultati meno del 40%. Inoltre, tra coloro che impiegavano SSRI, la quota di soggetti aderenti era leggermente superiore se avevano intrapreso la terapia con un farmaco generico piuttosto che con un farmaco branded (39,3% vs. 38,0%). Tale differenza è risultata ancora più evidente tra i nuovi utilizzatori di altri antidepressivi (35,5% vs 7,1%). Al contrario, tra gli utilizzatori di SNRI coloro che avevano iniziato con un farmaco generico presentavano percentuali di aderenza inferiori a quelli che avevano iniziato con un branded (20,3% vs 35,0%) (**Figura 3.9g**).

Figura 3.9a Prevalenza (%) "lifetime" (A) e "puntuale" (B) di depressione standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2005-2013)

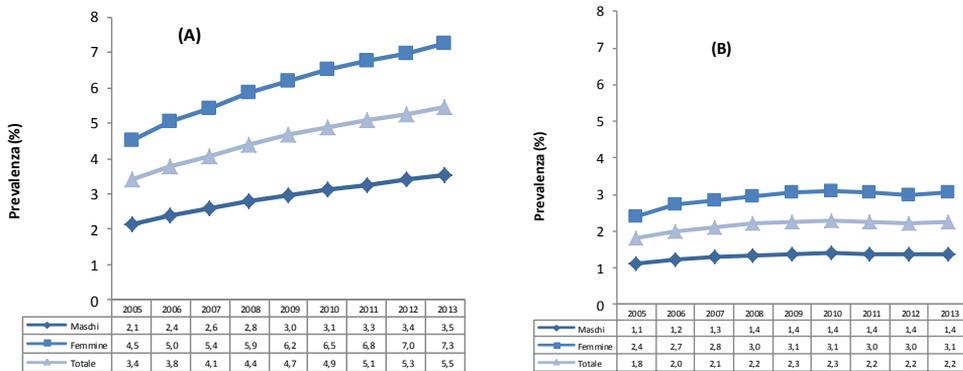


Figura 3.9b Prevalenza (%) "lifetime" di depressione standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2013)

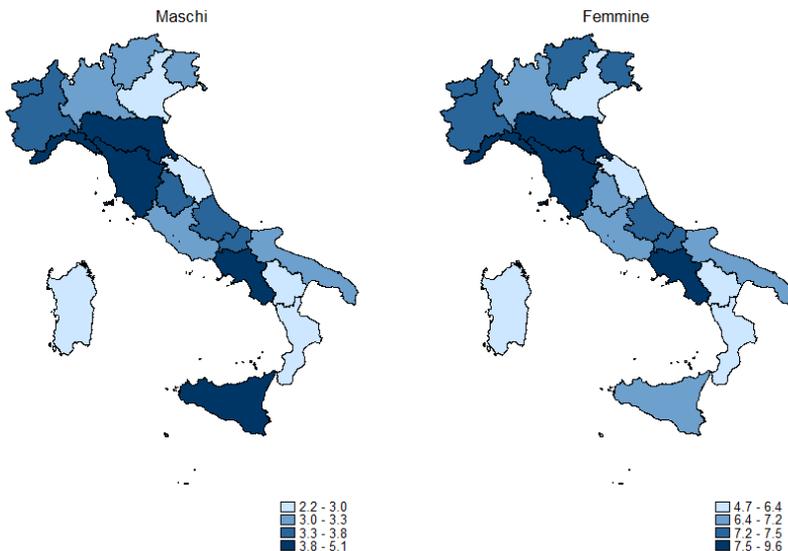
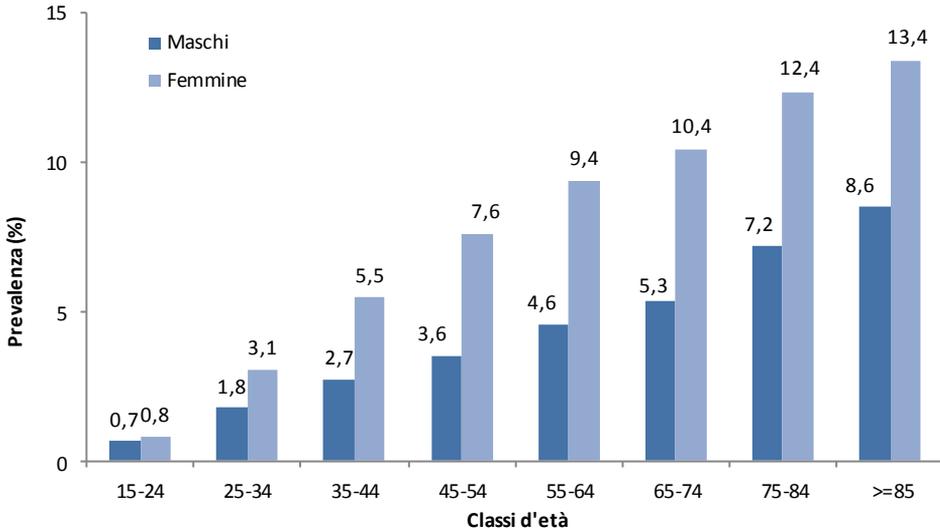
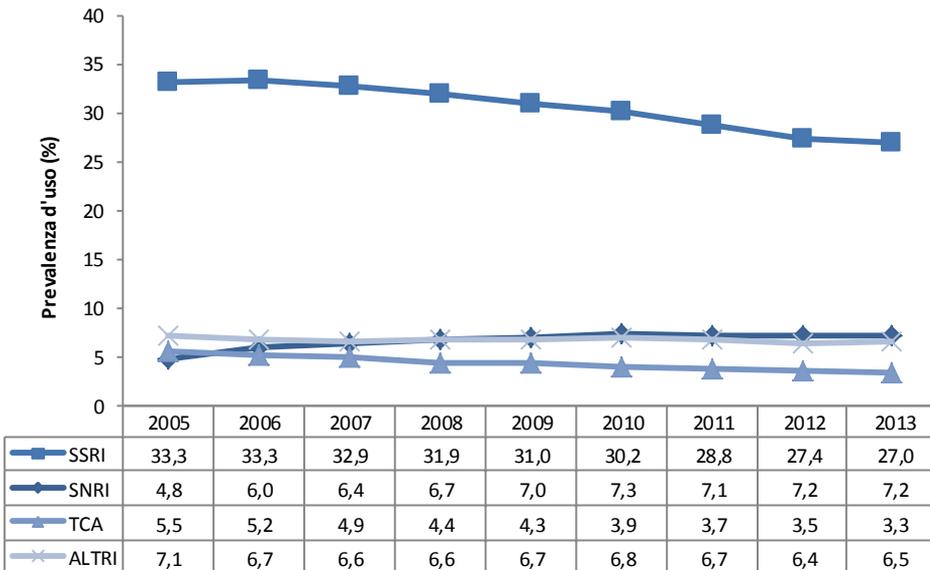
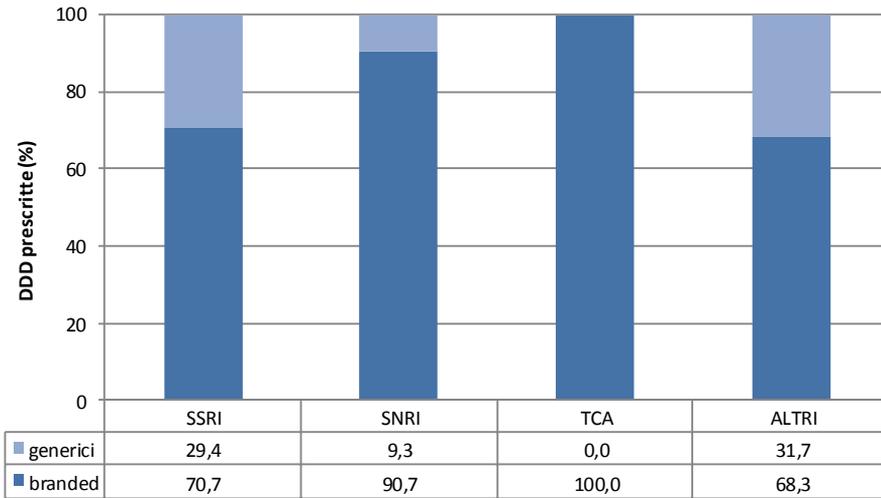


Figura 3.9c Prevalenza (%) "lifetime" di depressione: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)**Figura 3.9d** Prevalenza d'uso (%) di farmaci antidepressivi in soggetti con diagnosi di Depressione: analisi per categorie terapeutiche (anni 2005-2013)

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

Figura 3.9e Prescrizione dei farmaci antidepressivi in soggetti con diagnosi di Depressione nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



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

Figura 3.9f Prevalenza d'uso dei farmaci antidepressivi generici in soggetti con diagnosi di Depressione trattati: distribuzione per area geografica (anno 2013)

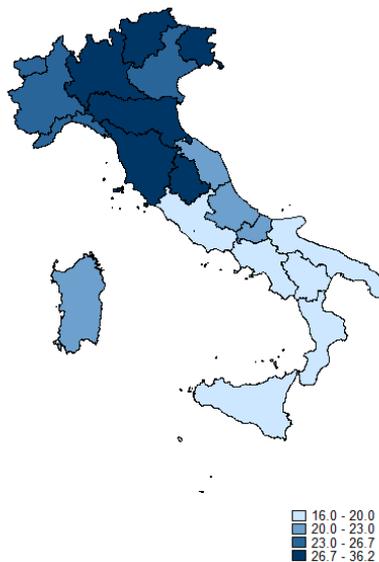
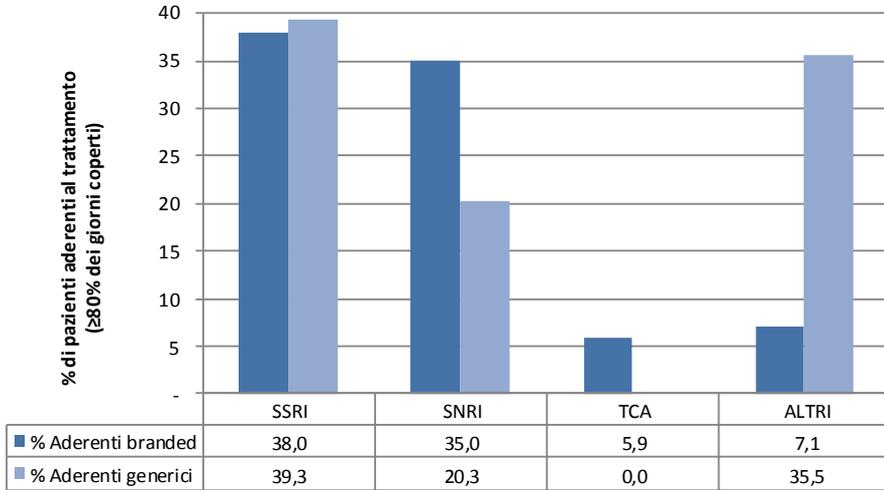


Figura 3.9g Aderenza al trattamento antidepressivo (pazienti con $\geq 80\%$ dei giorni coperti) in soggetti nuovi utilizzatori di farmaci con diagnosi di Depressione nel 2013: confronto generici vs branded per categorie terapeutiche



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

3.10 OSTEOARTROSI

3.10.1 NOTE METODOLOGICHE

Diagnosi (ICD-9-CM): 715.x, 716.1

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) FANS (M01A); (2) Oppioidi deboli (N02AE, N02AX, N02AA05); (3) Paracetamolo ed associazioni (N02BE01, N02BE51, N02AA59, N02AX52, N02AA55); (4) Corticosteroidi (H02).

3.10.2 RISULTATI

La prevalenza "lifetime" di artrosi mostra un trend crescente che varia dal 14,1% del 2005 fino al 17,4% del 2013, con stime sensibilmente maggiori nelle donne (17.1% nel 2005 vs. 21,5% nel 2013) rispetto agli uomini (10.7% nel 2005 e 13.0% nel 2013). La prevalenza "puntuale", invece, si presenta in lieve calo nel periodo considerato, andando da 7,2% nel 2005 a 6,2% nel 2013, con analoghe differenze tra i sessi (**Figura 3.10a**). Si osservano differenze geografiche nelle stime di prevalenza, con i valori più elevati al sud e nettamente inferiori al nord per entrambi i generi (**Figura 3.10b**).

L'analisi per fasce d'età mostra un trend crescente all'aumentare dell'età sia per gli uomini sia per le donne. Per le donne il picco massimo di prevalenza si raggiunge tra 75 e 84 anni (57,6%) mentre per gli uomini oltre gli 85 anni (45,0%) (**Figura 3.10c**).

Relativamente all'uso dei farmaci per l'osteoartrosi, i FANS mostrano una sensibile riduzione nella prevalenza d'uso dal 2005 (52,5%) al 2013 (41,7%). Per contro, le altre classi terapeutiche riportano un incremento nello stesso periodo: i corticosteroidi variano da 12,1% nel 2005 a 15,5% nel 2013 e

il paracetamolo da 6,9% nel 2005 a 13,4% nel 2013. Gli oppioidi, invece, presentano un andamento abbastanza stabile che si attesta attorno al 4,5% (Figura 3.10d).

Per quanto riguarda l'impiego di generici nella popolazione di pazienti affetti da artrosi, si nota che nel 2013 solo il 9,2% delle prescrizioni di FANS riguardava un farmaco generico, seguita da 2,8% di quelle di oppioidi, 1,1% di paracetamolo e di appena lo 0,1% di corticosteroidi (Figura 3.10e). La prevalenza d'uso dei farmaci generici è risultata più elevata in Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Basilicata e Calabria (Figura 3.10f).

Figura 3.10a Prevalenza (%) "lifetime" (A) e "puntuale" (B) di osteoartrosi standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2005-2013)

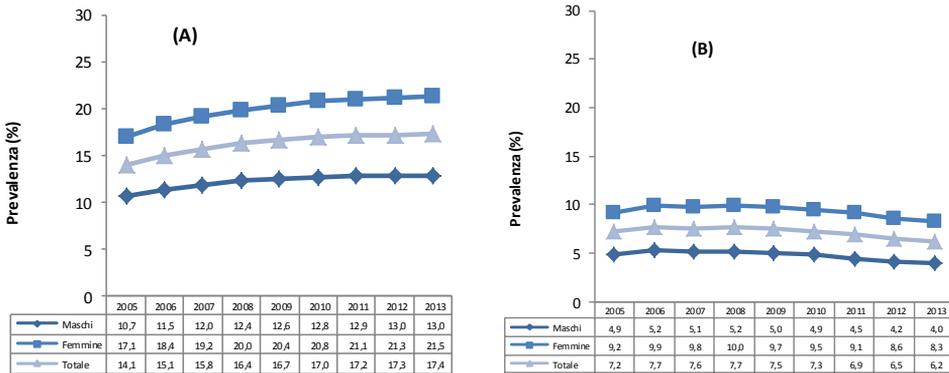


Figura 3.10b Prevalenza (%) "lifetime" di osteoartrosi standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2013)

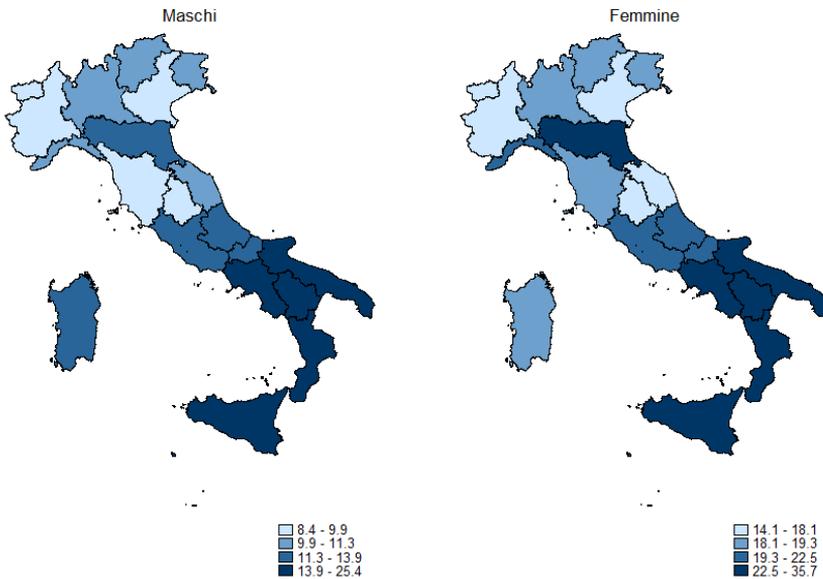
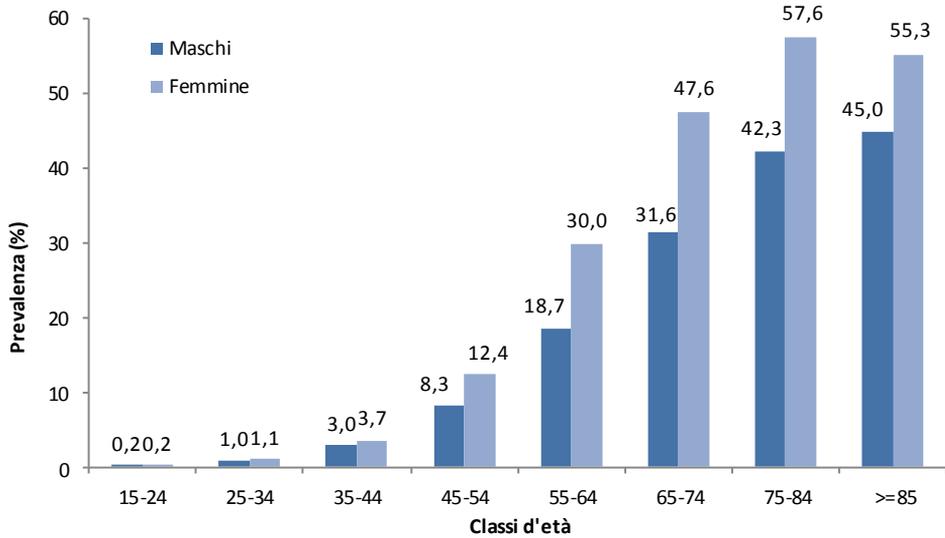
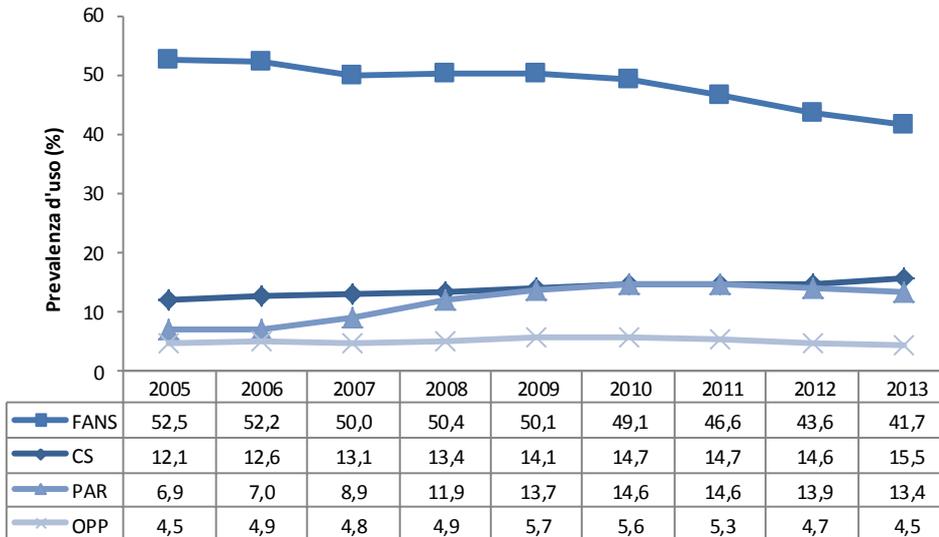
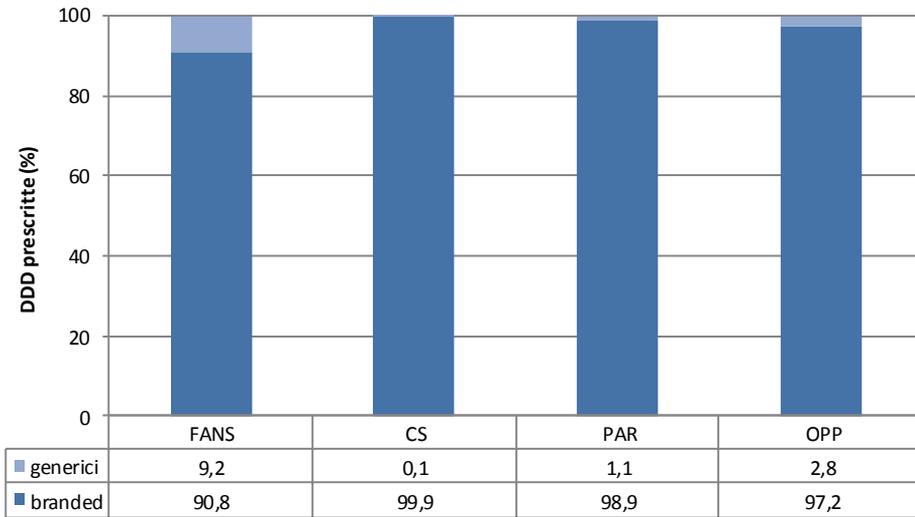


Figura 3.10c Prevalenza (%) "lifetime" di osteoartrosi: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)**Figura 3.10d** Prevalenza d'uso (%) di farmaci per l'osteoartrosi in soggetti con diagnosi di Osteoartrosi: analisi per categorie terapeutiche (anni 2005-2013)

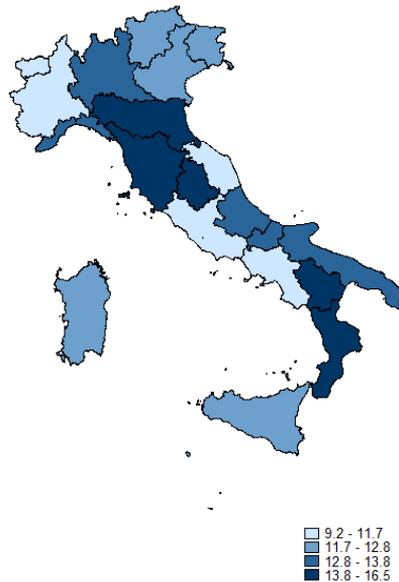
FANS: farmaci antinfiammatori non steroidei; CS: Corticosteroidi; PAR: Paracetamolo (da solo o in associazione); OPP: Oppioidi

Figura 3.10e Prescrizione dei farmaci per l'osteoartrosi in soggetti con diagnosi di Osteoartrosi nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



FANS: farmaci antinfiammatori non steroidei; CS: Corticosteroidi; PAR: Paracetamolo (da solo o in associazione); OPP: Oppioidi

Figura 3.10f Prevalenza d'uso dei farmaci generici per l'osteoartrosi in soggetti con diagnosi di Osteoartrosi trattati: distribuzione per area geografica (anno 2013)



3.11 DEMENZA

3.11.1 NOTE METODOLOGICHE

Diagnosi (ICD-9-CM): 290.0, 290.1, 290.2, 290.3, 290.4, 310.1, 331.0

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Anticolinesterasici (N06DA); (2) Memantina (N06DX01); (3) Antipsicotici atipici (N05AH02, N05AH03, N05AH04, N05AX08, N05AX12); (4) Altri antipsicotici (N05A eccetto antipsicotici atipici).

3.11.2 RISULTATI

La prevalenza di demenza mostra un trend crescente che varia dall'1,3% del 2005 al 2,5% del 2013 con stime sensibilmente maggiori nelle donne (1,6% nel 2005 e 3,1% nel 2013) rispetto agli uomini (0,9% nel 2005 e 1,7% nel 2013) (Figura 3.11a). La distribuzione territoriale mostra una maggiore prevalenza in alcune regioni del centro (Emilia-Romagna, Umbria, Marche) rispetto alla maggior parte delle regioni del nord e del sud Italia (Figura 3.11b). L'analisi per fasce d'età mostra un trend crescente all'aumentare dell'età con un evidente aumento dopo i 65 anni e con un picco oltre gli 85 anni. In tutte le categorie di età, il sesso femminile mostra valori di prevalenza superiori rispetto al sesso maschile. Questa differenza si accentua all'aumentare dell'età (Figura 3.11c).

L'andamento dell'uso dei farmaci per il trattamento della demenza ha fatto registrare un calo degli anticolinesterasici e degli "altri antipsicotici" dal 2005 al 2013; mentre, la memantina e gli antipsicotici atipici, dal 2008 hanno mostrato un aumento nell'impiego (Figura 3.11d).

Per quanto riguarda i generici dei farmaci per la demenza, questi sono disponibili solo per un numero limitato di molecole, infatti, la quota di generici prescritti nel 2013 è pari al 2,1% tra gli antipsicotici atipici e di appena lo 0,2% tra gli altri antipsicotici (Figura 3.11e). L'analisi per area geografica sulla prevalenza d'uso dei generici, seppure questi siano ancora poco disponibili sul mercato, mostra che sono prescritti maggiormente nel nord Italia rispetto al centro sud e alle isole (Figura 3.11f).

Figura 3.11a Prevalenza (%) "lifetime" di demenza standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2005-2013)

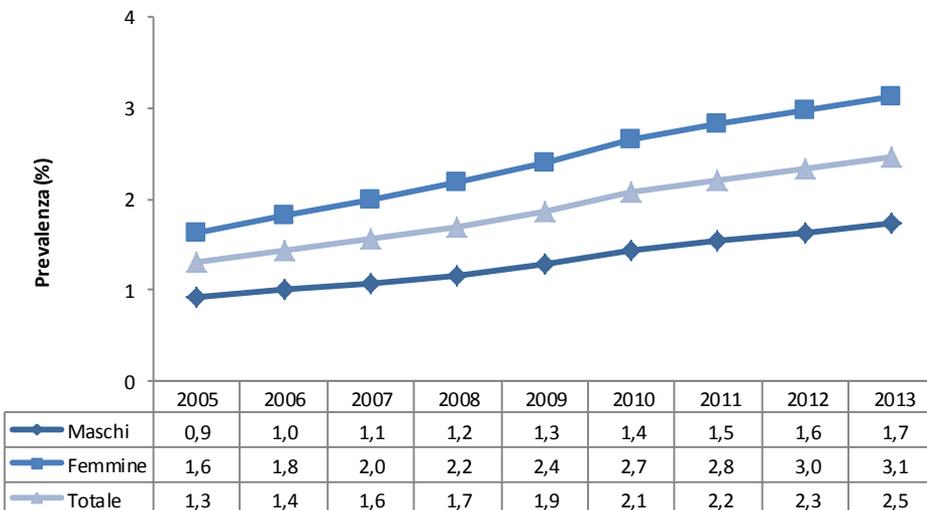


Figura 3.11b Prevalenza (%) "lifetime" di demenza standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2013)

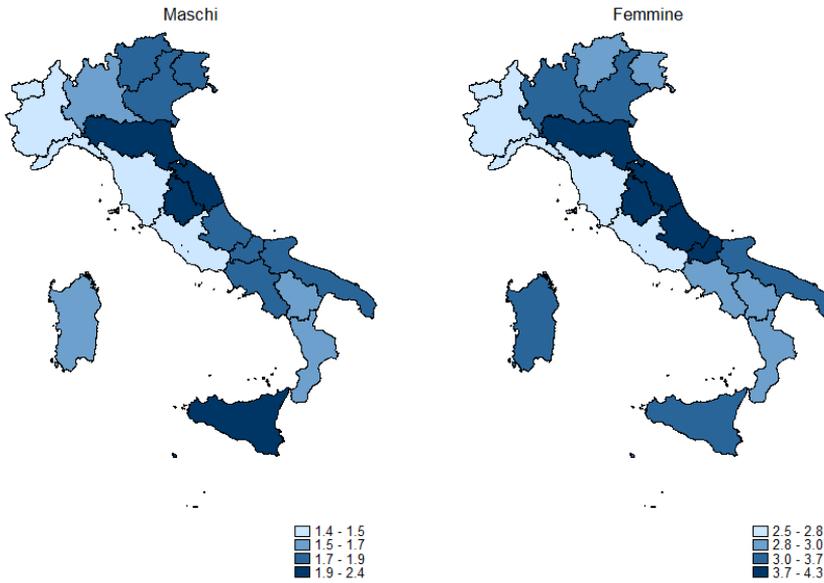


Figura 3.11c Prevalenza (%) "lifetime" di demenza: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)

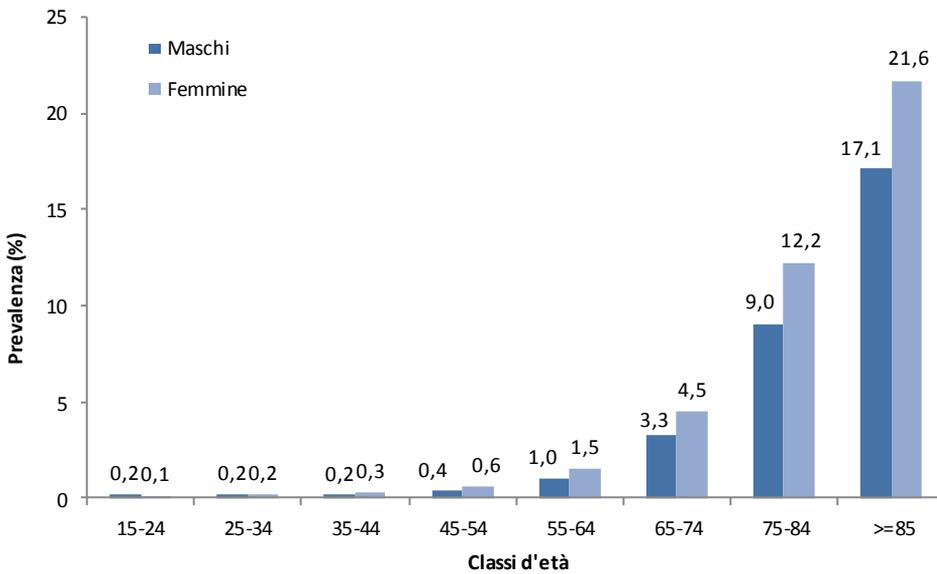
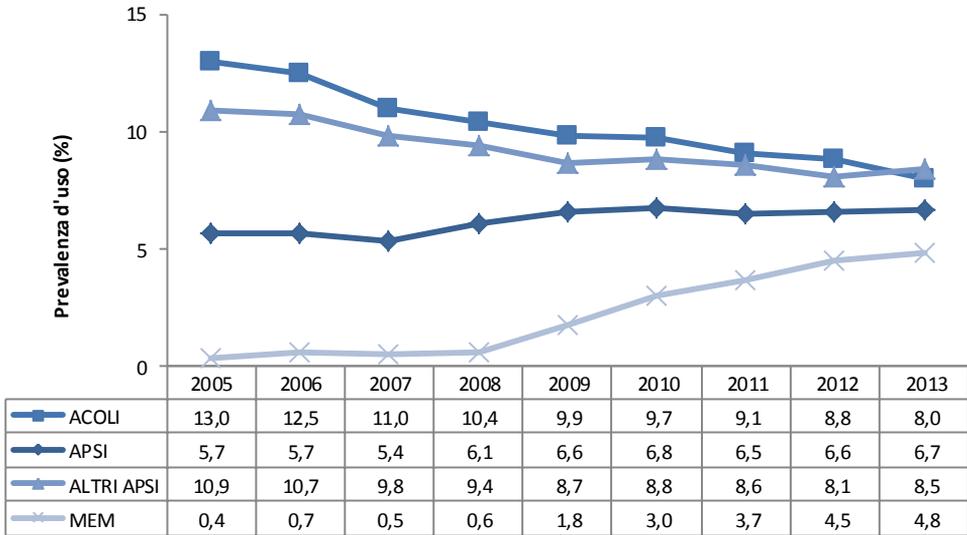
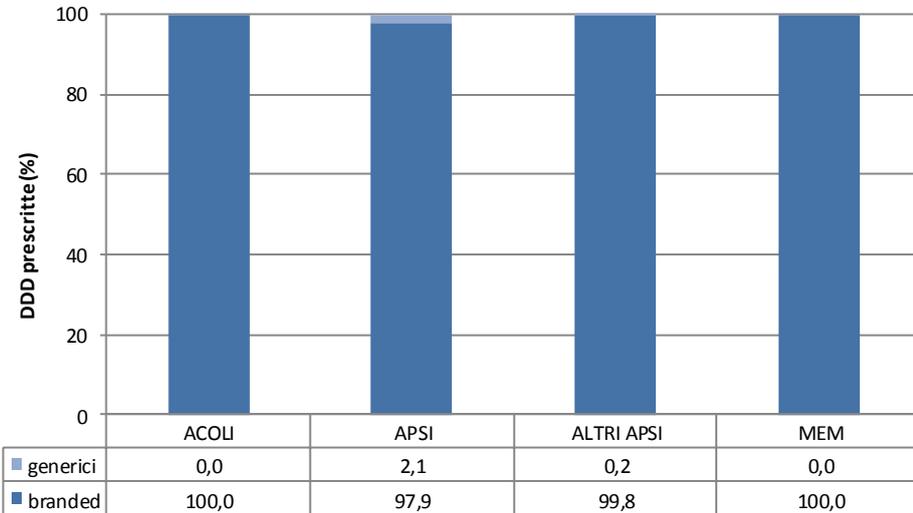


Figura 3.11d Prevalenza d'uso (%) di farmaci per la demenza in soggetti con diagnosi di Demenza: analisi per categorie terapeutiche (anni 2005-2013)



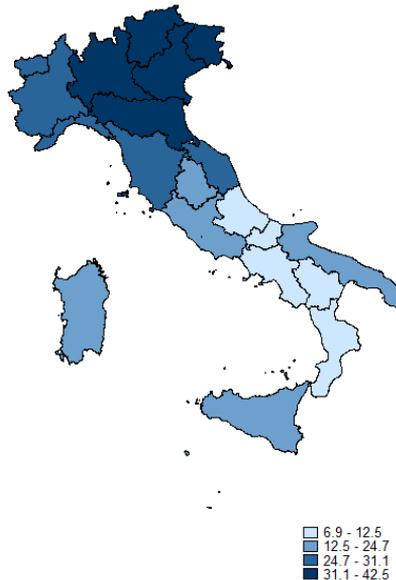
ACOLI: Anticolinesterasici; APSI: Antipsicotici atipici; ALTRI APSI: Altri antipsicotici; MEM: Memantina

Figura 3.11e Prescrizione dei farmaci per la demenza in soggetti con diagnosi di Demenza nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



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

Figura 3.11f Prevalenza d'uso dei farmaci generici per la demenza in soggetti con diagnosi di Demenza trattati: distribuzione per area geografica (anno 2013)



3.12 IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA (IPB)

3.12.1 NOTE METODOLOGICHE

Diagnosi (ICD-9 CM): 600.x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Antagonisti dell'alfa adrenorecettore (G04CA); (2) Inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi (G04CB); (3) Altri farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna (G04CX).

3.12.2 RISULTATI

La prevalenza di IPB negli anni 2005-2013 mostra un trend crescente che varia dal 9,7% del 2005 al 14,0% del 2013 (**Figura 3.12a**). Si osserva un gradiente geografico sud-nord, con valore più elevati a sud e più bassi a nord-est (**Figura 3.12b**). L'analisi per fasce d'età mostra un trend crescente all'aumentare dell'età con una decrescita negli over 85 (**Figura 3.12c**).

L'analisi sull'uso dei farmaci per l'IPB, nel corso degli anni 2005-2013, ha fatto registrare una leggera riduzione nella prevalenza d'uso degli antagonisti dell'alfa adrenorecettore, da 39,3% a 33,9%, e una crescita degli inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi da 16,3% nel 2005 a 18,4% nel 2013 (**Figura 3.12d**).

Analizzando le prescrizioni del 2013, è emerso che il 23,5% delle prescrizioni di antagonisti dell'alfa

adrenorecettore ha riguardato farmaci generici, così come il 10,9% delle prescrizioni di inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi (**Figura 3.12e**). La prevalenza d'uso dei generici di questi farmaci è più elevata a nord (in particolare in Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana) e in Sardegna rispetto al centro sud (**Figura 3.12f**). L'analisi dell'aderenza al trattamento tra i nuovi utilizzatori dei farmaci per l'IPB nel 2013 ha rilevato che la quota di aderenti (con più dell'80% dei giorni coperti) si attesta attorno al 50%, con leggere differenze tra coloro che iniziano con un farmaco generico e quelli che intraprendono la terapia con un farmaco branded (**Figura 3.12g**).

Figura 3.12a Prevalenza (%) "lifetime" di IPB standardizzata per fasce d'età (anni 2005-2013)

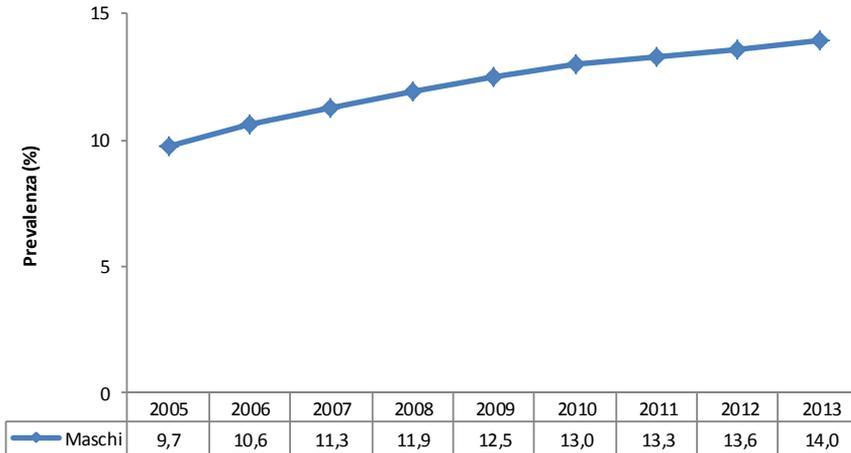


Figura 3.12b Prevalenza (%) "lifetime" di IPB standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2013)

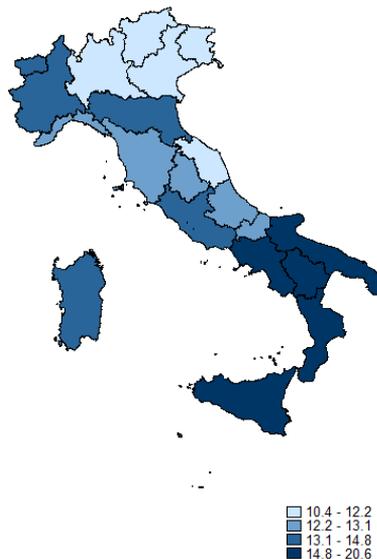
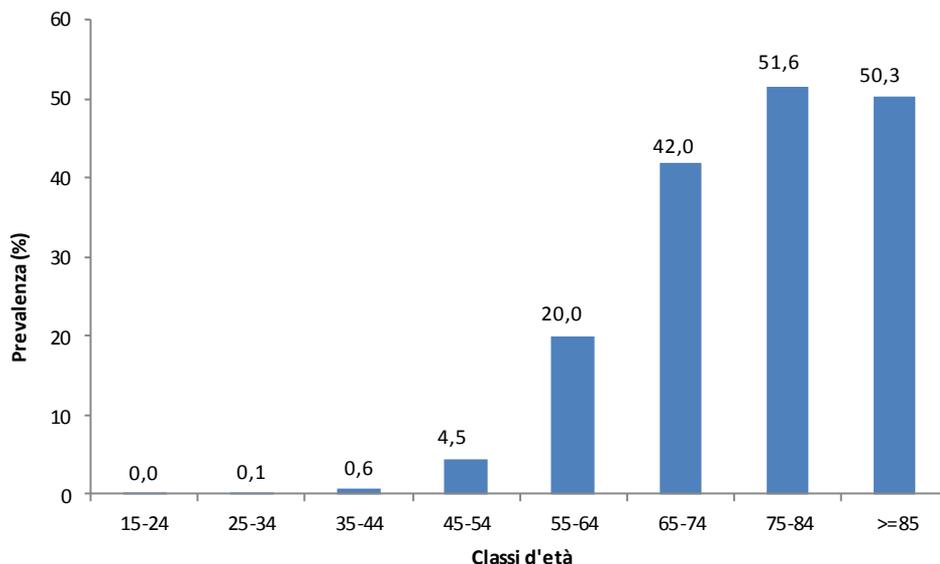
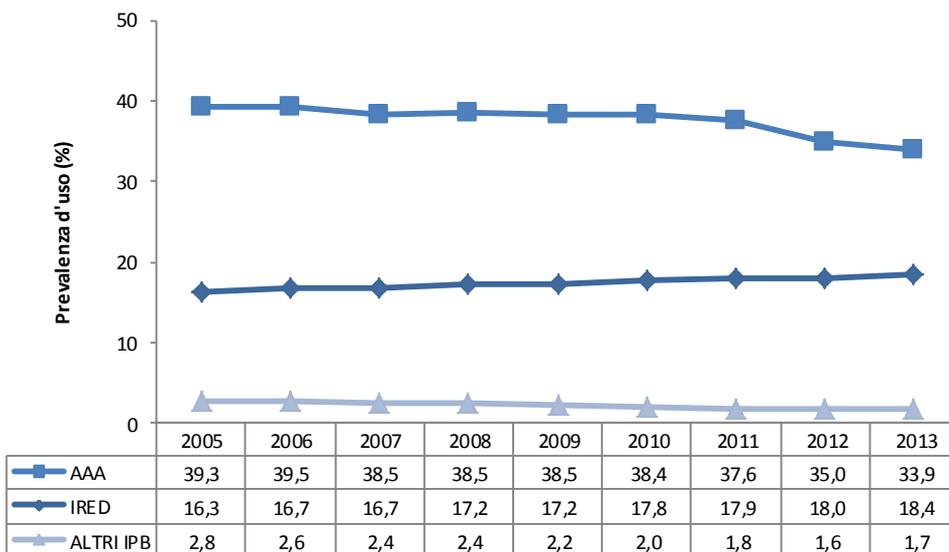
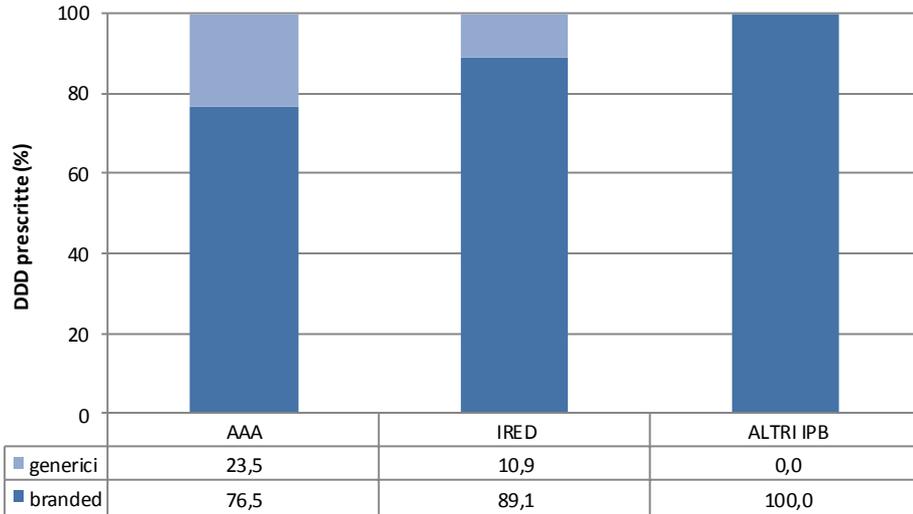


Figura 3.12c Prevalenza (%) "lifetime" di IPB: analisi per fasce d'età (anno 2013)**Figura 3.12d** Prevalenza d'uso (%) di farmaci per l'IPB in soggetti con diagnosi di IPB: analisi per categorie terapeutiche (anni 2005-2013)

AAA: Antagonisti dell'alfa recettore adrenergico; IRED: Inibitori della testosterone 5-alfa reductasi; ALTRI: Altri farmaci per IPB;

Figura 3.12e Prescrizione dei farmaci per l'IPB in soggetti con diagnosi di IPB nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



AAA: Antagonisti dell'alfa recettore adrenergico; IRED: Inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi; ALTRI: Altri farmaci per IPB;

Figura 3.12f Prevalenza d'uso dei farmaci generici per IPB in soggetti con diagnosi di IPB trattati: distribuzione per area geografica (anno 2013)

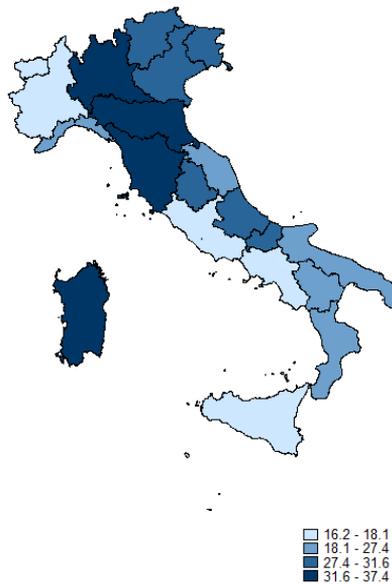
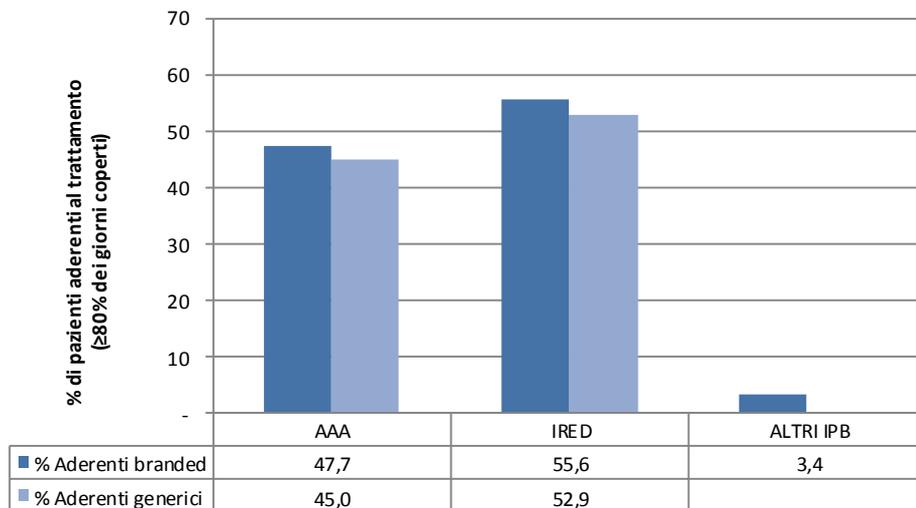


Figura 3.12g Aderenza al trattamento per l'IPB (pazienti con $\geq 80\%$ dei giorni coperti) in soggetti nuovi utilizzatori di farmaci con diagnosi di IPB nel 2013: confronto generici vs branded per categorie terapeutiche



AAA: Antagonisti dell'alfa recettore adrenergico; IRED: Inibitori della testosterone 5-alfa reductasi; ALTRI: Altri farmaci per IPB;

3.13 MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO (MRGE)

3.13.1 NOTE METODOLOGICHE

Diagnosi (ICD-9 CM): 530.x

Farmaci sotto osservazione (ATC): (1) Antiacidi (ATC: A02A); (2) H2 antagonisti (A02BA); (3) Inibitori di pompa protonica - IPP (A02BC) (3) Altri (A02BB, M01AB55, A02BX)

3.13.2 RISULTATI

La prevalenza "lifetime" di MRGE mostra un trend crescente che varia dal 6,2% del 2005 al 15,3% del 2013, con stime sensibilmente maggiori nelle donne (6,6% nel 2005 e 17,1% nel 2013) rispetto agli uomini (5,6% nel 2005 e 13,4% nel 2013). La prevalenze "puntuale" conferma tale trend di crescita passando da 3,6% nel 2005 a 7,2% nel 2013 (**Figura 3.13a**). Per quanto riguarda l'analisi per area geografica, questa mostra una maggiore prevalenza di malattia al centro-sud, comprese le isole, rispetto al nord (**Figura 3.13b**). L'analisi per fasce d'età mostra un trend crescente all'aumentare dell'età, sia per i maschi sia per le femmine con un picco nella fascia di età 65-74 anni e una riduzione delle stime nelle età successive (**Figura 3.13c**).

L'analisi dei trend per categorie terapeutiche mostra una maggiore prevalenza d'uso di IPP, il cui impiego risulta in crescita dal 2005 (48,0%) al 2010 (54,7%), per poi decrescere fino a raggiungere il 50,8% nel 2013. Tutte le altre categorie terapeutiche analizzate, ossia antiacidi, H2-antagonisti e altri farmaci, nel periodo 2005-2013, hanno mostrato un leggero calo nel loro impiego (**Figura 3.13d**).

La quota di farmaci generici prescritti nel 2013, è pari al 51,1% di tutte le prescrizioni degli H2 antagonisti, al 31,8% degli IPP e del 3,1% degli antiacidi (**Figura 3.13e**). La prevalenza d'uso dei generici è maggiore al centro nord (in particolare in Lombardia, Trentino, Friuli, Liguria e Abruzzo) rispetto al sud (**Figura 3.13f**). L'analisi dell'aderenza al trattamento per i nuovi utilizzatori di farmaci nel 2013

ha mostrato che la quota di soggetti con almeno l'80% dei giorni coperti è inferiore al 20% per tutte le categorie terapeutiche considerate. Tra gli utilizzatori di IPP la quota di aderenti è pari al 15,4% tra chi inizia con un branded vs. il 13,9% di chi inizia con un generico. Per le altre categorie terapeutiche, tale differenza si inverte: antiacidi 3,8% vs. 16,7% e H2 antagonisti 9,9% vs. 10,5% (**Figura 3.13g**).

Figura 3.13a Prevalenza (%) "lifetime" (A) e "puntuale" (B) di MRGE standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2005-2013)

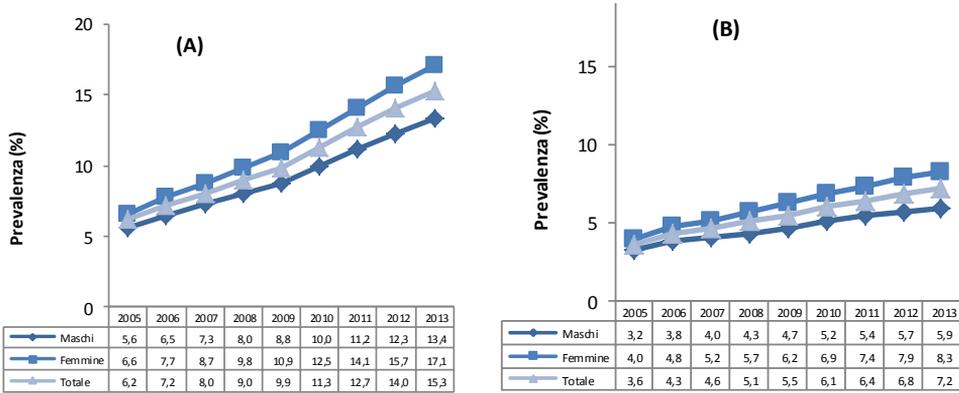


Figura 3.13b Prevalenza (%) "lifetime" di MRGE standardizzata per fasce d'età: analisi per Regione (anno 2013)

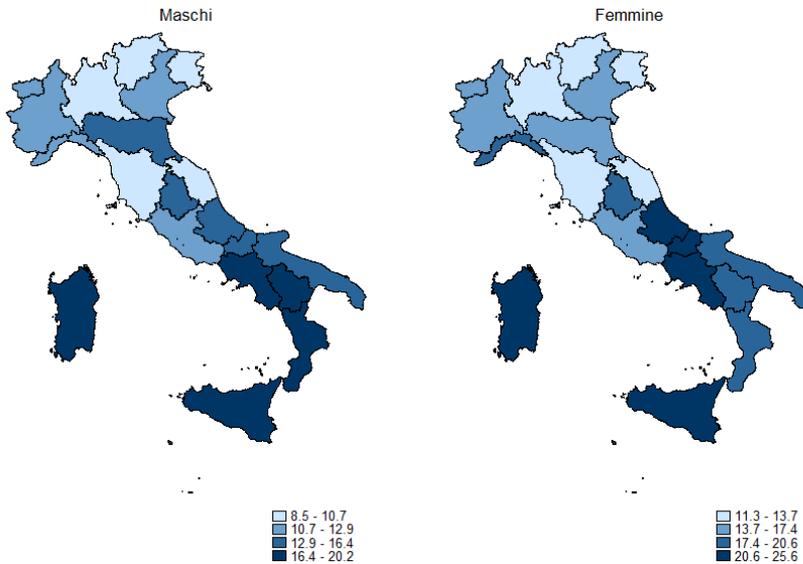
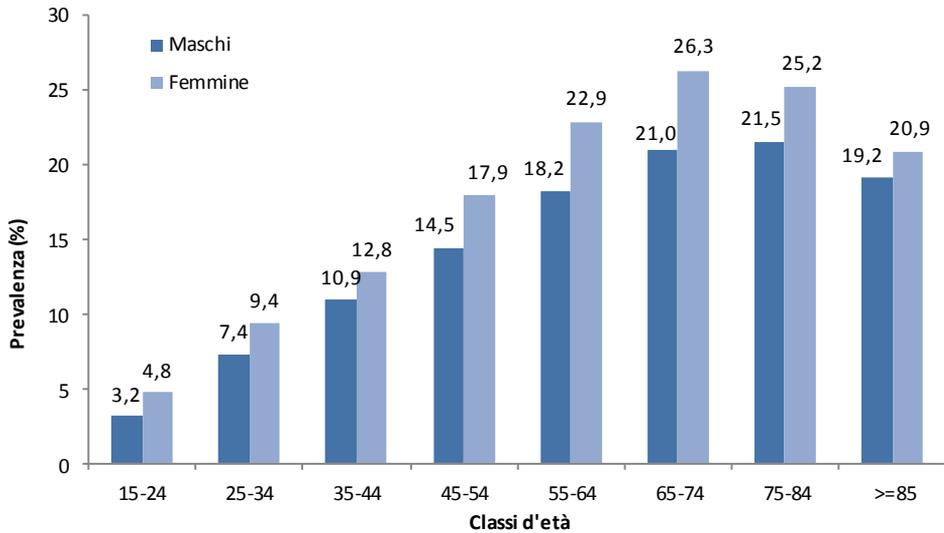
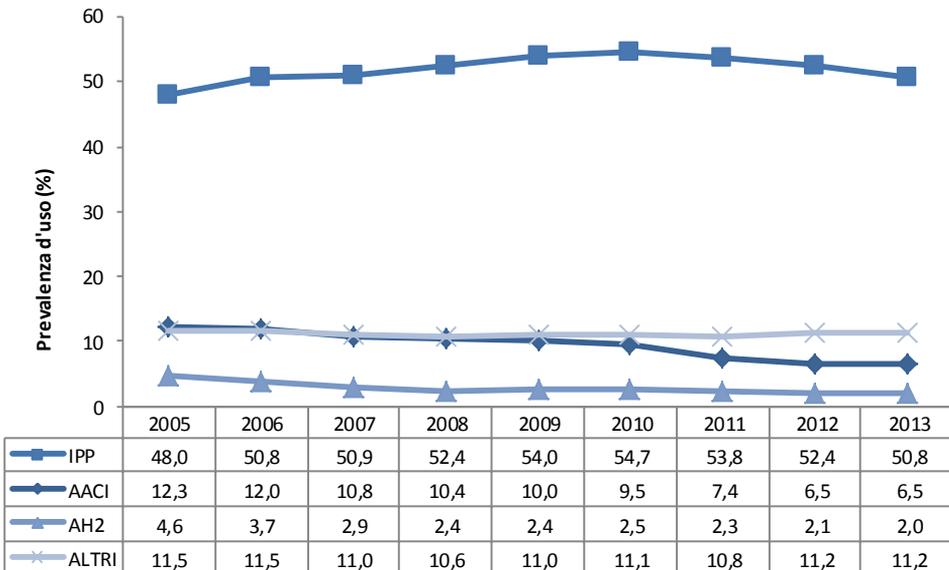
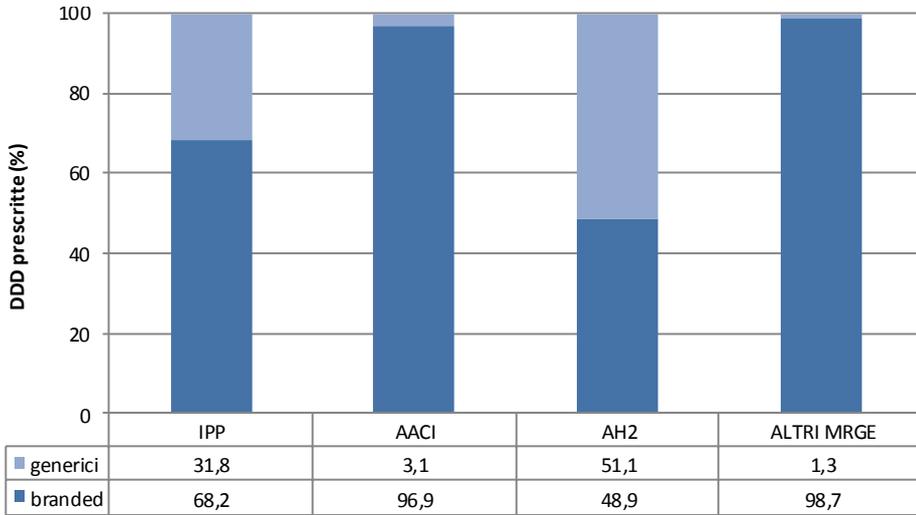


Figura 3.13c Prevalenza (%) "lifetime" di MRGE: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)**Figura 3.13d** Prevalenza d'uso (%) di farmaci gastroprotettori in soggetti con diagnosi di MRGE: analisi per categorie terapeutiche (anni 2005-2013)

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

Figura 3.13e Prescrizione dei farmaci gastroprotettori in soggetti con diagnosi di MRGE nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



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

Figura 3.13f Prevalenza d'uso dei farmaci gastroprotettori generici in soggetti con diagnosi di MRGE trattati: distribuzione per area geografica (anno 2013)

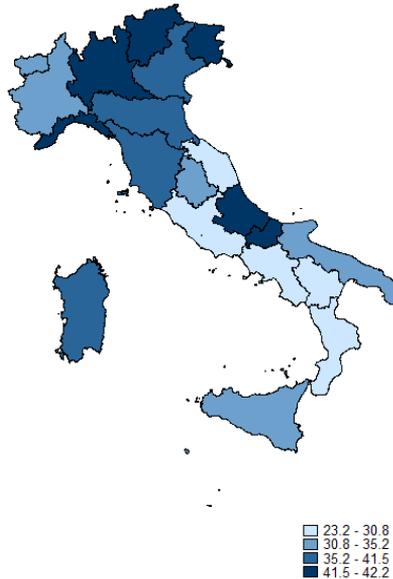
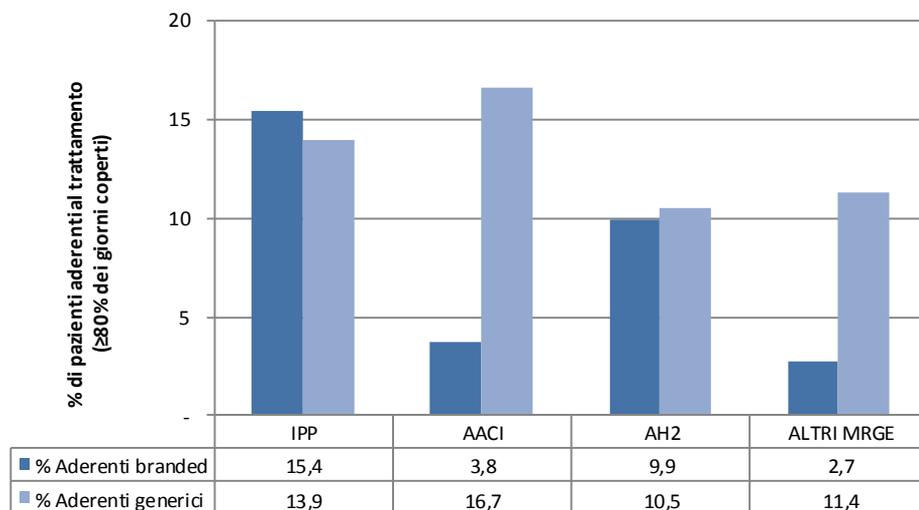


Figura 3.13g Aderenza al trattamento gastroprotettore (pazienti con $\geq 80\%$ dei giorni coperti) in soggetti nuovi utilizzatori di farmaci con diagnosi di MRGE nel 2013: confronto generici vs *branded* per categorie terapeutiche



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

3.14 TUMORI

In Italia i dati epidemiologici sui tumori (prevalenza, incidenza, sopravvivenza) sono disponibili solo per le aree interessate da Registri Tumori di popolazione. Come riportato dall'Associazione Italiana dei Registri Tumori³, il 51% della popolazione italiana è coperta da un Registro tumori. Inoltre, la popolazione coperta da un Registro varia da dimensioni regionali (Umbria) o quasi (Veneto) a dimensioni provinciali o corrispondenti a una singola città (Torino). Le informazioni per le aree non coperte da un Registro sono, invece ricavate mediante l'applicazione di modelli statistico-matematici di stima. Pertanto, il quadro informativo sulla realtà epidemiologica dei tumori in Italia è costituito da un insieme di dati osservati e da un insieme di dati stimati.

Nel presente rapporto la prevalenza di tumori è stata utilizzata come indicatore epidemiologico. Tale misura stima in un dato momento il numero di persone di una data area geografica che si sono ammalate di tumore in passato, sia esso recente o lontano, e che ne sono sopravvissute. Se rapportata alla popolazione - proporzioni di prevalenza - essa rappresenta la proporzione di quella popolazione che in un dato momento ha vissuto o sta vivendo l'esperienza della patologia oncologica. La prevalenza è considerata un'utile misura per valutare il "carico" sanitario dell'oncologia in una società. Nelle diverse quantità in cui può essere disaggregata, può per esempio essere utilizzata per stimare il numero di pazienti oncologici che necessitano di un controllo medico oppure il numero di pazienti che devono essere seguiti attentamente dal punto di vista clinico perché ad alto rischio di ripresa della malattia.

3 Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM) <http://www.registri-tumori.it/cms/copertura>

3.14.1 NOTE METODOLOGICHE

I tumori considerati nelle analisi sono quelli che, in base ai dati dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori, risultano più comuni nella popolazione Italiana⁴.

Diagnosi (ICD-9-CM):

- Stomaco (151.x)
- Colon - retto (153.x, 154.x, 159.x)
- Polmoni (162.x)
- Melanoma maligno (172.x)
- Mammella (174.x-175.x)
- Prostata (185.x)

3.14.2 TUMORE DELLO STOMACO

La prevalenza di tumore gastrico mostra un trend moderatamente crescente dal 2005 (1,1‰) al 2009 (1,3‰) per poi stabilizzarsi fino al 2013; tale andamento si riscontra anche nell'analisi per sesso con valori maggiori nei maschi (1,3‰ nel 2005 e 1,4‰ nel 2013) rispetto alle femmine (0,9‰ nel 2005 e 1,2‰ nel 2013) (**Figura 3.14a**). L'analisi regionale dei dati di prevalenza indica un gradiente geografico con stime più elevate nelle regioni del nord (Lombardia) e del centro (Toscana, Marche, Umbria e Abruzzo) rispetto a quelle del sud (**Figura 3.14b**). Per ciò che concerne l'età, la prevalenza di tumore allo stomaco aumenta sensibilmente dopo il 55esimo anno di età, con valori nettamente più elevati nella popolazione anziana maschile rispetto a quella femminile; anche il delta per sesso cresce all'aumentare dell'età (**Figura 3.14c**).

Figura 3.14a Prevalenza (x 1000) di tumore dello Stomaco negli anni 2005-2013 standardizzata per fasce d'età e stratificata per sesso

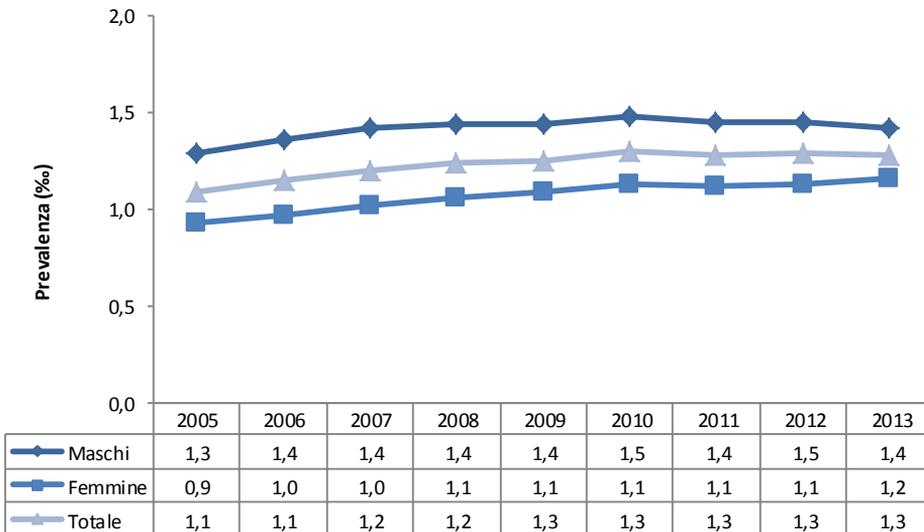


Figura 3.14b Prevalenza (x 1000) di tumore dello Stomaco standardizzata per fasce d'età: analisi per regione e sesso (anno 2013)

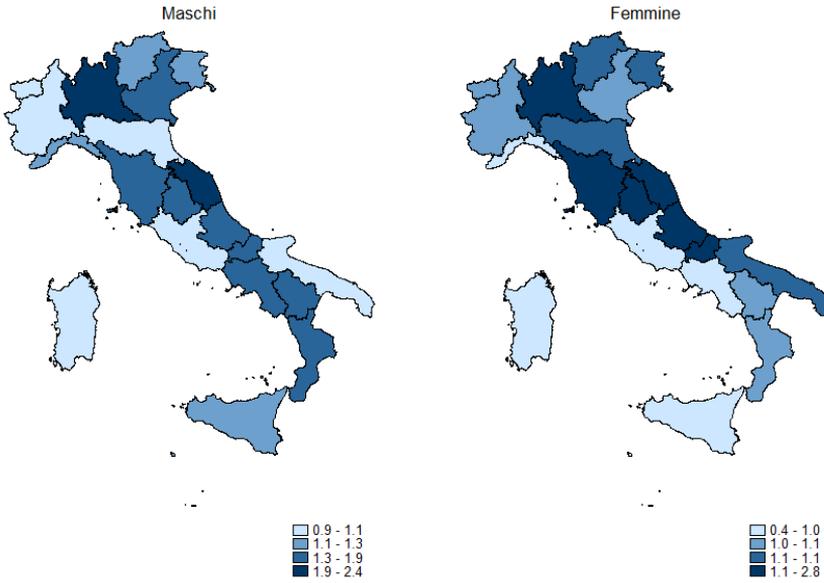
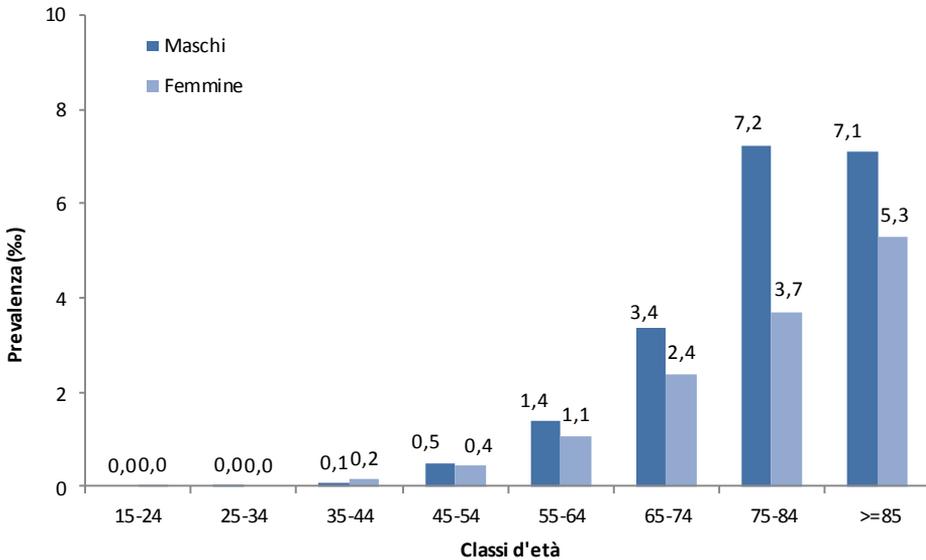


Figura 3.14c Prevalenza (x 1000) di tumore dello Stomaco stratificata per sesso e fasce d'età (anno 2013)



3.14.2 TUMORE DEL COLON-RETTO

La prevalenza di tumore del Colon-retto mostra un trend in crescita dal 2005 al 2013: dal 5,0‰ del 2005 si giunge al 7,3‰ del 2013; tale andamento si riscontra anche nell'analisi per sesso con valori maggiori nei maschi (5,7‰ nel 2005 e 8,1‰ nel 2013) rispetto alle femmine (4,5‰ nel 2005 e 6,6‰ nel 2013) (Figura 3.14d). Le regioni del centro e del nord Italia mostrano stime di prevalenza più elevata, mentre il sud appare l'area geografica a prevalenza più bassa (Figura 3.14e). L'analisi per classi d'età e sesso mostra un trend associato positivamente al crescere dell'età sia per i maschi sia per le femmine, con un importante incremento nei maschi ultra 65enni (Figura 3.14f).

Figura 3.14d Prevalenza (x 1000) di tumore del Colon-retto negli anni 2005-2013 standardizzata per fasce d'età e stratificata per sesso

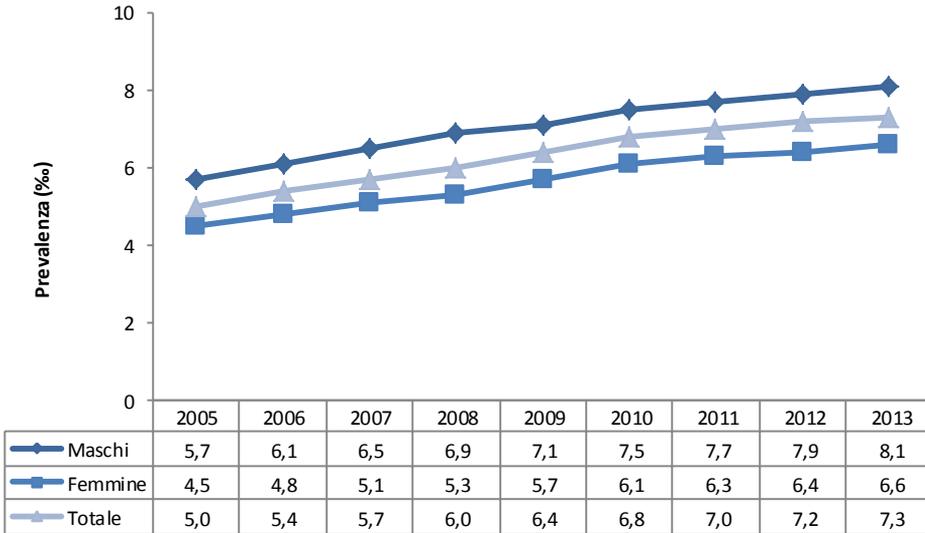


Figura 3.14e Prevalenza (x 1000) di tumore del Colon-retto standardizzata per fasce d'età: analisi per regione e sesso (anno 2013)

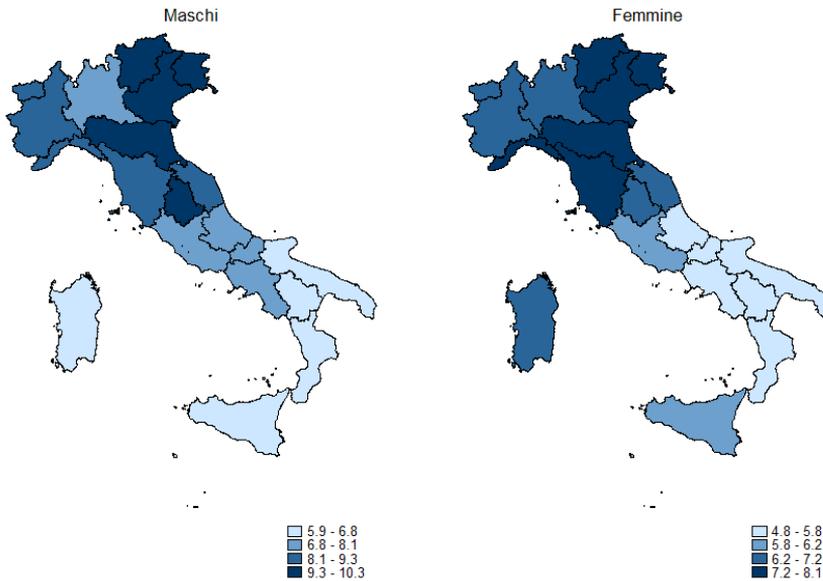
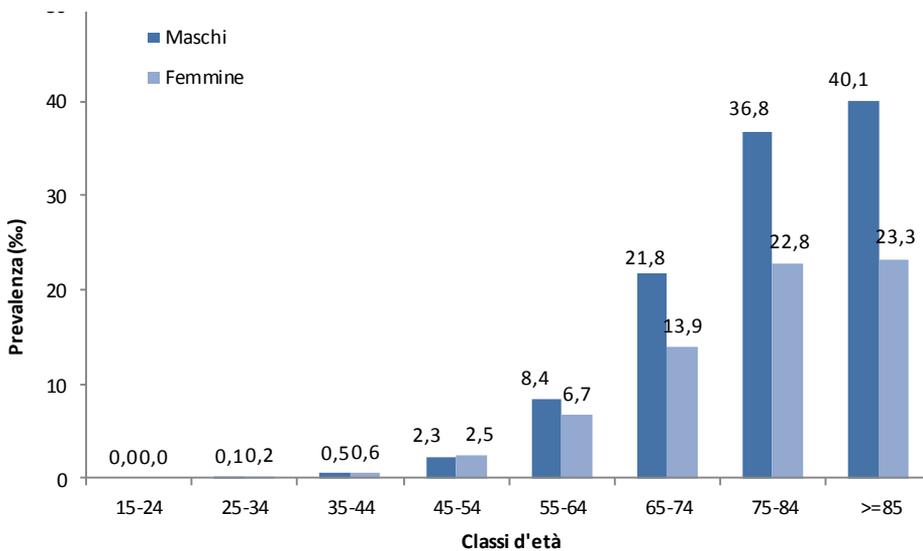


Figura 3.14f Prevalenza (x 1000) di tumore del Colon-retto stratificata per sesso e fasce d'età (anno 2013)



3.14.4 TUMORE DEL POLMONE

La prevalenza di tumore del Polmone mostra un trend crescente che va dall'1,5‰ del 2005 fino al 2,1‰ del 2013; tale andamento si riscontra anche nell'analisi per sesso con valori maggiori nei maschi (2,5‰ nel 2005 e 3,1‰ nel 2013) rispetto alle femmine (0,7‰ nel 2005 e 1,3‰ nel 2013) (**Figura 3.14g**). Per quanto riguarda la prevalenza per area geografica, si nota una certa variabilità nei valori. Le regioni a maggior prevalenza risultano Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Lazio e Puglia per i maschi e Lombardia, Emilia Romagna, Umbria, Lazio e Campania per le femmine (**Figura 3.14h**). L'analisi per classi d'età e sesso mostra un trend crescente al crescere dell'età sia per i maschi, con un picco tra 75 e 84 anni. Successivamente si osserva una sensibile riduzione delle stime. Il sesso maschile mostra valori di prevalenza superiori rispetto alle donne per tutte le fasce di età, con particolare rilevanza dopo i 75 anni (**Figura 3.14i**).

Figura 3.14g Prevalenza (x 1000) di tumore del Polmone negli anni 2005-2013 standardizzata per fasce d'età e stratificata per sesso

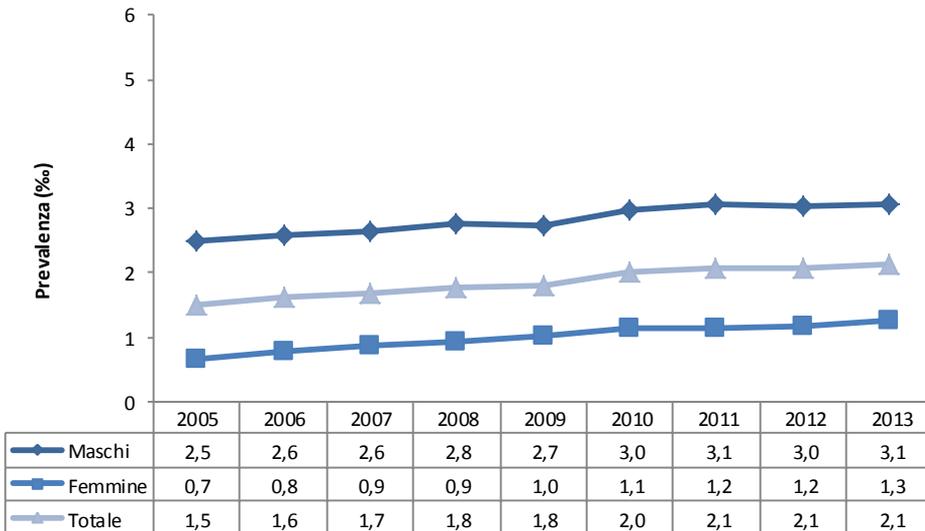


Figura 3.14h Prevalenza (x 1000) di tumore del Polmone standardizzata per fasce d'età: analisi per regione e sesso (anno 2013)

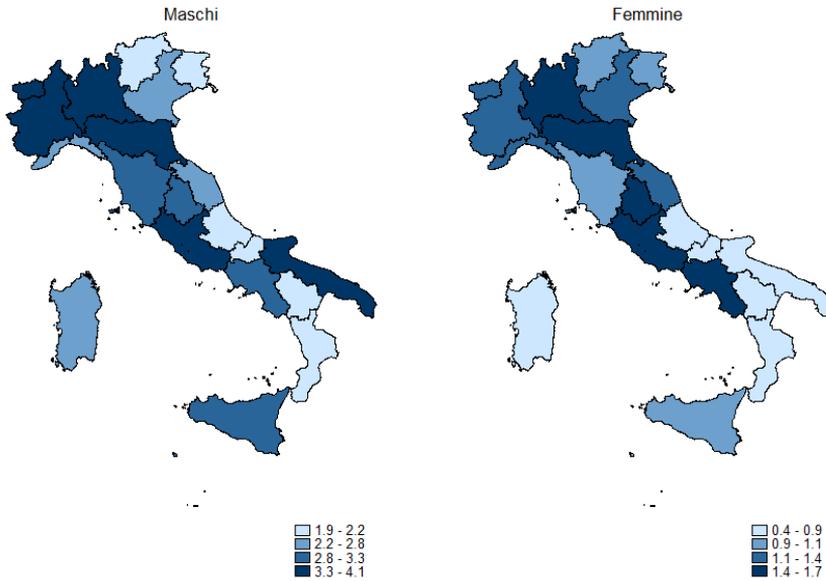
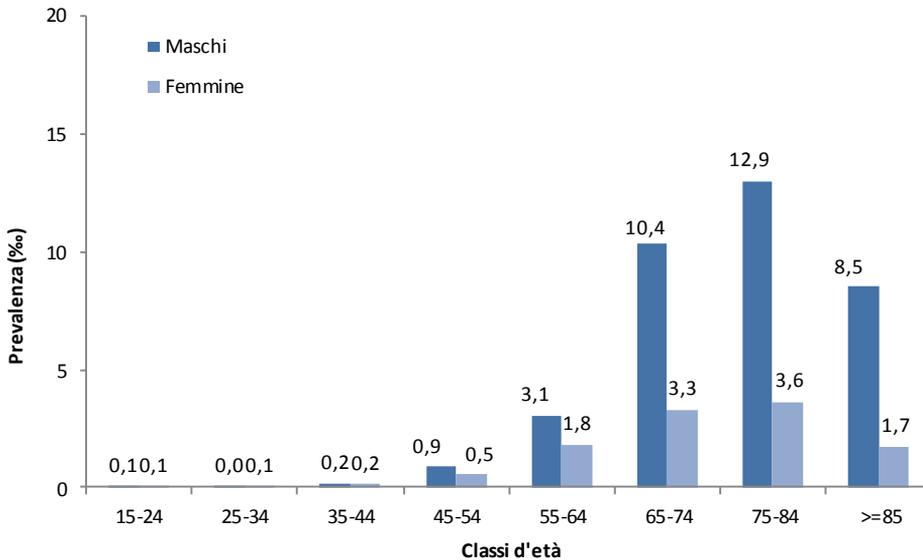


Figura 3.14i Prevalenza (x 1000) di tumore del Polmone stratificata per sesso e fasce d'età (anno 2013)



3.14.5 MELANOMA MALIGNO

La prevalenza di Melanoma maligno mostra un trend crescente che va dall'1,8‰ del 2005 fino al 3,4‰ del 2013; tale andamento si riscontra anche nell'analisi per sesso con valori leggermente superiori nelle femmine (2,0‰ nel 2005 e 3,6‰ nel 2013) rispetto ai maschi (1,7‰ nel 2005 e 3,1‰ nel 2013) (**Figura 3.14l**). Per quanto riguarda la prevalenza per area geografica, si osserva una certa variabilità, con stime maggiori nel nord-est e in alcune regioni del centro, al contrario, tali prevalenze risultano minori al sud e nelle isole (**Figura 3.14m**). L'analisi per classi d'età e sesso mostra un trend crescente al crescere dell'età, sebbene, rispetto ad altre forme di tumore, si osservi un prevalenza rilevante anche nei soggetti più giovani. Le donne mostrano valori di prevalenza superiori agli uomini fino alla fascia di età 55-64 anni. Viceversa, dal 65esimo anno, i maschi presentano stime di prevalenza superiori a quelle delle donne (**Figura 3.14n**).

Figura 3.14l Prevalenza (x 1000) di Melanoma maligno negli anni 2005-2013 standardizzata per fasce d'età e stratificata per sesso

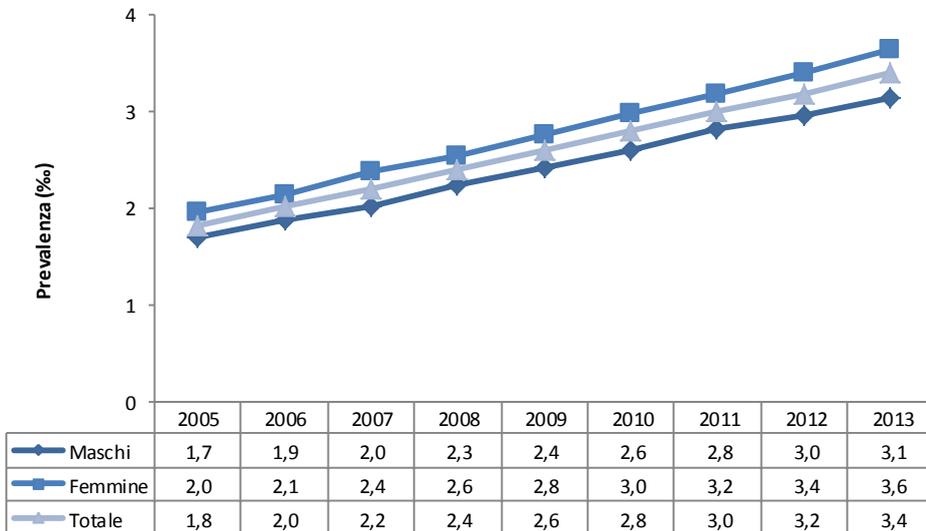


Figura 3.14m Prevalenza (x 1000) di Melanoma maligno standardizzata per fasce d'età: analisi per regione e sesso (anno 2013)

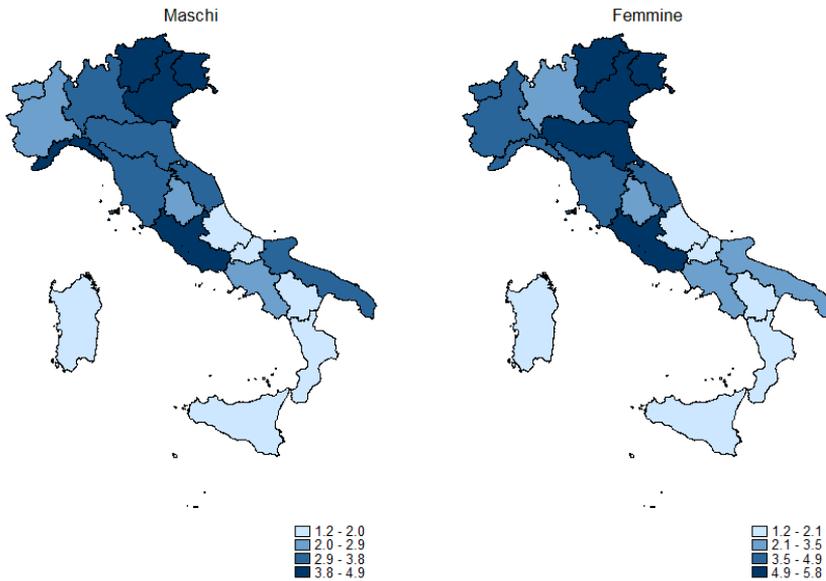
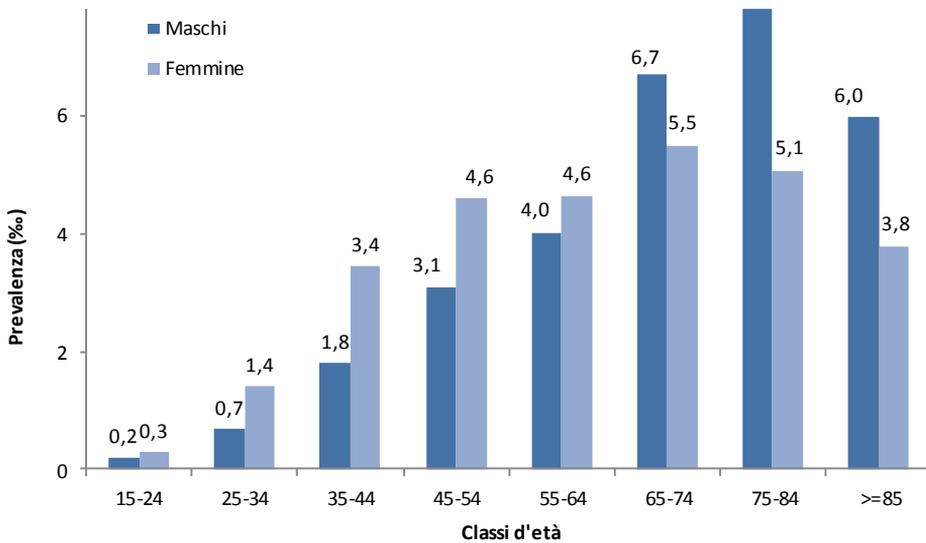


Figura 3.14n Prevalenza (x 1000) di Melanoma maligno stratificata per sesso e fasce d'età (anno 2013)



3.14.6 TUMORE DELLA MAMMELLA

La prevalenza di tumore della Mammella mostra un trend crescente che va dal 17,4‰ del 2005 fino al 25,4‰ del 2013 per le donne (**Figura 3.14o**). La distribuzione regionale mostra una maggiore prevalenza nel nord Italia, rispetto alle regioni del centro e, in particolare, a quelle del sud (**Figura 3.14p**). L'analisi per classi d'età mostra un trend crescente al crescere dell'età con un picco nella fascia 65-74 anni (55,3‰) (**Figura 3.14q**). Come atteso, tutte le stime di prevalenza sono maggiormente a carico delle donne rispetto agli uomini..

Figura 3.14o Prevalenza (x 1000) di tumore della Mammella negli anni 2005-2013 standardizzata per fasce d'età e stratificata per sesso

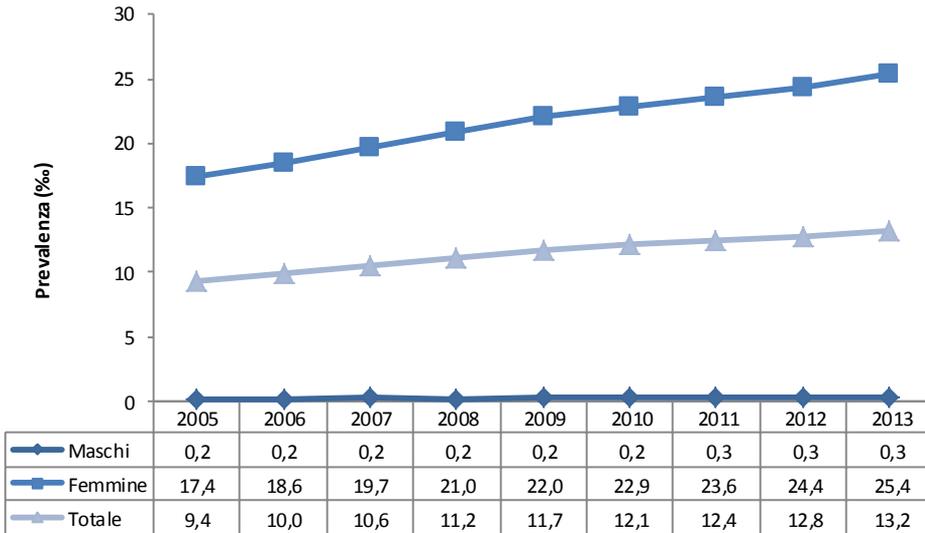


Figura 3.14p Prevalenza (x 1000) di tumore della Mammella standardizzata per fasce d'età: analisi per regione e sesso (anno 2013)

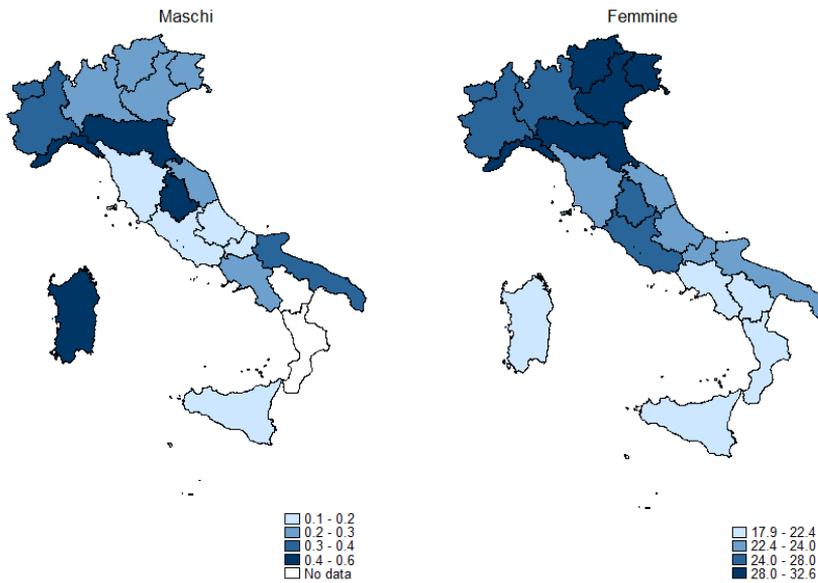
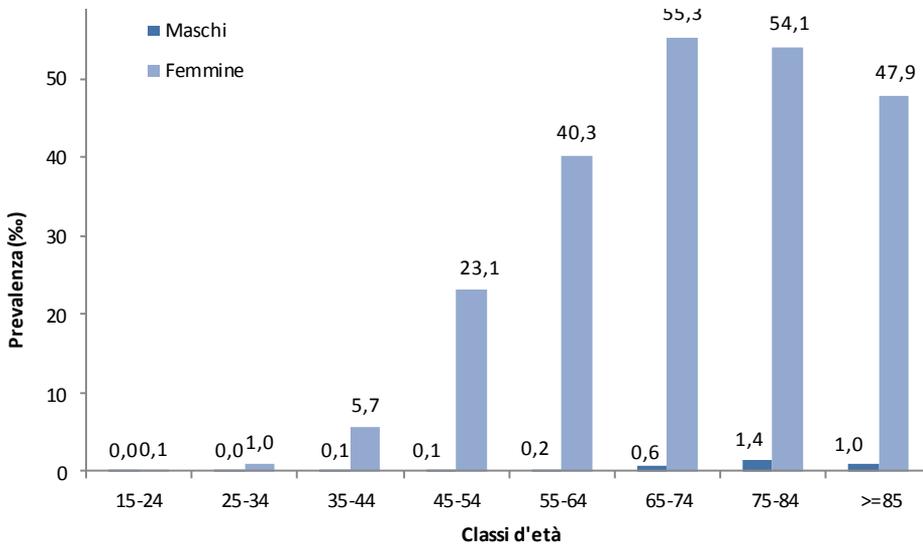


Figura 3.14q Prevalenza (x 1000) di tumore della Mammella stratificata per sesso e fasce d'età (anno 2013)



3.14.7 TUMORE DELLA PROSTATA

La prevalenza di tumore della Prostata mostra un trend crescente che varia da 11,4‰ del 2005 al 14,7‰ del 2013 (**Figura 3.14r**). Per quanto riguarda la prevalenza per area geografica si osserva una certa variabilità, con stime maggiori nel nord-est, mentre quella con valore più basso corrisponde alle regioni del sud e delle isole (**Figura 3.14s**). L'analisi per classi d'età mostra un trend crescente al crescere dell'età, con un particolare incremento a partire dal 55esimo anno, sebbene valori superiori a 80‰ si osservano a partire dal 75esimo anno di età (**Figura 6.14i**).

Figura 3.14r Prevalenza (x 1000) di tumore della Prostata negli anni 2005-2013 standardizzata per fasce d'età

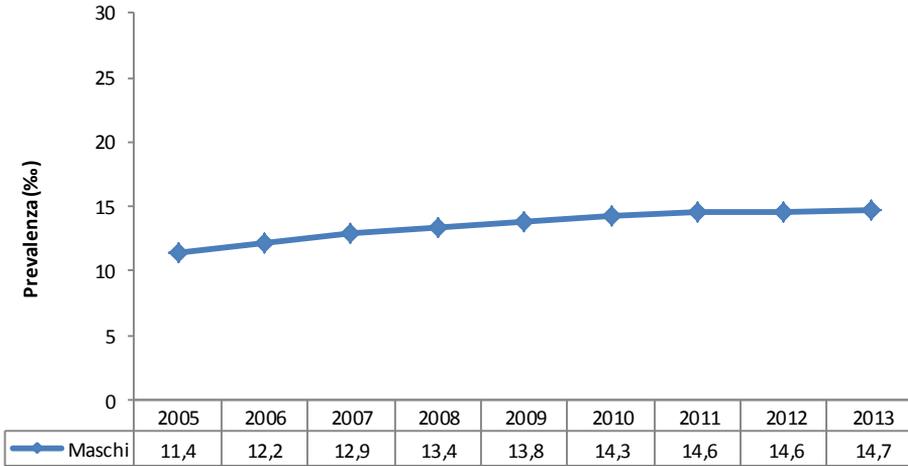


Figura 3.14s Prevalenza (x 1000) di tumore della Prostata standardizzata per fasce d'età: analisi per regione e sesso (anno 2013)

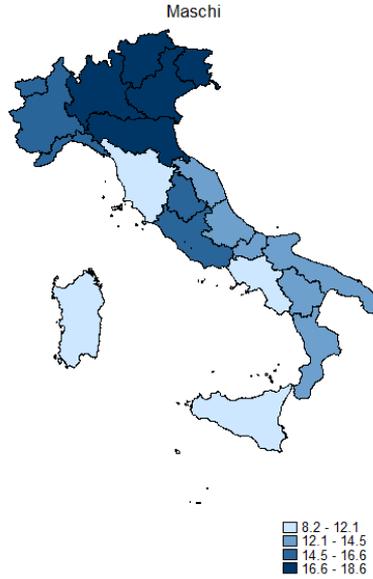
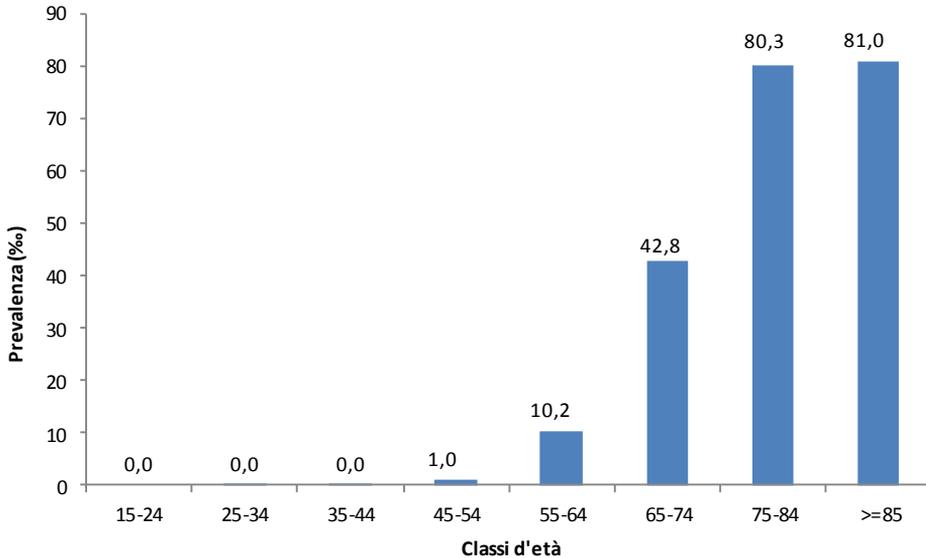


Figura 3.14t Prevalenza (x 1000) di tumore della Prostata stratificata per fasce d'età (anno 2013)



Fin dalla sua nascita Health Search (HS) annovera, tra i propri obiettivi, la realizzazione e la crescita di un network di Medici di Medicina Generale (MMG) con lo scopo di sviluppare la ricerca epidemiologica in Medicina Generale (MG).

I ricercatori Health Search propongono studi e ricerche mediante il Database Health Search – CSD LPD con l'obiettivo di rispondere alle esigenze di conoscenza ed implementazione di strumenti a supporto ed integrazione della pratica clinica.

Gli ambiti di interesse riguardano problematiche cliniche e gestionali che il MMG affronta quotidianamente nel corso della propria pratica; i risultati, oltre a fornire una precisa fotografia dei problemi presi in considerazione, offrono importanti spunti di riflessione utili a migliorare l'attività clinica.

Nel presente capitolo è presente una ampia selezione delle ricerche condotte nel corso del 2013 e del 2014 dai MMG Health Search con il supporto scientifico-metodologico del team di epidemiologi e statistici HS.

Per favorirne la massima divulgazione l'Istituto Health Search pubblica inoltre, con cadenza bimestrale, una Newsletter digitale tramite il proprio sito web: www.healthsearch.it e mediante inserto presente nella rivista ufficiale della S.I.M.G., Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie.

4.1 ANNO 2013

4.1.1 EPIDEMIOLOGIA DELLA TINEA DELLA CUTE GLABRA E DELLA TINEA INCOGNITA

Premessa

I funghi o miceti sono microrganismi largamente diffusi in natura. Essi vivono come saprofiti negli strati superficiali del suolo e nel materiale organico in decomposizione o, come commensali, in vari organismi animali. Alcuni di questi microrganismi sono in grado di produrre malattie nell'uomo, le micosi. Queste ultime vengono distinte a loro volta in superficiali, profonde (rare alle nostre latitudini) e micosi sistemiche. I funghi vengono suddivisi in tre categorie: dermatofiti, lieviti (forme unicellulari) e muffe (forme pluricellulari).

I dermatofiti si distinguono dagli altri miceti per la loro capacità di demolire la cheratina contenuta nei tessuti epidermici, nei peli e nelle unghie e sono classificati come antropofili, zoofili, o geofili, in relazione al loro normale habitat. I dermatofiti antropofili sono tipici degli esseri umani, gli organismi zoofili si riscontrano principalmente sugli animali e sono causa di importanti reazioni infiammatorie negli esseri umani, mentre le specie geofiliche si trovano generalmente nel terreno e solo occasionalmente causano infezione su esseri umani o animali.

Le dermatofitosi sono le infezioni determinate dai soli dermatofiti, le quali vengono internazionalmente identificate col termine tinea seguito dal termine latino che classifica il sito anatomico parassitato (es.: tinea capitis). Il termine "tinea incognita" identifica un'infezione fungina che ha perso parzialmente o completamente le caratteristiche cliniche dell'infezione, generalmente a causa di un trattamento intenso con corticosteroidi topici.

Alla luce della forte diffusione delle dermatomicosi nella popolazione generale e dell'importanza dei Medici di Medicina Generale (MMG) nel loro riconoscimento e trattamento, ne viene di seguito fornito

l'inquadramento epidemiologico utilizzando il database di Health Search (HS).

Il Metodo

E' stata analizzata la popolazione attiva composta da 2.185.572 pazienti in carico a 1.000 MMG ricercatori HS al 31/12/2011. I pazienti dovevano avere almeno un anno di registrazione col proprio MMG.

Per quanto concerne il calcolo della prevalenza % di dermatomicosi, il numeratore e il denominatore sono stati così definiti:

[numeratore] numero di pazienti che riportavano una delle seguenti diagnosi ICD9CM: 110 *, 111* o il termine *tine*incogni* riportato nel diario clinico al 31/12/2011;

[denominatore] popolazione attiva nelle liste di assistenza dei medici di medicina generale ricercatori di Health Search al 31/12/2011.

Per quanto concerne il calcolo dell'incidenza % di dermatomicosi, il numeratore ed il denominatore sono stati così definiti:

[numeratore] numero di pazienti che riportavano una delle seguenti diagnosi ICD9CM: 110 *, 111* o il termine *tine*incogni* riportato nel diario clinico nell'anno 2011 e non nel periodo precedente;

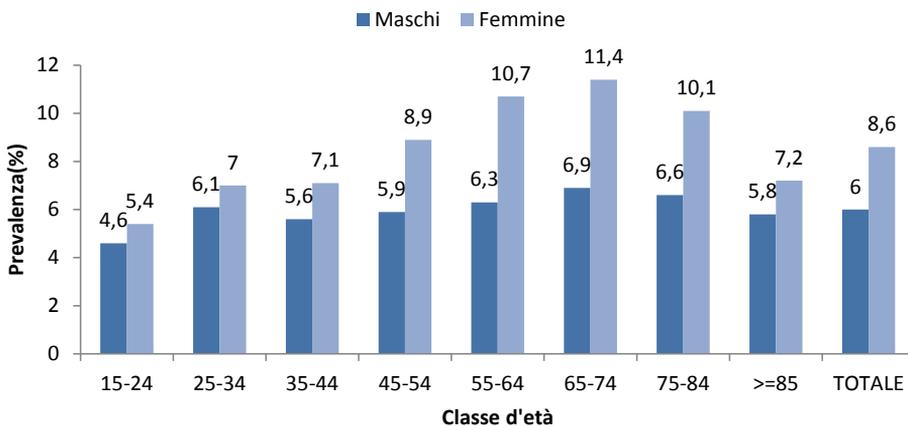
[denominatore] popolazione attiva nelle liste di assistenza dei medici di medicina generale ricercatori di Health Search al 31/12/2011.

Tutte le stime ottenute sono state stratificate per sesso e classi di età.

I Risultati

L'andamento della prevalenza delle patologie in analisi è riportato in **Figura 4.1a**. In generale, le dermatomicosi risultano più frequenti per il sesso femminile (8,6 vs. 6,0%) con un picco nella fascia d'età 65-74 anni (11,4% per le donne vs. 6,9% per gli uomini). Per quanto concerne l'incidenza, l'andamento per fasce di età risulta coerente con la prevalenza mantenendo un'evidente preponderanza per il sesso femminile (8,6 vs. 6,0%).

Figura 4.1a Dermatomicosi, prevalenza per sesso e fascia di età al 31.12.2011.



Il parere del Medico di Medicina Generale

I dati epidemiologici estratti dal database di Health Search (HS) sono da riferirsi a tutte le entità nosologiche di dermatomicosi (ICD9CM: 110*,111*). Nel loro insieme, rappresentano un capitolo rilevante per l'attività del Medico di Medicina Generale (MMG), con una prevalenza del 7,3% (media tra maschi e femmine).

Le tinee sono patologie più frequenti nel periodo estivo, perché la popolazione indossa meno vestiti ed è più esposta a fonti di contagio (terreno e animali infetti); anche le micosi, in generale, sono in aumento d'estate perché caldo e sudore favoriscono la macerazione e lo sviluppo dei germi (es. Candida). Il termine tinea incognita, usato per la prima volta da Ive e Marks nel 1968, identifica un'infezione fungina che ha perso parzialmente o completamente le caratteristiche cliniche dell'infezione, generalmente a causa di un trattamento intenso con corticosteroidi topici. Si manifesta come un'affezione cutanea di tipo infiammatorio, mimante altre affezioni dermatologiche, ma non somigliante a una micosi.

La tinea incognita non risulta codificata nel programma Millewin, dalla ricerca dei dati in questo studio, questa entità nosologica è stata infatti descritta solo in tre casi su campo libero. Dai dati della letteratura però, emerge che la tinea incognita rappresenterebbe circa l'8-9% di tutte le forme di micosi. Ciò, verosimilmente, ci indica che una quota di dermatomicosi non viene correttamente diagnosticata e quindi probabilmente trattata in modo inappropriato.

Dai dati estratti dal database di HS, emerge, inoltre, che il MMG di fronte ad una dermatomicosi ricorre solamente nel 4% a una consulenza specialistica dermatologica e solo nell'1,23% viene richiesto un approfondimento relativo ad un esame micologico diretto e/o colturale da campioni biologici diversi (squame cutanee, etc.).

Pertanto, l'invito da parte degli autori di questo studio, nei casi dubbi o in caso di mancata risposta terapeutica, è a richiedere un esame micologico diretto e/o colturale della lesione sospetta oppure ricorrere a una consulenza dermatologica. Evitare trattamenti inappropriati che possono portare a estensione dell'infezione micotica e ad alterazioni del quadro clinico e di conseguenza rendere difficile anche ad uno specialista esperto una corretta diagnosi. Si ricorda infine che la tinea è soggetta a obbligo di denuncia quale malattia infettiva, pertanto è opportuno essere certi della diagnosi eziologica.

A cura del Dott. Rosario Falanga

4.1.2 LA DISFUNZIONE ERETTILE NELL'AMBITO DELLA MEDICINA GENERALE

Premessa

La disfunzione erettile (DE) viene definita "l'incapacità del soggetto di sesso maschile a raggiungere e/o mantenere un'erezione sufficiente a condurre un rapporto sessuale soddisfacente". L'eziologia di questa problematica clinica si riconduce a una serie di fattori che comprendono cause organiche di tipo endocrino (es.: ipogonadismo, sindrome di Cushing), vascolare (sia venosa sia arteriosa), neurologico (es.: Parkinson, traumi spinali o neuropatie periferiche), legate a malattie croniche (diabete, insufficienza renale o epatica) o a trattamenti medici (es.: prostatectomia). Altre cause sono riconducibili a fattori psicologici che si intrecciano con quelli di tipo organico; questi ultimi comprendono ansia, depressione, altri conflitti intrapsichici importanti oltre alla componente determinata dallo stress e da stati generali di irrequietezza ed irritabilità. Esistono, infine, l'abitudine al fumo e/o l'abuso di sostanze stupefacenti che influiscono sulla funzionalità erettile. Proprio i problemi di natura psicologica che sono correlati con la DE pongono il medico in una condizione di difficoltà, spesso di difficile risoluzione, nell'effettuare un'appropriata diagnosi proprio alla luce del rapporto di non completa confidenza col paziente. Quest'ultimo, infatti, per un mancato riconoscimento di questo problema in quanto reale disfunzione organica, può non partecipare in modo esauriente alla fase anamnestica, a

meno che non vi sia uno stretto e stabile rapporto confidenziale col proprio medico. In virtù di queste ragioni, la consuetudine del rapporto col proprio MMG diventa uno "strumento" per identificare il sospetto della patologia, riconoscerla in modo completo dal punto di vista diagnostico ed indirizzare il paziente dallo specialista. La conoscenza della prevalenza di DE nel database HS, assieme a quelli che sono alcuni dei fattori ad esserne potenziale causa, costituisce un'informazione utile al MMG per traslare queste informazioni alla propria pratica clinica.

Il Metodo

Il periodo di riferimento è stato l'anno 2010. I pazienti sono stati considerati eleggibili qualora fossero stati presi in carico dai 700 "migliori" MMG per la qualità del dato registrato. Per quanto concerne il calcolo della prevalenza %, il numeratore e denominatore sono stati così definiti:

Prevalenza di DE:

[numeratore] numero di pazienti (registrati da almeno un anno nelle liste dei MMG) che riportavano una diagnosi di DE (codice ICD9CM: 606.9*);

[denominatore] popolazione attiva nelle liste di assistenza del MMG con almeno 1 anno dalla presa in carico.

Prevalenza d'uso di fumo e droghe nella popolazione con diagnosi di infertilità e non:

[numeratore] numero di pazienti (registrati da almeno due anni nelle liste dei MMG) che riportavano un'ultima registrazione di abitudine al fumo e/o di abuso di sostanze stupefacenti (identificato dalla presenza di esami tossicologici volti alla diagnosi di abuso di sostanze negli ultimi 5 anni);

[denominatore] soggetti con diagnosi o meno di DE in base alla codifica sopramenzionata.

I Risultati

Le stime di prevalenza di DE sono riportate in **Tabella 4.1a**. Complessivamente, lo 0,85% della popolazione maschile assistita dai MMG di HS è affetta da DE. Come atteso, si osservano valori proporzionali superiori nella popolazione 35-44enne, con valori sensibilmente inferiori per l'età fino ai 24 anni e quella superiore agli 85 anni. Per quanto concerne la distribuzione geografica, la prevalenza di infertilità maschile risulta leggermente più elevata nella macro-area Sud, incluse le Isole. Per quanto riguarda l'abitudine al fumo e l'abuso di sostanze stupefacenti, la percentuale di soggetti fumatori è più elevata nei soggetti con DE (20,4% vs. 15,2%), mentre gli utilizzatori di sostanze da abuso è lievemente superiore nella popolazione con diagnosi di DE (0,6% vs. 0,4%; **Tabella 4.1b**).

Tabella 4.1a Prevalenza percentuale della DE per classi di età e area geografica

CLASSI DI ETA'			AREA		
	N	%		N	%
15-24	19	0,04	Nord Ovest	1.095	0,85
25-34	689	0,97	Nord Est	827	0,78
35-44	2.479	2,56	Centro	601	0,74
45-54	974	1,07	Sud e Isole	1.778	0,95
55-64	123	0,16			
65-74	14	0,02			
75-84	2	0,00			
≥85	1	0,01			
TOTALE	4.301	0,85	TOTALE	4.301	0,85

Tabella 4.1b Abitudine al fumo e utilizzo di sostanze stupefacenti nella popolazione con DE e non

	CON DE		SENZA DE	
	N	%	N	%
FUMO				
SI	879	20,4	76.074	15,2
NO	1.166	27,1	106.372	21,3
EX	407	9,5	66.767	13,3
Dato Mancante	1.849	43,0	250.918	50,2
ABUSO DI SOSTANZE*				
SI	27	0,6	1886	0,4
NO	4.274	99,4	498.245	99,6
TOTALE	4.301	100,0	500.131	100,0

*Si se è stato effettuato un esame di laboratorio per valutare l'abuso di sostanze negli ultimi 5 anni

Il parere del Medico di Medicina Generale

La prevalenza della Disfunzione Erettile (DE) rilevata nello studio risulta 0,85%; notevolmente inferiore rispetto al 12,8% rilevato dallo studio condotto nella popolazione italiana da Parazzini e coll. . Inoltre, la prevalenza della DE risulta maggiore nelle classi d'età 25-54 anni rispetto a quelle 55 anni ed oltre; tale andamento è privo di una evidente motivazione e difforme rispetto ai dati epidemiologici nazionali e internazionali che dimostrano un gradiente positivo di prevalenza in funzione dell'età. Queste peculiarità epidemiologiche suggeriscono soprattutto la scarsa propensione dei ricercatori HS alla rilevazione e alla codifica del problema "DE", con incongruenze e bias talmente grossolani da rendere poco utilizzabili i dati ai fini epidemiologici.

La maggiore presenza di fumatori tra gli affetti da DE è in armonia con i dati di letteratura. E' stata rilevata una maggior prevalenza di uso di sostanze stupefacenti tra gli affetti da DE, anche se si deve sottolineare l'utilizzo di un indicatore indiretto e imperfetto (presenza di esami tossicologici volti alla diagnosi di abuso di sostanze negli ultimi 5 anni) che è utilizzato anche per fini diversi rispetto al problema tossicodipendenza (ossia, accertamenti concorsuali o per assunzione lavorativa, indagini diagnostiche-investigative suggerite da familiari, ecc.). Tenendo conto di tale aspetto, il dato conferma le evidenze della letteratura; in particolare, la DE può essere conseguenza dell'assunzione cronica di sostanze stupefacenti che porterebbe essenzialmente a una deplezione dopaminergica, ma è anche vero il contrario in quanto è stato dimostrato che problematiche della sfera sessuale possono indurre alla tossicodipendenza.

Non è possibile, per evidenti bias, trarre dallo studio conclusioni aventi validità scientifiche. Tuttavia, lo studio è stato parimenti utile perché, evidenziando le carenze segnalate, può suggerire, anche ai fini di un'educazione in progress dei ricercatori HS, strategie e comportamenti che possano portare a una più accurata rilevazione e registrazione del sintomo "DE".

A cura del Dott. Salvatore Campo

4.1.3 IMPATTO EPIDEMIOLOGICO DELL'IPOTIROIDISMO IN MEDICINA GENERALE

Premessa

L'ipotiroidismo è una patologia molto frequente nel mondo occidentale con una prevalenza della forma primitiva del 3,5 per 1000 nelle donne e dello 0,6 per 1000 negli uomini. L'ipotiroidismo primario è causato, nella maggior parte dei casi, dalla tiroidite di Hashimoto. In uno studio italiano basato su 4000 pazienti con tiroidite di Hashimoto diagnosticata nel periodo tra il 1975 e il 2005, circa la metà riportava ipotiroidismo, mentre meno del 10% aveva una tiroide atrofica. Esistono poi altre forme di ipotiroidismo: queste comprendono, principalmente, l'ipotiroidismo post-chirurgico (da ablazione radioterapica e tiroidectomia) e quello congenito. Per quest'ultimo è stata stimata un'incidenza di 1 caso per 2500 soggetti nati vivi. Ancor più raro è l'ipotiroidismo centrale dovuto a disordini dell'ipofisi o dell'ipotalamo.

La levotiroxina costituisce il trattamento di elezione per l'ipotiroidismo ed è uno dei farmaci maggiormente prescritti al mondo. In Italia, all'interno del sottogruppo dei "Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali" questo farmaco assorbe la quasi totalità della prescrizione e della spesa a essa associata. La dose ottimale di levotiroxina è funzione del target terapeutico, ossia del livello di tireotropina sierica (TSH), il quale necessita di un monitoraggio accurato al fine di favorire il corretto management del paziente con ipotiroidismo.

La conoscenza della prevalenza di ipotiroidismo, nelle sue forme principali, nel database di Health Search (HS), assieme a quelli che sono i dati relativi al controllo della patologia costituisce un'informazione utile al Medico di Medicina Generale (MMG) per traslare queste informazioni alla propria pratica clinica.

Il Metodo

I pazienti sono stati considerati eleggibili qualora fossero stati presi in carico dai 700 "migliori" MMG per la qualità del dato registrato. I pazienti attivi al 31/12/2011 in HS costituiscono la popolazione di riferimento per le analisi che seguono.

Per quanto concerne il calcolo della prevalenza % di ipotiroidismo, il numeratore e denominatore sono stati così definiti:

[numeratore] numero di pazienti (registrati da almeno un anno nelle liste dei MMG) che riportavano una diagnosi di ipotiroidismo primario (comprese le forme subcliniche, da iodio, irradiazione e farmaci; codice ICD9CM: da 244.1* a 244.9*) o ipotiroidismo congenito (codice ICD9CM: da 243*) o ipotiroidismo post-chirurgico (codice ICD9CM: 244.0*);

[denominatore] popolazione attiva nelle liste di assistenza del MMG con almeno 1 anno dalla presa in carico.

Prevalenza di pazienti con almeno un dosaggio di TSH nell'arco degli ultimi 15 mesi al 31/12/2011:

[numeratore] numero di pazienti (registrati da almeno due anni nelle liste dei MMG) che riportavano almeno una richiesta di dosaggio di TSH negli ultimi 15 mesi;

[denominatore] soggetti con una delle diagnosi di ipotiroidismo precedentemente elencate.

Tutte le stime ottenute sono state stratificate per area geografica, sesso e classi di età.

I Risultati

In **Tabella 4.1c** sono riportati i valori di prevalenza di ipotiroidismo. Come atteso l'ipotiroidismo primario presenta i valori di prevalenza più elevati rispetto alla forma congenita e post-chirurgica. L'ipotiroidismo primario risulta maggiormente frequente al Nord Est e al Centro Italia, mentre sia il congenito che il post-chirurgico al Sud e nelle Isole. Tutte le forme sono prevalenti nel sesso femminile e, come atteso, sia la forma primaria che post-chirurgica aumentano all'aumentare dell'età. La

flessione sopra i 75 anni è da ricondurre ad una minore frequenza di accesso di questi pazienti al MMG, poiché maggiormente allettati o ricoverati. La forma congenita presenta invece una maggiore disomogeneità nelle diverse classi di età.

Per quanto concerne il monitoraggio del TSH, i valori di prevalenza rilevati sono in linea con i dati ottenuti per la malattia. Raramente i valori scendono al di sotto del 70% (**Tabella 4.1d**).

Tabella 4.1c Prevalenza di ipotiroidismo primario, post-chirurgico e congenito in HS

ANALISI GEOGRAFICA	IPOTIROIDISMO PRIMARIO		IPOTIROIDISMO CONGENITO		IPOTIROIDISMO POST CHIRURGICO	
	N	%	N	%	N	%
Nord Ovest	5.925	2,81	139	0,07	1.053	0,50
Sud Est	7.777	3,67	200	0,09	1.154	0,54
Centro	5.768	3,00	232	0,12	1.267	0,66
Sud	6.338	2,78	272	0,12	1.598	0,70
Isole	2.367	2,18	187	0,17	1.063	0,98
ANALISI PER GENERE						
Maschi	4.532	0,99	166	0,04	1.217	0,27
Femmine	23.643	4,76	864	0,17	4.918	0,99
ANALISI PER ETA'						
<15	60	0,38	14	0,09	0	0,00
15-24	967	1,00	45	0,05	23	0,02
25-34	2.129	1,68	62	0,05	186	0,15
35-44	3.664	2,17	143	0,08	686	0,41
45-54	5.271	3,14	218	0,13	1.371	0,82
55-64	5.739	4,05	282	0,20	1.634	1,15
65-74	5.337	4,53	187	0,16	1.440	1,22
>=75	5.008	4,29	79	0,07	795	0,68
TOTALE	28.175	2,96	1.030	0,11	6.135	0,64

Tabella 4.1d Richiesta di dosaggio di TSH nelle diverse forme di ipotiroidismo

ANALISI GEOGRAFICA	IPOTIROIDISMO PRIMARIO		IPOTIROIDISMO CONGENITO		IPOTIROIDISMO POST CHIRURGICO	
	N	%	N	%	N	%
Nord Ovest	4.406	74,36	101	72,66	860	81,67
Sud Est	5.821	74,85	136	68,00	935	81,02
Centro	4.196	72,75	172	74,14	1.039	82,00
Sud	4.490	70,84	207	76,10	1.263	79,04
Isole	1.686	71,23	137	73,26	855	80,43
ANALISI PER GENERE						
Maschi	3.068	67,70	105	63,25	953	78,31
Femmine	17.531	74,15	648	75,00	3.999	81,31

ANALISI PER ETÀ*						
<15	49	81,67	7	50,00	0	0,00
15-24	700	72,39	30	66,67	17	73,91
25-34	1.413	66,37	41	66,13	150	80,65
35-44	2.598	70,91	106	74,13	566	82,51
45-54	3.878	73,57	164	75,23	1.092	79,65
55-64	4.368	76,11	204	72,34	1.332	81,52
65-74	4.082	76,48	147	78,61	1.189	82,57
>=75	3.511	70,11	54	68,35	606	76,23
TOTALE	20.599	73,11	753	73,11	4.952	80,72

Il parere del Medico di Medicina Generale

La patologia tiroidea è tra quelle che più frequentemente richiedono l'intervento del MMG, sia per un disease management diretto sia per quello condiviso. Dai dati di HS, relativamente all'anno 2011, si evince che i disturbi della ghiandola tiroidea sono occasione di contatto medico-paziente causa specifica nel 2,34% di tutti i contatti.

Come per altri gruppi di patologie, anche per quelle tiroidee, i dati epidemiologici, soprattutto di prevalenza presenti in letteratura sulla popolazione italiana, sono alquanto carenti e spesso riferiti a limitati ambiti territoriali più che all'intero ambito nazionale. Pertanto, la ricerca presentata è derivata dal bisogno di conoscere il reale peso epidemiologico delle principali patologie tiroidee nel territorio italiano. La prevalenza dell'ipotiroidismo è risultata essere del 3,71% (congenito, chirurgico e primario), con un rapporto F:M di 4:8 per l'ipotiroidismo primario che, nella maggior parte dei casi, è secondario a tiroidite di Hashimoto. Le percentuali di pazienti con ipotiroidismo che, negli ultimi quindici mesi, hanno ricevuto una prescrizione di ormoni tiroidei (M 60,17% e F 66,82%) e di TSH (M 67,70% e F 74,5%) risentono della percentuale di pazienti che vanno in remissione, in condizione di eutiroidismo. La conoscenza epidemiologica e quella clinica, assieme alle capacità possedute dal profilo professionale del MMG, sono utili a suggerire interventi razionali e appropriati nel setting della Medicina Generale e, in tal senso, la gestione di base dell'ipotiroidismo rientra tra le sue competenze.

A cura del Dott. Salvatore Campo

4.1.4 EMICRANIA E CEFALEA IN MEDICINA GENERALE

Premessa

Emicrania e cefalea costituiscono un importante problema di salute pubblica. Considerando la diffusione di queste patologie nella popolazione generale, nonché la loro varietà di forme e difficoltà di classificazione, il Medico di Medicina Generale (MMG) rappresenta una figura centrale nell'identificazione, caratterizzazione e trattamento precoce di questa problematica clinica.

Il problema diagnostico legato alle cefalee è senza dubbio complesso. La cefalea si distingue infatti in forme primarie, di cui l'emicrania ne è la forma più comune, nelle quali non sono evidenziabili cause organiche sottostanti, e forme secondarie, che sono dovute a lesioni organiche ben definite. In questo contesto è fondamentale formulare una corretta diagnosi per il paziente affetto da cefalea sia da favorirne il trattamento più corretto.

Conoscere e monitorare l'impatto epidemiologico della patologia, nelle sue forme principali, costituisce certamente un primo passo verso una gestione più attenta del fenomeno. La conoscenza della prevalenza di emicrania e cefalea nel database di Health Search (HS), assieme a quelli che sono i dati relativi al trattamento della patologia, costituisce quindi un'informazione utile al MMG per traslare queste informazioni alla propria pratica clinica.

Il Metodo

Prevalenza di emicrania e cefalea:

[numeratore] numero di pazienti (registrati da almeno un anno nelle liste dei MMG) che riportavano una diagnosi di emicrania (ICD9CM: 346*, 625.4*), cefalea ricorrente o da tensione (ICD9CM: 784.0*, 307.81) o nevralgie (ICD9CM: 350.1*, 729.2*);

[denominatore] popolazione attiva nelle liste di assistenza del MMG con almeno 1 anno dalla presa in carico.

Prevalenza di uso di farmaci con almeno una delle diagnosi sopra elencate:

[numeratore] numero di pazienti (registrati da almeno due anni nella liste dei MMG) che riportavano almeno una prescrizione di triptani (ATC: N02CC01, 03, 04-07) o ergotamina (ATC: N02CA52) o paracetamolo (ATC: N02BE51) o indometacina ed altri (ATC: M01AB01, 51; N02CX*) o antiinfiammatori non steroidei (FANS; ATC: M01*, N02BA01, escluso M01AB01, 51);

[denominatore] soggetti con una delle diagnosi di emicrania e cefalea precedentemente elencate al 31/12/2010.

Tutte le stime ottenute sono state stratificate per area geografica, sesso e classi di età.

I Risultati

In **Tabella 4.1e** sono riportati i valori di prevalenza di emicrania e cefalea. Complessivamente la malattia riporta una prevalenza dell'11,38%, dove le forme ricorrenti e muscolo-tensive possiedono l'impatto più elevato (8,45%). Dal punto di vista della distribuzione geografica non si hanno differenze sostanziali, se non valori leggermente superiori al Nord Est e nelle Isole. Tendenzialmente, il Centro Italia mostra una prevalenza minore per tutte le forme di cefalea. Le donne presentano quasi il doppio dei casi rispetto agli uomini, mantenendo questa differenziazione in tutte le forme di cefalea. Meno evidenti sono le differenze di prevalenza tra donne e uomini per quanto concerne le nevralgie. La prevalenza della malattia varia col variare dell'età, vedendo i 25-54enni con valori proporzionali superiori al 13%, dove le forme ricorrenti e muscolo-tensive sono di maggior rilievo. Sopra i 65 anni la prevalenza della malattia scende per tutte le sue forme.

Il dato relativo al trattamento farmacologico risulta complessivamente in linea con quanto precedentemente riportato per la patologia, pur presentando delle differenze che sono meno evidenti. Complessivamente, le proporzioni di soggetti in trattamento è solo per i triptani leggermente superiore al 5%, seguiti dai pazienti trattati con FANS (3,74%). Ergotamina, paracetamolo, indometacina e altri farmaci mostrano valori al di sotto dell'1% (**Tabella 4.1f**).

Tabella 4.1e Prevalenza di emicrania e cefalea in HS

ANALISI GEOGRAFICA	EMICRANIA		CEFALEA RICORRENTE O DA TENSIONE		NEURALGIE		TOTALE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nord Ovest	6.282	3,05	17.894	8,69	1.787	0,87	24.568	11,94
Nord Est	6.863	3,27	18.245	8,70	2.027	0,97	25.568	12,20
Centro	3.653	1,93	13.261	6,99	1.358	0,72	17.454	9,20
Sud	5.572	2,49	20.154	8,99	2.405	1,07	26.415	11,78
Isole	2.826	2,64	9.569	8,93	1.027	0,96	12.608	11,77
ANALISI PER GENERE								
Maschi	6.363	1,42	25.765	5,75	2.969	0,66	33.721	7,53
Femmine	18.833	3,85	53.358	10,92	5.635	1,15	72.892	14,91

ANALISI PER ETÀ								
<15								
15-24	1.966	2,04	8.778	9,11	176	0,18	10.513	10,91
25-34	3.940	3,10	12.826	10,10	687	0,54	16.601	13,07
35-44	6.318	3,74	16.804	9,94	1.338	0,79	22.864	13,53
45-54	6.522	3,88	16.709	9,94	1.699	1,01	23.357	13,90
55-64	3.814	2,69	11.366	8,03	1.664	1,18	15.872	11,21
65-74	1.721	1,46	7.050	5,99	1.526	1,30	9.726	8,26
>=75	915	0,78	5.590	4,79	1.514	1,30	7.680	6,58
TOTALE	25.196	2,69	79.123	8,45	8.604	0,92	106.613	11,38

Tabella 4.1f Prevalenza di uso di farmaci per il trattamento di emicrania e cefalea

ANALISI GEOGRAFICA	TRIPTANI		ERGOTAMINA		PARACETAMOLO		INDOMETIC. +altri		FANS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nord Ovest	1.240	5,45	16	0,07	94	0,41	244	1,07	1.039	4,56
Nord Est	1.316	5,43	27	0,11	143	0,59	322	1,33	1.008	4,16
Centro	822	5,08	20	0,12	70	0,43	165	1,02	678	4,19
Sud	1.071	4,31	16	0,06	76	0,31	105	0,42	638	2,57
Isole	604	5,17	12	0,10	21	0,18	73	0,62	369	3,16
ANALISI PER GENERE										
Maschi	1.004	3,21	22	0,07	96	0,31	194	0,62	891	2,85
Femmine	4.049	5,92	69	0,10	308	0,45	715	1,05	2.841	4,15
ANALISI PER ETÀ										
<15										
15-24	286	2,78	2	0,02	36	0,35	52	0,51	227	2,21
25-34	680	4,27	8	0,05	72	0,45	96	0,60	506	3,18
35-44	1.492	6,84	22	0,10	108	0,50	234	1,07	1.014	4,65
45-54	1.542	7,23	13	0,06	96	0,45	268	1,26	1.063	4,98
55-64	766	5,24	28	0,19	51	0,35	142	0,97	516	3,53
65-74	225	2,55	10	0,11	26	0,30	86	0,98	275	3,12
>=75	62	0,89	8	0,12	15	0,22	31	0,45	131	1,89
TOTALE	5.053	5,07	91	0,09	404	0,41	909	0,91	3.732	3,74

A cura del Dott. Gino Cancian

4.1.5 IL "MAL DI SCHIENA" NEL CONTESTO DELLA MEDICINA GENERALE

Premessa

Il dolore è un importante problema di salute pubblica, causa nel mondo di enormi sofferenze e di perdita di produttività. La causa di dolore acuto maggiormente prevalente nel setting della Medicina Generale è rappresentata dal "mal di schiena". Si stima che circa l'80% della popolazione soffre almeno una volta nel corso della vita di lombalgia.

Il dolore cronico si divide in dolore oncologico e dolore non oncologico. Per quanto riguarda il dolore non oncologico i pochi studi pubblicati riportano stime di prevalenza molto variabili: dal 2% al 40% con una mediana del 15%. Il dolore persistente nell'ambito delle cure primarie, secondo un'indagine condotta dall'OMS nel 1998, risulta avere una prevalenza del 20%; nel 48% dei casi è attribuibile a lombalgia.

Nella necessità di adottare un trattamento farmacologico, la terapia di prima scelta è costituita dal paracetamolo. Se il dolore è di forte intensità sono appropriate le associazioni tra paracetamolo ed oppioidi a pronto effetto oppure tramadolo. Una recente ricerca osservazionale (IPSe) sul dolore persistente e cronico, realizzata in Italia in medicina generale, ha permesso di individuare alcune criticità della pratica clinica: la scarsa abitudine a valutare il dolore, lo scarso e inappropriato utilizzo del paracetamolo, dei farmaci adiuvanti e degli oppioidi.

Alla luce di queste considerazioni è interessante pubblicare i dati di questa ricerca che inquadrano il problema della lombalgia nel database di Health Search (HS). Queste valutazioni quantitative possiedono un valore importante per il medico di medicina generale (MMG) che ne può tralasciare il significato alla propria pratica clinica quotidiana.

Il Metodo

I pazienti sono stati considerati eleggibili qualora fossero stati presi in carico dai 700 "migliori" MMG per la qualità del dato registrato. I pazienti attivi al 31/12/2010 in HS costituiscono la popolazione di riferimento per le analisi che seguono in base all'indicatore considerato.

Tutte le analisi sono stratificate per genere ed età.

Prevalenza puntuale

[numeratore] numero di individui con diagnosi di lombalgia (ICD9CM: 720*, 721*-724*, 722*, 756.11, .12, .15, .17, .19, .51)

[denominatore] numero di individui presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31/12/2010

Incidenza cumulativa

[numeratore] numero di nuovi casi di lombalgia (vedi codici ICD9CM precedentemente elencati) che insorgono nella popolazione in studio nel corso del 2010

[denominatore] numero di individui a rischio (senza malattia) nella popolazione di studio all'inizio dell'intervallo temporale definito al numeratore

Prevalenza d'uso di farmaci

[numeratore] numero di individui con diagnosi di lombalgia (vedi codici ICD9CM precedentemente elencati) nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31/12/2010, con una o più prescrizioni di FANS (M01A*), oppioidi deboli (N02A*), paracetamolo e associazioni (N02BE01, N02BE51), corticosteroidi (H02A*)

[denominatore] numero di individui con diagnosi di lombalgia (vedi codici ICD9CM precedentemente elencati) nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31/12/2010

I Risultati

In **Tabella 4.1g** sono riportate le stime di prevalenza di lombalgia stratificate per classi di età e genere. Complessivamente le donne risultano essere maggiormente colpite dalla patologia rispetto agli uomini (42,44% vs. 38,83%). Ciò si mantiene per tutte le classi di età, per le quali si osserva un trend in crescita dal sottogruppo tra i 15 e 24 anni, fino ai 65-74enni, ad eccezione degli ultra85enni in cui gli uomini presentano dei valori di prevalenza leggermente superiori rispetto alle donne. A partire dalla fascia di età dei 75-84 anni, si rileva un flessione dei valori di prevalenza rispetto al trend precedentemente osservato.

L'andamento riportato, in termini di età e genere per la prevalenza, è analogo per i dati di incidenza dove le stime sono per le donne del 31,46 per 1000 mentre per gli uomini del 29,79 per 1000. E' interessante notare come, rispetto ai dati di prevalenza, i valori di incidenza nella popolazione giovanile non si differenzino sensibilmente rispetto all'età più avanzata (**Tabella 4.1h**). Da ultimo, l'uso di farmaci nei pazienti con diagnosi di lombalgia è riportato in **Tabella 4.1i**. Le donne, per più del 50%, ricevono prescrizioni contro circa il 43% degli uomini. In genere l'aumento del trattamento farmacologico è solidale con l'aumentare dell'età. Il particolare le donne sopra i 64 anni ricevono un trattamento farmacologico nel 65,56% dei casi.

Tabella 4.1g Prevalenza di lombalgia in HS

CLASSI DI ETA'		FEMMINE	TOTALE
15-24	13,22	13,58	13,39
25-34	29,25	29,14	29,20
35-44	39,46	41,34	40,41
45-54	46,11	51,43	48,84
55-64	47,53	54,36	51,04
65-74	47,40	52,79	50,28
75-84	45,85	47,04	46,56
>=85	37,46	34,22	35,22
TOTALE	38,83	42,44	40,72

Tabella 4.1h Incidenza di lombalgia in HS

CLASSI DI ETA'		FEMMINE	TOTALE
15-24	24,35	26,12	25,20
25-34	29,61	30,46	30,03
35-44	30,37	34,51	32,47
45-54	31,04	34,50	32,82
55-64	31,52	33,23	32,40
65-74	32,47	34,24	33,41
75-84	27,67	28,43	28,12
>=85	22,24	15,76	17,77
TOTALE	29,79	31,46	30,66

Tabella 4.1i Prevalenza d'uso di farmaci per il trattamento della lombalgia in HS

CLASSI DI ETA'		FEMMINE	TOTALE
15-24	25,61	28,81	27,17
25-34	28,37	32,42	30,40
35-44	34,82	40,42	37,73
45-54	41,25	49,91	45,93
55-64	47,33	57,06	52,66
65-74	53,22	64,51	59,54
75-84	56,10	65,56	61,82
>=85	50,41	58,49	55,84
TOTALE	42,46	51,79	47,55

Il parere del Medico di Medicina Generale

I dati precedentemente illustrati sono stati oggetto di una comunicazione scientifica. L'evento, seguito con estremo interesse, da una platea numerosa, ha permesso di portare via i seguenti take-home messages:

- Il mal di schiena è fra le prime cinque cause di accesso dei pazienti nello studio del MMG. Ne conseguono numeri impressionanti sotto tanti punti di vista.
- Il MMG non sempre "misura" il dolore; l'aver preso coscienza di questa "negligenza" fa sicuramente migliorare questa pratica.
- Il paracetamolo è sottoutilizzato. A tal proposito vi è stato un dibattito vivace e interessante che ha permesso di correggere, almeno in parte, questa affermazione: perché il paracetamolo può essere presente in casa e quindi il paziente non lo acquista ogni volta che ne ha bisogno; può essere acquistato dal paziente senza ricetta medica; può essere prescritto dal medico senza essere registrato sulla cartella clinica informatizzata. Per contro la fanno da padrone i FANS, con un utilizzo ancora modesto di oppioidi.

A cura del Dott. Gregorio Baglioni

4.1.6 IMPATTO EPIDEMIOLOGICO DELL' EPATITE TRA I PAZIENTI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Premessa

Le epatiti virali sono le malattie del fegato più diffuse e costituiscono ancora un serio problema di salute pubblica. Il processo infiammatorio causato dai diversi virus dell'epatite (principalmente A, B, C e delta) è responsabile della sintomatologia che include gonfiore e dolore addominale, che si combinano con nausea, vomito, febbre, prurito, ittero e dolori muscolari diffusi. Come è noto, i segni cutanei sono essenzialmente dovuti all'accumulo di bilirubina a seguito dell'ipofunzionalità epatica.

Le modalità di infezione (ossia, trasmissione oro-fecale, sessuale o scambio di sangue infetto) e il decorso della malattia si diversificano in base al tipo di agente virale che ne è causa e, nei casi più gravi, il funzionamento del fegato può essere del tutto compromesso esitando in cirrosi e/o epatocarcinoma. Oltre alla classificazione che si basa sull'agente eziologico esistono due principali forme di epatite virale, l'acuta e la cronica. Tendenzialmente la seconda si differenzia dalla prima se la durata della malattia è di almeno 6 mesi.

Il management ed il riconoscimento precoce dell'epatite virale sono due aspetti importanti per il medico di medicina generale (MMG) proprio per le caratteristiche di questa patologia ed il suo potenziale impatto di diffusione nella popolazione generale. Per tale ragione conoscerne l'epidemiologia tramite il database di Health Search (HS) può fornire un'informazione utile al MMG nello svolgimento della sua attività clinica quotidiana.

Il Metodo

I pazienti sono stati considerati eleggibili qualora fossero stati presi in carico dai 700 "migliori" MMG per la qualità del dato registrato. I pazienti di età ≥ 14 anni attivi al 31/12/2012 in HS costituiscono la popolazione di riferimento per le analisi che seguono in base all'indicatore considerato.

Tutte le analisi sono stratificate per genere ed età.

Prevalenza di patologia

[numeratore] numero di individui con diagnosi di epatite virale B, C e delta (ICD9CM: 070.2*, 070.3*, 070.41, 070.42, 070.44, 070.51, 070.52, 070.54)

[denominatore] numero di individui presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al

31/12/2012

Prevalenza di visite specialistiche

[numeratore] numero di individui con visita gastroenterologica nel corso del 2012

[denominatore] numero di individui con diagnosi di epatite virale B, C e delta (vedi codici ICD9CM precedentemente elencati) nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31/12/2012

Prevalenza di epatocarcinoma

[numeratore] numero di individui con epatocarcinoma (ICD9CM: 155.0) nel corso del 2012

[denominatore] numero di individui con diagnosi di epatite virale B, C e delta (vedi codici ICD9CM precedentemente elencati) nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31/12/2012

I Risultati

In **Tabella 4.11** sono riportate le stime di prevalenza di epatite B, C e delta stratificate per classi di età e genere. Complessivamente la prevalenza di epatite virale è dell'1,59% con un trend in crescita al crescere dell'età ad eccezione dei soggetti ultra75enni. Gli uomini risultano maggiormente a rischio rispetto alle donne (1,73% vs. 1,45%). Le differenze tra donne e uomini dipendono, inoltre, dalle fasce d'età. Infatti, mentre la prevalenza è più elevata negli uomini nelle fasce di età inferiori (fino a 65 anni), le donne risultano a maggior rischio tra gli anziani. Per quanto concerne le visite specialistiche, il 5,1% delle donne con epatite ha avuto almeno una prescrizione di visita specialistica contro il 3,8% degli uomini; lo 0,6% della popolazione con diagnosi di epatite virale esita in epatocarcinoma.

Tabella 4.11. Pazienti con diagnosi di Epatite virale B, C e delta

ANALISI PER ETÀ'	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	N	%	N	%	N	%
<=24	78	0,16	73	0,17	151	0,16
25-34	385	0,63	308	0,51	693	0,57
35-44	1.110	1,39	673	0,83	1.783	1,11
45-54	1.949	2,43	1.106	1,32	3.055	1,87
55-64	1.528	2,31	1.297	1,88	2.825	2,09
65-74	1.487	2,74	1.696	2,84	3.183	2,79
75-84	775	2,33	1.251	2,63	2.026	2,50
>=85	195	1,91	369	1,68	564	1,75
TOTALE	7.507	1,73	6.773	1,45	14.280	1,59

Il parere del Medico di Medicina Generale

Le epatiti virali rappresentano un mondo sommerso. Si potrebbe fortemente ridurre la sottostima della malattia attuando un accurato programma di screening con una migliore sensibilità di sorveglianza, il cui costo di esecuzione non è tuttavia attualmente sostenibile dal SSN. I dati epidemiologici e una accurata anamnesi, soprattutto per una malattia con presentazione clinica spesso subdola, sono un valido aiuto nella formulazione di un sospetto clinico e nella diagnosi precoce.

Il MMG ha il compito, identificando i soggetti maggiormente a rischio, di effettuare un counselling dedicato alla presa di coscienza delle condizioni che possono causare il contagio, alla determinazione dello stato di malattia o di portatore, all'autodeterminazione della scelta dello stile di vita più corretto, fino all'informazione sulla capacità delle moderne terapie di debellare l'epatite, scongiurando l'evoluzione in cirrosi e carcinoma epatico.

La condivisione dei dati clinici permette una collaborazione fattiva con lo specialista per la redazione di un percorso diagnostico-terapeutico in cui siano definiti ruoli e competenze; la condivisione deve coinvolgere anche gli altri operatori: Infermieri, Operatori Socio Assistenziali ed i Pazienti e le loro Associazioni.

A cura della Dott.ssa Vania Catozzo

4.2 ANNO 2014

4.2.1 IMPATTO EPIDEMIOLOGICO DELLA CELIACHIA TRA I PAZIENTI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Premessa

La celiachia è una malattia infiammatoria su base autoimmune dell'intestino tenue che determina la distruzione della mucosa intestinale. La reazione autoimmune è determinata dal glutine, la frazione proteica di alcuni cereali quali grano, orzo, segale. La predisposizione genetica ha un ruolo rilevante nell'insorgenza della celiachia. Nello specifico gli studi condotti su familiari di pazienti celiaci hanno riportato una prevalenza dell'intolleranza pari al 10% tra i familiari di primo grado e del 30% se si considerano fratelli e sorelle HLA identici. I segni e sintomi della celiachia permettono di introdurre il sospetto della malattia anche se, data la loro comunanza con altre condizioni cliniche, non sono sufficientemente specifici per una diagnosi certa. Ad esempio i sintomi sono spesso attribuiti alla sindrome dell'intestino irritabile e solo in seguito vengono riconosciuti come propri della malattia celiaca; la diarrea, caratteristica della malattia celiaca cronica, si presenta pallida, voluminosa e maleodorante. Si possono avere dolore addominale e crampi, gonfiore accompagnato da distensione addominale ed ulcere del cavo orale. Altre manifestazioni della patologia comprendono la dermatite erpetiforme, mancata o ritardata crescita (nel paziente pediatrico), ricorrenti aborti spontanei ed infertilità inspiegabile, iposplenismo, alterazione dei test di funzionalità epatica. Tuttavia, nelle forme più lievi, il paziente celiaco può essere asintomatico o riportare soltanto astenia o anemia. Il test delle IgA per le transglutaminasi è oggi considerato il riferimento per la diagnosi della malattia. La celiachia porta a un aumento del rischio di malnutrizione, di adenocarcinoma e di linfoma dell'intestino tenue. Questi rischi possono essere ridotti, fino ai livelli riscontrati nella popolazione generale, grazie ad un'alimentazione appropriata. Il management e il riconoscimento precoce della celiachia sono due aspetti importanti per il medico di medicina generale (MMG) proprio per le caratteristiche di questa patologia e la sua potenziale diffusione nella popolazione generale. Per tale ragione conoscerne l'epidemiologia tramite il database di Health Search (HS)-CSD LPD può fornire un'informazione utile al MMG nello svolgimento della sua attività clinica quotidiana.

Il Metodo

I pazienti sono stati considerati eleggibili qualora fossero stati presi in carico dai 700 "migliori" MMG per la qualità del dato registrato. I pazienti di età ≥ 14 anni attivi al 31/12/2012 in HS costituiscono la popolazione di riferimento per l'analisi che segue; in base all'indicatore considerato, le analisi sono stratificate per genere, età e dettaglio regionale:

[numeratore] numero di individui con diagnosi di celiachia (ICD9CM: 579,00);

[denominatore] numero di individui presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31/12/2012.

I Risultati

In **Tabella 4.2a** sono riportate le stime di prevalenza di celiachia stratificate per classi di età, genere e dettaglio regionale.

Come atteso, la prevalenza della malattia è nettamente superiore nel sesso femminile rispetto al

sempre maschile (0,53% vs. 0,22%); inoltre la presenza della malattia è predominante nelle fasce d'età giovanili riducendosi all'avanzare dell'età. Nel dettaglio la fascia di età 15-24 anni riporta una prevalenza di celiachia dello 0,63% fino ad arrivare allo 0,04% degli ultra85enni. Per quanto concerne l'area geografica, si osserva un'elevata eterogeneità tra le diverse regioni. La Sardegna presenta la prevalenza di malattia (0,53%) più elevata, seguita dall'Umbria (0,51%), e da Molise/Abruzzo (0,49%).

Tabella 4.2a Prevalenza di celiachia nel database HS nel 2012

ANALISI PER ETÀ'	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	N	%	N	%	N	%
<=24	229	0,44	399	0,83	628	0,63
25-34	173	0,28	501	0,83	674	0,55
35-44	213	0,27	654	0,81	867	0,54
45-54	191	0,24	472	0,57	663	0,41
55-64	82	0,12	241	0,35	323	0,24
65-74	47	0,09	145	0,24	192	0,17
75-84	28	0,08	70	0,15	98	0,12
>=85	5	0,05	8	0,04	13	0,04
ANALISI GEOGRAFICA						
Piemonte/Aosta	71	0,24	184	0,57	255	0,41
Liguria	28	0,20	57	0,36	85	0,28
Lombardia	176	0,25	438	0,60	614	0,43
Trentino	13	0,22	29	0,43	42	0,33
FVG	28	0,17	99	0,56	127	0,37
Veneto	56	0,16	141	0,37	197	0,27
Emilia Romagna	53	0,21	155	0,53	208	0,38
Toscana	48	0,21	123	0,51	171	0,36
Umbria	49	0,41	80	0,61	129	0,51
Marche	23	0,19	45	0,35	68	0,27
Lazio	90	0,24	219	0,52	309	0,38
Abruzzo/Molise	32	0,23	116	0,73	148	0,49
Campania	112	0,30	223	0,55	335	0,43
Puglia	39	0,12	131	0,38	170	0,26
Basilicata/Calabria	35	0,17	79	0,37	114	0,27
Sicilia	87	0,22	271	0,63	358	0,44
Sardegna	25	0,23	95	0,79	120	0,53
TOTALE	968	0,22	2490	0,53	3.458	0,38

Il parere del Medico di Medicina Generale

L'esame dei dati HS 2012 su un campione di popolazione di 909.262 persone, equamente divisi tra maschi e femmine, mostra una prevalenza dello 0,38%, più elevata nella popolazione femminile, ma nettamente inferiore rispetto a 1%, dato stimato in uno studio internazionale di screening su un campione di popolazione europea.

Dai dati di questo studio si possono fare due considerazioni:

- La notevole variabilità regionale della prevalenza di tale patologia, che passa dallo 0,26% della

Puglia allo 0,52% della Sardegna, è il segno di una variabilità genetica oppure di differenti microambienti con cui le popolazioni interagiscono.

- La maggiore prevalenza per le fasce di popolazione giovanile che, in passato, ha fatto ritenere questa patologia di preminente interesse pediatrico.

Confrontando il dato di prevalenza HS con i casi denunciati al Ministero nel 2011¹, si rileva che la prevalenza rilevata nella popolazione italiana è dello 0,23%, inferiore al nostro 0,38% al 31 dicembre 2012 e 0,35% al 31 Dicembre 2011. Pur considerando che la popolazione HS non comprende i soggetti fino a 14 anni, la differenza tra i due dati di prevalenza pone qualche interrogativo. Nello specifico, occorre chiedersi se c'è una sotto-registrazione delle diagnosi, o se sono poche le diagnosi nella fascia pediatrica. Sarebbe interessante un confronto con i dati estratti dai colleghi pediatri, qualora disponibili.

I dati ricavabili dall'esame della prevalenza in HS negli anni dal 2004 al 2012 offrono lo spunto per altre interessanti considerazioni. A fronte, infatti, di una popolazione assistita sostanzialmente stabile, la prevalenza della celiachia cresce in maniera esponenziale, passando da 0,14% nel 2004 a 0,38% nel 2012 (da 1295 diagnosi nel 2004 a 3458 diagnosi nel 2012). Questo dato dimostra evidentemente quanto siano cresciute la sensibilità e la capacità diagnostica della medicina generale per questa patologia, pur essendo ancora lontani dalla prevalenza stimata del 1%.

Un'ulteriore conferma dell'attenzione della Medicina Generale per la celiachia deriva dalla registrazione degli accertamenti "Ab anti transglutaminasi" e "anti endomisio" nelle cartelle cliniche dei soggetti con diagnosi di celiachia, rispettivamente 67,4% e 60,8%. Inoltre, l'accertamento "Ab anti transglutaminasi" è registrato nel 12,3% dei soggetti senza diagnosi di celiachia, ma con sintomi, quali anemia, ipertransaminasemia, distensione addominale, scarso accrescimento, diarrea cronica, che possono, in alcuni casi, far pensare ad una manifestazione celiaca. Questo aspetto ci permette di affermare che molte diagnosi non sono indotte, ma generate dal lavoro quotidiano del MMG.

In conclusione, l'analisi dei dati ci permette di affermare che la medicina generale è in grado di rispondere efficacemente alla maggiore attenzione della comunità scientifica e della popolazione in generale per una data patologia quando adeguatamente supportata da metodiche diagnostiche affidabili e facilmente accessibili.

A cura del Dott. Stanislao Caputo e del Dott. Domenico Pasculli

4.2.2 TROMBOSI VENOSA SUPERFICIALE (TVS) NELL'AMBITO DELLA MEDICINA GENERALE

Premessa

La trombosi venosa superficiale (TVS) è una condizione clinica di frequente riscontro determinata dall'ostruzione parziale o completa di una vena superficiale da parte di materiale trombotico. Le vene più frequentemente coinvolte risultano essere le vene degli arti inferiori, in particolare le vene grande e piccola safena (interessate rispettivamente nel 60-80 % e 10-20 % dei casi) e le loro tributarie. La prevalenza di tale patologia nella popolazione generale varia dal 3 all'11%, mentre l'incidenza è stata stimata intorno ai 2,8-4 nuovi casi ogni 1.000 persone/anno, anche se gli studi relativi a tale argomento, fino ad ora, sono stati condotti su popolazioni relativamente ristrette.

I soggetti più colpiti da TVS risultano essere donne, con età media di 60 anni; tra i fattori di rischio per eventi trombotici troviamo vene varicose, obesità, neoplasie, interventi chirurgici maggiori o ortopedici, immobilizzazione, fratture, gravidanza/puerperio, terapia ormonale, familiarità per tromboembolia venosa (TEV) o precedente TVS/TEV.

¹ Relazione annuale al Parlamento sulla Celiachia – 2011

Per quanto concerne la diagnosi di TVS, questa si basa in primo luogo sulla clinica, dove il riscontro più tipico è rappresentato dalla comparsa lungo il decorso di una vena superficiale di un'area eritematosa, calda, dolente ed edematosa; la vena stessa palpatariamente potrebbe essere percepita come un cordoncino fibroso. Va però considerato il fatto che una diagnosi di TVS basata solo sui segni clinici non risulta sempre chiara e agevole e, inoltre, non bisogna trascurare il rischio della concomitante presenza di trombosi venosa profonda (TVP) e/o embolia polmonare (EP), a volte asintomatiche. Per questi motivi, in molti casi, risulta indispensabile la valutazione ecografica, sia per confermare la diagnosi di TVS e quantificarne meglio l'estensione sia per escludere una concomitante TVP.

I dati emersi dagli studi degli ultimi anni costringono il Medico di Medicina Generale (MMG) a non considerare più la TVS come condizione sempre benigna e autolimitantesi; la potenziale gravità è infatti correlata al rilievo di uno stretto nesso tra TVS e TEV. In primo luogo, la diagnosi di TVS dovrebbe portare il MMG a ricercare la presenza di un eventuale TEV concomitante, infatti una percentuale di pazienti, che varia dal 6 al 36%, con TVS risultano avere anche una TVP concomitante riscontrata con valutazione ecografica. In secondo luogo, esclusa l'evenienza della concomitanza, il TEV potrebbe rappresentare una complicanza di una TVS insorta come fenomeno "isolato".

Il Metodo

Grazie al database di Health Search (HS) è stato possibile valutare la prevalenza e l'incidenza di TVS in una popolazione di 942.000 soggetti, assistiti dai 700 MMG "validati" di HS.

Utilizzando i codici ICD9 sono stati valutati i pazienti che avessero registrato nel database un episodio di TVS (ICD9: 451.0) occorso entro l'anno 2010 (prevalenza), suddivisi per età, sesso e regione. Successivamente, sono stati individuati tutti i pazienti con un nuovo episodio di TVS occorso tra il 1° Gennaio e il 31 Dicembre del 2010 (incidenza). Sempre utilizzando i codici ICD9, è stato anche indagato quanti tra i pazienti con TVS sono stati sottoposti ad accertamento ecografico (ICD9: 88.77) nel mese precedente alla codifica e, quindi, alla diagnosi della trombosi stessa.

I Risultati

La popolazione considerata era composta da 942.000 soggetti, di cui 449.073 maschi (47,7 %) e 492.927 femmine (52,3 %), tutti di età superiore ai 15 anni. La prevalenza della patologia trombotica superficiale nel 2010, nella popolazione considerata nel suo insieme, è risultata essere dello 0,51%, con 4.826 pazienti colpiti (**Tabella 4.2b**). La popolazione femminile, la cui età media era di 68 anni ($\pm 14,4$), è risultata più interessata da tale patologia con una prevalenza dello 0,74% (3.645 casi); il gruppo maschile, la cui età media era di 66 anni ($\pm 14,98$), ha mostrato una prevalenza dello 0,26% (1.181 casi). La differenza tra le prevalenze nelle due popolazioni è risultata essere statisticamente significativa ($p < 0,001$). La prevalenza più alta (1,79%) è stata registrata nella popolazione sopra gli 85 anni in entrambe i sessi (2,15% tra le femmine e 0,99% tra i maschi).

Per quanto riguarda l'incidenza nell'anno 2010, ovvero i nuovi casi di TVS diagnosticati nell'anno 2010, questa è risultata essere lo 0,34‰, con 318 nuovi casi nell'intera popolazione (**Tabella 4.2c**). Anche questo dato è risultato maggiore nella popolazione femminile con 229 nuovi casi, ovvero un'incidenza dello 0,47‰, contro gli 89 nuovi casi registrati nella popolazione maschile, che corrispondono ad un'incidenza dello 0,2‰; la differenza tra le incidenze nelle due popolazioni è risultata essere statisticamente significativa ($p < 0,001$). Per quanto riguarda l'età media di queste due popolazioni, questa è risultata essere di 67 anni ($\pm 14,73$) per le femmine e di 64 anni ($\pm 15,65$) per i maschi; la fascia di età che ha mostrato l'incidenza maggiore (0,96‰) è risultata quella tra i 75 e gli 84 anni in entrambe i sessi, rispettivamente con 1,09‰ per le femmine e 0,76‰ per i maschi. Solo nella fascia di età tra i 25 e i 34 anni l'incidenza nei maschi (0,064‰) è risultata significativamente maggiore ($p < 0,05$) rispetto all'incidenza nelle femmine (0,032‰). Per quanto concerne l'impiego dell'indagine ecografica nel percorso di diagnosi dei nuovi casi di TVS, questa è stata praticata su 106 pazienti (74 donne e 32 uomini) dei 318 nuovi casi incidenti, ovvero sul 33,3% dei pazienti appartenenti a questo gruppo.

Tabella 4.2b Prevalenza di TVS nel database HS nell'anno 2010

ANALISI PER ETA'	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	N	%	N	%	N	%
ETA' MEDIA (STD)	66(14,98)		68 (14,40)		68(14,60)	
<=24	6	0,01	4	0,01	10	0,01
25-34	25	0,04	55	0,09	80	0,06
35-44	83	0,10	205	0,24	288	0,17
45-54	154	0,19	384	0,45	538	0,32
55-64	226	0,33	585	0,80	811	0,57
65-74	292	0,54	883	1,42	1.175	1,01
75-84	298	0,86	1.056	2,06	1.354	1,58
>=85	97	0,99	473	2,15	570	1,79
ANALISI GEOGRAFICA						
Piemonte/Aosta	93	0,32	250	0,78	343	0,56
Liguria	22	0,15	92	0,56	114	0,37
Lombardia	223	0,32	681	0,92	904	0,63
Trentino-FVG	73	0,32	187	0,72	260	0,53
Veneto	117	0,32	320	0,81	437	0,58
Emilia Romagna	101	0,38	255	0,83	356	0,62
Toscana	67	0,25	175	0,61	242	0,44
Umbria	27	0,22	94	0,70	121	0,47
Marche	27	0,22	119	0,92	146	0,57
Lazio	62	0,16	173	0,38	235	0,28
Abruzzo/Molise	53	0,35	187	1,09	240	0,74
Campania	118	0,31	463	1,09	581	0,72
Puglia	56	0,17	171	0,48	227	0,33
Basilicata/Calabria	35	0,17	95	0,44	130	0,31
Sicilia	91	0,23	330	0,75	421	0,51
Sardegna	16	0,14	53	0,42	69	0,28
TOTALE	1.181	0,26	3.645	0,74	4.826	0,51

Tabella 4.2c Incidenza di TVS nella popolazione HS nell'anno 2010

ANALISI PER ETA'	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	N	%	N	%	N	%
ETA' MEDIA (STD)	64(15,65)		67 (14,73)		68(15,00)	
<=24	0	0,000	0	0,000	0	0,000
25-34	4	0,064	2	0,032	6	0,048
35-44	5	0,060	24	0,280	29	0,172
45-54	14	0,174	22	0,261	36	0,219
55-64	17	0,245	39	0,531	56	0,392
65-74	17	0,311	64	1,022	81	0,691
75-84	27	0,762	57	1,094	84	0,959
>=85	5	0,466	21	0,877	26	0,750

ANALISI GEOGRAFICA						
Piemonte/Aosta	9	0,314	15	0,475	24	0,398
Liguria	3	0,210	4	0,242	7	0,227
Lombardia	19	0,276	43	0,591	62	0,438
Trentino-FVG	1	0,044	14	0,544	15	0,308
Veneto	7	0,196	32	0,817	39	0,521
Emilia Romagna	8	0,302	18	0,587	26	0,455
Toscana	4	0,153	10	0,351	14	0,257
Umbria	2	0,168	14	1,051	16	0,634
Marche	0	0,000	3	0,234	3	0,119
Lazio	8	0,205	12	0,266	20	0,238
Abruzzo/Molise	2	0,133	5	0,295	7	0,219
Campania	6	0,158	15	0,359	21	0,263
Puglia	5	0,154	17	0,483	22	0,325
Basilicata/Calabria	3	0,150	4	0,189	7	0,170
Sicilia	7	0,182	17	0,396	24	0,294
Sardegna	5	0,440	6	0,471	11	0,456
TOTALE	89	0,202	229	0,74	318	0,343

Il parere del Medico di Medicina Generale

Dall'analisi dei dati è stata riscontrata una prevalenza di eventi trombotici superficiali pari allo 0,51%, con 4.826 pazienti colpiti. La prevalenza di TVS nella popolazione generale, riportata da studi della letteratura internazionale, risulta variare tra il 3% e l'11%; l'evidente differenza rilevabile dal confronto tra il dato del nostro studio e quello della letteratura potrebbe essere spiegata dalla mancata registrazione sul supporto informatico, utilizzato poi per costruire il database di HS, della diagnosi di TVS da parte del MMG. Per quanto riguarda un altro dato epidemiologico fondamentale rappresentato dall'incidenza annua della patologia trombotica, dai dati del nostro studio risulta essere dello 0,34‰, con 318 nuovi casi nell'intera popolazione valutata. Negli studi della letteratura l'incidenza è stimata intorno ai 2,8-4 nuovi casi ogni 1.000 persone/anno. Anche in questo caso la differenza tra il dato del nostro studio e quello della letteratura potrebbe essere spiegata dalla mancata registrazione del dato. Dalla nostra analisi per fasce di età emerge chiaramente come l'incidenza delle TVS aumenti all'aumentare dell'età, fino a raggiungere l'incidenza maggiore (0,96‰) tra i 75 e gli 84 anni in entrambe i sessi, rispettivamente con 1,09‰ per le femmine e 0,76‰ per i maschi; solo nella fascia di età tra i 25 e i 34 anni l'incidenza nei maschi (0,064‰) è risultata significativamente maggiore rispetto all'incidenza nelle femmine (0,032‰). Anche in letteratura tale trend di crescita dell'incidenza di TVS (al pari di quella del TEV) viene confermato. I dati relativi all'impiego dell'indagine ecografica nel percorso diagnostico della TVS nei soggetti valutati nello studio, mostrano che questa è stata utilizzata nel 33,3% dei casi nella popolazione incidente; questo dato potrebbe essere indicativo del fatto che la TVS venga tuttora considerata una patologia relativamente benigna e quindi non sempre necessitante di ulteriori accertamenti per confermare il sospetto clinico. Due ampi studi epidemiologici prospettici, POST² e OPTIMEV³ hanno rilevato percentuali di TEV concomitante a TVS non trascurabili; nel primo studio, infatti, su 844 pazienti con TVS è stato riscontrato un TEV concomitante nel 24,9% dei casi, di cui il 3,9% era rappresentato da EP sintomatica. Nello studio OPTIMEV su 788 pazienti con TVS, nel 28,8% dei casi era associata una TVP. Alla luce di tali risultati il MMG dovrebbe essere portato a considerare fondamentale l'accertamento ecografico nell'iter diagnostico della TVS (soprattutto quelle prossimali), sia per quantificarne la reale

2 Decousus H, et al. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study. *Ann Intern Med.* 2010 Feb 16;152(4):218-24.

3 Galanaud JP, et al. Comparative study on risk factors and early outcome of symptomatic distal versus proximal deep vein thrombosis: results from the OPTIMEV study *Thromb Haemost.* 2009 Sep;102(3):493-500.

estensione, spesso sottostimata dalla sola clinica, sia per intercettare un'eventuale TVP concomitante e impostare di conseguenza la terapia più idonea.

A cura del Dott. Saverio Civitelli

4.2.3 IMPIEGO CRONICO DI FANS: PREVALENZA D'USO E PROBLEMATICHE NELLA POPOLAZIONE FRAGILE

Premessa

I farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) rappresentano una delle classi di farmaci maggiormente prescritte nei paesi occidentali, così come in Italia che, come riportato nella relazione al Parlamento sulle cure palliative del giugno 2013 si posiziona tra i primi paesi al mondo per impiego, spesso inappropriato e troppo frequente di FANS, con una spesa di quasi 4 volte superiore a quella degli oppiacei⁴.

I FANS, nonostante siano una categoria terapeutica presente sul mercato da svariati anni, sono in continuo studio, soprattutto per ciò che riguarda il loro profilo di tossicità. Infatti, la sicurezza d'uso di questi farmaci è strettamente connessa alle modalità con cui vengono utilizzati; pertanto nella valutazione dell'appropriatezza di impiego si deve tener conto delle svariate indicazioni, delle differenti molecole a disposizione, della complessità del paziente, ma soprattutto della cronicità con cui vengono assunti dai pazienti.

Inoltre, nella valutazione di questi farmaci bisogna considerare che, accanto alle svariate indicazioni per le quali essi sono rimborsati dal SSN (es. artrite reumatoide, osteoartrite, spondilite anchilosante, cefalee, ecc.), esistono una serie di disturbi minori per i quali sono a carico del cittadino e non richiedono la prescrizione medica.

Proprio a causa delle reazioni avverse dei FANS (in particolare sanguinamenti, danni renali e cardiaci), il loro impiego nella popolazione fragile (ossia pazienti anziani con multimorbilità) è molto dibattuto e gli stessi criteri di appropriatezza d'impiego dei farmaci negli anziani (Criteri di Beers⁵) sconsigliano tali farmaci in presenza di specifici quadri clinici (es. in presenza di ulcera gastrica-duodenale o di insufficienza renale). Tali raccomandazioni derivano sia dalla possibilità che il FANS possa far precipitare situazioni cliniche molto delicate (si pensi ad esempio ai pazienti con scompenso), sia dalle numerose interazioni che questi farmaci possono avere con altre molecole (es. danno renale da interazione FANS-ACE Inibitori-Diuretici detto triple whammy⁶ o al sanguinamento derivante dalla associazione tra FANS e SSRI⁷). Proprio le interazioni con FANS sono spesso molto gravi e rappresentano un'importante causa di ospedalizzazione del paziente⁸.

L'obiettivo della presente analisi è di stimare la prevalenza dell'impiego cronico di FANS, con una particolare attenzione alla popolazione fragile di soggetti anziani e affetti da diverse patologie.

Il Metodo

Dai dati contenuti nel database di Health Search (HS) è stato possibile stimare la prevalenza dell'impiego cronico di FANS (ATC: M01A*) nella popolazione di assistiti dai 700 MMG "ricercatori" di HS

4 Ministero della Salute. Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della legge n.38 del 15 marzo 2010 - "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" anno 2012.

5 The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2012 Apr;60(4):616-31.

6 Lapi F, et al. Concurrent use of diuretics, angiotensin converting enzyme inhibitors, and angiotensin receptor blockers with non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of acute kidney injury: nested case-control study. BMJ. 2013;346:e8525.

7 Loke YK, et al. Meta-analysis: gastrointestinal bleeding due to interaction between selective serotonin uptake inhibitors and non-steroidal anti-inflammatory drugs. Aliment Pharmacol Ther. 2008; 27, 31-40,

8 Dechanont S, et al. Hospital admissions/visits associated with drug-drug interactions: a systematic review and meta-analysis. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2014 May;23(5):489-97.

nell'anno 2012 (937.177 soggetti), con un focus sulla popolazione fragile (soggetti ultra 65enni con comorbidità). Sono stati considerati "cronici" i pazienti che avevano ricevuto più di 3 confezioni di FANS nell'arco dell'anno. Oltre all'analisi della prevalenza d'uso in base alle caratteristiche generali della popolazione (età, sesso, distribuzione geografica), sono state analizzate le molecole di FANS maggiormente prescritte e le diagnosi (codici ICD9) per le quali tale terapia veniva prescritta dal medico. Inoltre, sempre mediante l'analisi dei codici ICD9, è stato valutato l'impiego dei FANS in presenza di diverse comorbidità per le quali è ipotizzabile un maggior rischio (ossia, insufficienza cardiaca/scompenso, insufficienza renale, ictus/TIA, malattia coronarica, ulcera gastro duodenale) e la presenza delle co-prescrizione di una terapia gastroprotettiva con farmaci inibitori di pompa protonica (IPP).

I Risultati

A partire dalla popolazione di 937.177 assistiti nel 2012 dai 700 MMG ricercatori HS, sono stati identificati 34.863 pazienti con più di 3 confezioni di FANS nel corso dell'anno di osservazione, pari al 3,7% di tutti gli assistiti e corrispondenti in media a 50 soggetti per ogni MMG. La prevalenza d'uso cronico di FANS è risultata molto variabile in base alla distribuzione geografica, infatti essa è risultata molto più alta nelle Isole (5,2%) e al Sud (5,0%), rispetto al Centro (3,8%) e al Nord (Nord ovest 2,5% e Nord est 2,9%). L'utilizzo cronico di FANS era il doppio nelle donne rispetto agli uomini (4,8% vs 2,6%) e aumentava considerevolmente all'aumentare dell'età; in particolare nei soggetti anziani (≥ 65 anni) la prevalenza era pari a 8,5%. L'età media della popolazione che fa un uso cronico di FANS era pari a $63 \pm 14,3$ anni per gli uomini e $66 \pm 16,2$ nelle donne (**Tabella 4.2d**). Dall'analisi di tutte le prescrizioni di FANS (208.754 prescrizioni) dei soggetti utilizzatori cronici è emerso che i FANS maggiormente prescritti in questi pazienti sono: diclofenac (21,2% di tutte le prescrizioni), nimesulide (17,8%), ketoprofene (16,2%) e ibuprofene (10,9%), seguiti dai coxib (etoricoxib 9,6% e celecoxib 5,3%). Per quanto concerne le principali indicazioni della prescrizione di FANS negli utilizzatori cronici, tralasciando la quota per la quale il medico non riporta alcuna motivazione, ritroviamo l'artrosi e spondilosi (22,7% di tutte le prescrizioni di FANS), la lombalgia (7,4%), l'ernia del disco (5,5%) e l'artrite reumatoide (2,4%). L'analisi delle comorbidità ha mostrato che gli utilizzatori cronici di FANS rappresentano il 6,5% dei pazienti affetti da insufficienza cardiaca/scompenso e oltre il 7% dei soggetti che soffrono d'insufficienza renale, ictus/TIA, malattia coronarica. Inoltre, il 7,3% dei soggetti affetti da ulcera gastro-duodenale assumono FANS in maniera cronica. Tali percentuali sono anche più elevate nella sottopopolazione degli ultra 65enni, all'interno della quale il 9,3% dei pazienti affetti da ulcera gastro-duodenale impiega più di 3 confezioni di FANS nel corso di un anno. Sia nella popolazione generale, sia negli ultra 65enni, oltre il 7% dei soggetti con creatinina $> 1,4$ mg/dl e oltre il 9% di coloro che presentavano un valore di filtrato glomerulare < 60 ml/min facevano un uso cronico di FANS. Infine, tra i soggetti anziani che impiegano FANS in modo cronico, il 62,8% assumeva contemporaneamente una terapia gastroprotettiva con IPP (**Tabella 4.2e**).

Tabella 4.2d Prevalenza d'uso cronico di FANS (> 3 confezioni) nel 2012: distribuzione per area geografica, sesso e fasce d'età

ANALISI GEOGRAFICA	PAZIENTI	
	N	%
Nord Ovest	5.928	2,5
Nord Est	5.133	2,9
Centro	7.058	3,8
Sud	11.127	5,0
Isole	5.617	5,2

ANALISI PER GENERE		
Maschi	11.557	2,6
Femmine	23.306	4,8
ANALISI PER ETA'		
<15	-	-
15-24	93	0,1
25-34	66	0,1
35-44	2.049	1,2
45-54	4.984	2,9
55-64	6.997	5,0
>=65	20.175	8,5
TOTALE	34.863	3,7

Tabella 4.2e Distribuzione per comorbidità, accertamenti e combinazione di terapia, nei pazienti che assumono > 3 confezioni di FANS nell'anno 2012

COMORBIDITA'	TOTALE			SOPRA 65 ANNI		
	PAZIENTI	di cui con > 3 conf. di FANS		PAZIENTI	di cui con > 3 conf. di FANS	
	N	N	%	N	N	%
Insuff. Cardiaca/Scompenso	10.516	679	6,5	9.295	612	6,6
Insuff. Renale	13.480	955	7,1	11.396	883	7,8
Ictus/TIA	32.314	2.323	7,2	26.631	2.015	7,6
Malattia Coronarica	41.528	3.081	7,4	31.148	2.515	8,1
Ulcera Gastro Duodenale	30.252	2.208	7,3	15.923	1.482	9,3
ACCERTAMENTI						
Creatinina >1,4	10.181	787	7,7	8.482	698	8,2
GRF<60	34.658	3.325	9,6	28.511	2.923	10,3
IPP						
età≥65 e IPP	-	-	-	20.175	12.667	62,8

Il parere del Medico di Medicina Generale

I FANS sono sicuramente tra i farmaci più prescritti dal Medico di Medicina Generale in particolare nei pazienti in età avanzata per la frequente presenza di dolori e stati infiammatori di varia natura a carico del sistema muscoloscheletrico. Ma è proprio in età avanzata (per definizione ≥65 anni) che l'uso frequente anche se non continuativo dei FANS può costituire un problema per la loro nota tossicità, non solo a livello di mucosa gastrica ma anche di sistema cardiocircolatorio e renale, in organi e sistemi che spesso sono già danneggiati o sono in condizione di sofferenza quali il sistema cardiocircolatorio e i reni. Condizioni come lo scompenso cardiaco e l'insufficienza renale costituiscono una controindicazione assoluta all'uso di questa classe di farmaci ma anche la malattia coronarica e l'insufficienza cerebrovascolare ne limitano molto l'impiego. D'altra parte si tratta di farmaci che non possono essere facilmente sostituiti: analgesici puri come il paracetamolo non intervengono sulla componente infiammatoria spesso presente anche nel dolore artrosico; conosciamo bene gli effetti collaterali dei cortisonici sia intra-articolari che orali a medio-lungo termine; farmaci biologici quali il metotrexate vengono usati sempre più di frequente anche nella cura dell'artrosi dai colleghi reumatologi ma è una pratica ancora off label dove è ancora difficile valutare il rapporto costo/beneficio

ed i rischi connessi. In questa analisi la prevalenza d'uso dopo i 64 anni supera l'8,5% ed aumenta con gli anni come atteso. Sorprende però la notevolissima disparità d'uso tra Nord e Sud del paese. L'unica spiegazione è che al Nord l'uso dei FANS da banco sia più diffuso che al Sud. Il motivo invece della prevalenza d'uso doppia nelle donne rispetto agli uomini si spiega in larga misura con la quasi doppia prevalenza dell'artrosi nelle donne anche se l'insorgenza è più tardiva. Per quel che riguarda le molecole prescritte sorprende in negativo l'alta percentuale (18%) di Nimesulide nonostante nel 2012 l'Aifa avesse già introdotto limitazioni alla prescrivibilità e in scheda tecnica fosse già stata tolta l'indicazione "osteoartrite" (artrosi nnd). Ricordo che la Nimesulide per la nota tossicità epatica (molto più elevata rispetto a tutti gli altri FANS) è stata ritirata da tempo in quasi tutti gli altri paesi europei come Irlanda, Finlandia, Spagna, Germania, Inghilterra, Olanda, Danimarca, Svezia e Belgio o non viene rimborsata come in Francia. I farmaci per i quali esistono evidenze di migliore tollerabilità gastrica e cardiovascolare quali l'Ibuprofene ed il Naprossene ricoprono invece posizioni di rincalzo con rispettivamente l'11% ed il 2%. Che l'artrosi e la sua manifestazione a livello del rachide (la spondilosi) siano il motivo di una prescrizione di FANS su cinque, non sorprende. Anzi, tenuto conto che i "sintomi" lombalgia, cervicalgia e dolore alla spalla spesso sono riferibili a processi degenerativi, probabilmente la quota di prescrizione dovuta ad artrosi è ancora più consistente. Veniamo all'analisi delle comorbidità: l'utilizzo di FANS in pazienti over 65 affetti da scompenso (6,6%), da insufficienza renale (7,8%), ictus/tia (7,6%) e malattia coronarica (8,1%) è moderatamente inferiore rispetto alla popolazione generale della stessa classe d'età (8,5%). E' però presumibile che il divario sia più netto con la stessa popolazione non affetta da nessuna di queste patologie. Apparentemente non si spiega invece l'elevato utilizzo (9,3%) in presenza di ulcera gastrica. Un'ipotesi potrebbe essere che la dg di ulcera sia "posticcia" per consentire la prescrizione secondo nota Aifa 1 dell'inibitore di pompa protonica come gastroprotettore anche se di per sé l'età dovrebbe essere criterio sufficiente. Il valore della creatinina non sembra influenzare se non in misura minima la prescrizione di FANS mentre a valori ridotti di filtrato glomerulare corrisponde addirittura una maggior prevalenza di FANS (10,3%). Questo si spiega in parte con la concomitanza di due fattori entrambi legati al passare degli anni: l'aumento della prescrizione di FANS e la diminuzione fisiologica della funzionalità renale anche a valori di creatininemia invariati. Ricordiamo però che un GFR tra i 59 ed i 30 ml/min definisce uno stadio 3 di insufficienza renale, condizione molto frequente in età avanzata. In conclusione dai risultati di questo studio risulta in ogni caso un'insufficiente consapevolezza da parte di noi MMG della pericolosità dell'uso di FANS in presenza di patologie quali scompenso cardiaco, ictus, coronaropatia ed insufficienza renale. Inoltre emerge che la velocità del filtrato glomerulare (GFR) come parametro della funzionalità renale non viene considerata a sufficienza quando si tratta di prescrivere FANS. Infine anche la scelta dei FANS non cade sempre su quelli più tollerati come abbiamo visto.

A cura del Dott. Giuliano Piccoliori

4.2.4 PREVALENZA DEI DISTURBI DEL SONNO IN MEDICINA GENERALE

Premessa

Sebbene il sonno sia fondamentale per la sopravvivenza, non è ancora stato chiarito il suo contributo al mantenimento dell'omeostasi dell'organismo. Esiste una grande variabilità individuale nella necessità di dormire; nei soggetti sani varia dalle 4h alle 10h ogni 24h. Vari fattori, compreso lo stato emozionale e l'età, influenzano la durata e l'adeguatezza del sonno. Tra i disturbi del sonno, l'insonnia (ossia, l'esperienza soggettiva del paziente di un sonno insufficiente o di scarsa qualità) è quello maggiormente diffuso e i soggetti che ne soffrono hanno una maggiore frequenza di patologie concomitanti (in particolare cardiovascolari e psichiatriche). Negli ultimi decenni sono stati pubblicati studi volti ad approfondire la stretta relazione tra sonno e patologie cardiovascolari. Fisiologicamente il sonno è un processo finemente regolato da strutture prevalentemente sottocorticali e la sua architettura è sincrona alla fluttuazione simpatico-vagale. Nei pazienti insonni si apprezza uno squilibrio dell'oscillazione simpatico-vagale a favore dell'attivazione simpatica con un mancato "rallentamento" parasimpatico notturno. Dal punto di vista clinico questo si traduce in una tendenza degli insonni ad avere una frequenza cardiaca e valori pressori sistemici significativamente più elevati rispetto ai controlli, sia durante il sonno sia durante la veglia. Pertanto, i pazienti insonni tendono ad avere un maggior rischio di sviluppare patologie cardiovascolari quali aritmie sopraventricolari e ventricolari, cardiopatia ischemica ed eventi cerebrovascolari. La privazione di sonno determina, inoltre, un maggior rischio di sviluppare obesità e diabete mellito, verosimilmente a causa di un'alterata secrezione ormonale. Nei pazienti insonni osserviamo, infatti, un aumento dei livelli circolanti di catecolamine, cortisolo, ACTH e grelina (l'ormone "della fame"), nonché una diminuzione della leptina (l'ormone "della sazietà"). È importante sottolineare, però, che la relazione insonnia-patologie cardiovascolari sembra essere bidirezionale: da un lato l'insonnia determina un aumentato rischio cardiovascolare, dall'altro l'insonnia stessa può essere causata da patologie cardiovascolari (insonnia secondaria). Nonostante la rilevante prevalenza dell'insonnia nella popolazione generale, questa risulta spesso sottovalutata dal paziente e sotto diagnosticata dal medico di medicina generale (MMG). Alla luce di questo dato e degli studi sulla relazione tra insonnia e patologia cardiovascolari, questo studio si pone l'obiettivo di fotografare tale problema nell'ambito della medicina generale italiana, stimando la prevalenza di disturbi del sonno nella popolazione in carico ai MMG aderenti al network Health Search (HS), anche in funzione di diversi fattori, intesi come fattori di rischio o come conseguenze del disturbo.

Il Metodo

Sono stati considerati eleggibili per lo studio i pazienti in carico presso i 700 MMG del network HS, "validati" per la qualità del dato registrato. Tali soggetti dovevano avere un'età ≥ 14 anni e dovevano essere attivi al 31/12/2012 nel database HS. A partire da tale popolazione di riferimento e mediante l'individuazione di specifici codici ICD9, è stata calcolata la prevalenza di disturbi del sonno nel modo seguente:

[numeratore] numero di individui con diagnosi di disturbi del sonno (ICD9CM: 780.50--780.52--780.55-780.56--780.59--307.4--307.40--307.41--307.42--307.43--307.44--307.45--307.47--307.49);

[denominatore] numero di individui presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31/12/2012.

Le analisi sono state stratificate per genere, età e per i seguenti fattori: BMI; fumo; ipertensione; diabete, dislipidemia, circonferenza addominale.

I Risultati

A partire dalla popolazione di 937.177 assistiti nel 2012 dei 700 MMG ricercatori HS, sono stati identificati 52.562 pazienti con almeno una diagnosi di disturbi del sonno, per una prevalenza di patologia del 5,61% (**Tabella 4.2f**). La prevalenza è risultata maggiore nelle donne rispetto agli uomini (6,86% vs. 4,27%) e, di gran lunga superiore nella fascia d'età più avanzata, fino ad arrivare a 11,47% negli ultra 65enni. L'età media dei soggetti con disturbi del sonno era di 65 anni ($\pm 18,70$) tra gli uomini, mentre nelle donne è risultata maggiore (68 anni $\pm 19,38$).

Il BMI sembra influire sulla prevalenza dei disturbi del sonno, che risulta maggiore nei soggetti sovrappeso (8,01%) e in quelli con classe di obesità I (8,05%). Di pari passo, l'aumento della circonferenza addominale corrisponde a un aumento della prevalenza di disturbi del sonno, in particolare nelle donne, dove la prevalenza è massima per valori di circonferenza addominale tra gli 80 e gli 88 cm (15,80%).

L'abitudine al fumo sembra influire solo leggermente sulla frequenza dei disturbi del sonno, infatti la prevalenza di patologia nei fumatori è pari a 6,46%, mentre nei non fumatori a 5,44%. Al contrario, la presenza di patologie concomitanti sembra influenzare grandemente la manifestazione di disturbi del sonno: la prevalenza risulta raddoppiata in presenza di tutte le comorbidità analizzate (ipertensione, diabete e dislipidemia).

Tabella 4.2f Prevalenza dei disturbi del sonno nel campione dei 700 medici Health Search – CSD LPD al 31/12/2012: distribuzione per fattori di rischio

GENERE	N	%
Maschi	19.181	4,27
Femmine	33.381	6,86
ETA'		
<65	25.412	3,63
>=65	27.150	11,47
BMI		
Sottopeso	1.063	6,07
Normopeso	14.726	7,19
Sovrappeso	14.204	8,01
Obesità classe I	5.753	8,05
Obesità classe II	1.532	7,69
Obesità classe III	558	7,82
FUMO		
Si	10.459	6,46
No	42.103	5,44
IPERTENSIONE		
Si	25.019	9,68
No	27.543	4,06
DIABETE		
Si	7.284	9,53
No	45.278	5,27

DISLIPIDEMIA	N	%
Si	15.687	10,38
No	36.875	4,70
CIRCONFERENZA ADDOMINALE		
Femmine <80	42	8,99
Femmine 80-88	61	15,80
Femmine >=88	130	13,08
Maschi <94	52	7,59
Maschi 94-102	54	8,23
Maschi >=102	-	-
TOTALE	52.562	5,61

Il parere del Medico di Medicina Generale

L'insonnia è il disturbo del sonno più comune e diffuso in tutto il mondo. I dati sulla prevalenza nella popolazione generale varia dal 10% a oltre il 50% e questa disomogeneità è legata alla definizione utilizzata e alla modalità di rilevamento dei dati. Nell'ambito della medicina generale italiana i due studi principali, Morfeo1 (2000) e Morfeo 2 (2003), evidenziarono una prevalenza media dell'insonnia del 52% (64%-40%). La prevalenza dell'insonnia nella popolazione italiana, stimata in base ai dati raccolti nel database HS, sembra essere molto inferiore ai dati raccolti dallo studio Morfeo (5,61% vs 52%). La discrepanza tra i dati HS e quelli dello studio Morfeo può essere dovuta sia al fatto che nello studio Morfeo l'insonnia veniva ricercata attivamente, sia a una scarsa segnalazione dell'insonnia all'interno del database HS. Questo secondo aspetto confermerebbe come nella pratica quotidiana i disturbi del sonno siano spesso sottovalutati e sotto diagnosticati. E' possibile, infatti, che il problema "insonnia" non sia correttamente codificato dai MMG aderenti a HS perché tale da non richiedere la prescrizione di un farmaco ma un miglioramento dell'igiene del sonno, oppure tale da richiedere una terapia, prescritta però per comodità "a mano" e non tramite il software, in quanto i farmaci ipnoinducenti e sedativi sono tutti in fascia C e non sono rimborsati dal SSN. In accordo con la letteratura internazionale, i dati di HS sottolineano come la prevalenza di insonnia sia maggiore nelle donne (6,86% vs. 4,27%) e maggiore nei pazienti anziani, fino ad arrivare all'11,47% negli ultra 65enni. L'insonnia può essere classificata in relazione alla causa in insonnia primaria e in insonnia secondaria. Nell'insonnia secondaria è importante ricercarne la causa: spesso è situazionale e transitoria, associata a una cattiva igiene del sonno (ambienti rumorosi, troppo illuminati, troppo affollati, uso/abuso di sostanze voluttuarie, eccessiva attività fisica o intellettuale serale, etc.) o a situazioni psicologiche stressanti (lutto, separazione, difficoltà lavorative o famigliari). In altri casi, invece, le insonnie secondarie sono correlate a un disturbo psichiatrico, all'uso di farmaci/sostanze, o a malattie internistiche (soprattutto patologie cardiovascolari). I dati di HS confermano questo aspetto; la prevalenza di insonnia, infatti, risulta maggiore nella popolazione affetta dalle più comuni patologie cardiovascolari (ipertensione, diabete e dislipidemia) e nei pazienti che presentano uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare, ossia il sovrappeso (inteso sia in termini di BMI, sia in termini di circonferenza addominale). In conclusione, dai dati analizzati e dallo studio della letteratura emerge la necessità di un corretto riconoscimento dell'insonnia da parte di ogni medico, soprattutto del MMG che rappresenta il primo e principale interlocutore del paziente. Nell'anamnesi che quotidianamente facciamo ai nostri assistiti dovremmo infatti ricordarci di domandare a tutti i nostri pazienti quanto e come dormono. Questo perché le patologie cardiovascolari possono essere causa di insonnia e l'insonnia può a sua volta aumentare il rischio cardiovascolare e influire sulla prognosi di un paziente con patologia cardiovascolare nota.

A cura della Dott.ssa Chiara Gado e della Dott.ssa Patrizia Mathieu

Il processo di selezione del campione di medici con qualità di registrazione dei dati che risponda ai requisiti HS prevede un'analisi su tutto il database Health Search-CSD LPD al fine di individuare per ogni medico un punteggio (*ITOT*), ottenuto attraverso un preciso algoritmo di calcolo, che permetta di isolarne i più performanti.

Per il calcolo dell'indice *ITOT* vengono selezionati esclusivamente i medici che presentano una registrazione costante dei dati, ovvero coloro che nel loro database riportano un numero di pazienti/anno maggiore di 10 in ognuno degli anni presi in analisi (2003-2013).

L'indice *ITOT*, formula [1], è una media pesata rispetto al numero di contatti anno (*CA*) dell'indice finale (*IFIN*), formula [2]:

$$ITOT = \frac{\sum_{i=2003}^{2013} CA_i * IFIN_i}{\sum_{i=2003}^{2013} CA_i} \quad [1]$$

Un medico ricercatore HS rientra nel campione dei "validati" se il suo punteggio (*ITOT*) è maggiore di una certa soglia.

L'indice finale (*IFIN*) raccoglie le informazioni presenti nel database dal 01 gennaio 1996 al 31 dicembre dell'anno per cui viene calcolato (tale anno varia dal 2003 al 2013). L'indice *IFIN* è il complementare dell'indice *IF*:

$$IFIN = 1 - IF \quad [2]$$

IF è una media pesata di 5 indici ognuno dei quali, come spiegato in seguito, rileva un aspetto diverso della completezza, della stabilità e della correttezza di registrazione del dato da parte del medico: [3]

$$IF = 0,4*(ICFIN) + 0,15*IVST + 0,25*S + 0,1*IM + 0,1*(ICPCFIN)$$

CALCOLO INDICE ICFIN

ICFIN è un indice di completezza ed è dato dal complementare dell'indice *IC*:

$$ICFIN = 1 - IC \quad [4]$$

Per definire l'indice *IC* occorre calcolare i seguenti rapporti per ogni medico:

- rapporto tra i pazienti con dato di fumo, peso, altezza ed il totale degli assistiti (*FPA*);
- peso assistiti¹ (*PAss*);
- rapporto tra terapie associate a problema e terapie totali (*TAP*);
- peso terapie² (*PTer*);
- rapporto tra problemi codificati e problemi totali (*PC*);
- peso problemi³ (*PPr*);

1 E' pari all'unità se il numero di assistiti del medico supera la mediana calcolata sul numero di assistiti di ogni medico, in caso contrario è pari al rapporto tra numero di assistiti del medico e la mediana sul numero di assistiti di ogni medico.

2 E' pari all'unità se il numero di terapie totali prescritte dal medico nell'anno supera la mediana calcolata sul numero di terapie totali di ogni medico, in caso contrario è pari al rapporto tra numero di terapie totali del medico e la mediana sul numero di terapie totali di ogni medico.

3 E' pari all'unità se il numero di problemi totali diagnosticati dal medico nell'anno supera la mediana calcolata sul numero di problemi totali di ogni medico, in caso contrario è pari al rapporto tra numero di problemi totali del medico e la mediana sul numero di problemi totali di ogni medico.

- rapporto di accertamenti con valore associato (AVA);
- peso accertamenti¹ (PAcc).

L'indice *IC* è dato dalla media pesata dei rapporti sopra elencati:

$$IC = 0.35*(FPA)*(PAss)+0.25*(TAP)*(PTer)+0.20*(PC)*(PPr)+0.20*(AVA)*(PAcc) \quad [5]$$

tanto maggiore è *IC* tanto migliore si presume essere il lavoro di registrazione del medico.

CALCOLO INDICE IVST

IVST è un indice di stabilità ed è dato dallo scostamento del valore medio di contatti giornalieri registrati dal medico rispetto a quello generale del database HS-CSD LPD.

Per il calcolo di questo indice viene utilizzato un ulteriore parametro dato dal numero medio di contatti/die standardizzati (*VDS*) calcolato nel seguente modo:

$$VDS_{med} = mvdie_{med} * (ma_{dB} / ma_{med}) \quad [6]$$

dove:

- $mvdie_{med}$ è il numero medio di contatti/die nell'anno di riferimento;
- ma_{dB} è il numero medio di assistiti presenti nel database;
- ma_{med} è il numero di assistiti del medico.

L'indice *IVST* è dato da:

$$IVST = \frac{|VDS_{med} - mnvdie_{dB}|}{MVDS_{dB}} \quad [7]$$

dove:

- VDS_{med} VSD del medico;
- $mnvdie_{dB}$ è la mediana del numero di visite giornaliere tra tutti i medici;
- $MVDS_{dB}$ è il massimo valore *VDS* tra tutti i medici.

CALCOLO INDICE S

S è un indice di correttezza ed è una media pesata degli scostamenti delle prevalenze rispetto alle prevalenze medie delle patologie sotto elencate calcolate sull'intero database HS-CSD LPD.

Le prevalenze considerate per il calcolo di *S* sono quelle riferite alle seguenti patologie:

- Ipertensione;
- Depressione;
- BPCO;
- Diabete;
- Ulcera.

A partire dalle prevalenze di cui sopra viene calcolata sia la media aritmetica (rispettivamente m_i , m_{depr} , m_b , m_{diar} , m_u) sia il valore massimo (rispettivamente M_i , M_{depr} , M_b , M_{diar} , M_u) delle prevalenze di

¹ E' pari all'unità se il numero di accertamenti totali del medico supera la mediana calcolata sul numero di accertamenti totali di ogni medico, in caso contrario è pari al rapporto tra numero di accertamenti totali del medico e la mediana sul numero di accertamenti totali di ogni medico.

ogni patologia considerata tra tutti i medici. Per ciascun medico si calcolano poi i seguenti rapporti:

$$\begin{aligned} s_i &= \frac{|p_i - m_i|}{M_i} & s_{dep} &= \frac{|p_{dep} - m_{dep}|}{M_{dep}} \\ s_b &= \frac{|p_b - m_b|}{M_b} & s_{dia} &= \frac{|p_{dia} - m_{dia}|}{M_{dia}} \\ s_u &= \frac{|p_u - m_u|}{M_u} \end{aligned} \quad [8]$$

dove con p si indicano le prevalenze delle patologie considerate per ogni medico.

L'indice S è dato da:

$$S = 0.20*s_i + 0.20*s_{dep} + 0.20*s_b + 0.20*s_{dia} + 0.20*s_u \quad [9]$$

tanto minore è S tanto migliore si presume essere il lavoro di registrazione dei dati da parte del medico.

CALCOLO INDICE IM

IM è un indice di correttezza ed è dato dallo scostamento dell'indice di mortalità calcolato sul database del medico rispetto all'indice di mortalità dell'ISTAT.

L'indice IM è dato da:

$$IM = \frac{|d_{med} - d_{ISTAT}|}{D_{HS}} \quad [10]$$

dove:

- d_{med} è l'indice di mortalità del medico;
- d_{ISTAT} è l'indice di mortalità ISTAT;
- D_{HS} è il massimo indice di mortalità tra tutti i medici.

L'indice IM indica l'attenzione alla costanza di aggiornamento del proprio database.

CALCOLO INDICE ICPCFIN

$ICPCFIN$ è un indice di completezza ed è dato dal complementare dell'indice $ICPC$:

$$ICPCFIN = 1 - ICPC \quad [11]$$

Per definire l'indice $ICPC$ occorre calcolare i seguenti rapporti per ogni medico:

- Rapporto di pazienti con dato di pressione registrato sul totale degli assistiti (PR);
- Rapporto di pazienti con dato di colesterolo sul totale degli assistiti (COL);
- Peso contatti totali nell'anno² ($PCOn$).

Dalla media dei valori descritti sopra si ricava:

$$ICPC = (0.5*PR + 0.5*COL)*PCOn \quad [12]$$

tanto maggiore è $ICPC$ tanto migliore si presume essere il lavoro di registrazione del medico.

² È pari all'unità se il numero di contatti totali nell'anno del medico supera la mediana calcolata sul numero di contatti totali nell'anno di ogni medico, in caso contrario è pari al rapporto tra numero di contatti totali nell'anno del medico e la mediana sul numero di contatti totali nell'anno di ogni medico.

ARTICOLI SU RIVISTE INDICIZZATE IN PUBMED

1. Filippi A, Giampaoli S, Lapi F, Mazzaglia G, Palmieri L, Pecchioli S, Brignoli O, Cricelli C, Simonetti M, Sessa E, Marchioli R. Global cardiovascular risk evaluation: pattern of algorithm use and risk modification in 'real life'. *J Cardiovasc Med*, Epub 2014 [in press].
2. Mazzaglia G, Piccinni C, Filippi A, Sini G, Lapi F, Sessa E, Cricelli I, Cutroneo P, Trifirò G, Cricelli C, Caputi AP. Effects of a computerized decision support system in improving pharmacological management in high-risk cardiovascular patients: A cluster-randomized open-label controlled trial. *Health Informatics Journal*, Epub 2014 Sep 10 [in press].
3. Minutolo R, Lapi F, Chiodini P, Simonetti M, Bianchini E, Pecchioli S, Cricelli I, Cricelli C, Piccinocchi G, Conte G, De Nicola L. Risk of ESRD and Death in Patients with CKD Not Referred to a Nephrologist: A 7-Year Prospective Study. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2014 Sep 5;9(9):1586-93.
4. 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. Validation study in four health-care databases: upper gastrointestinal bleeding misclassification affects precision but not magnitude of drug-related upper gastrointestinal bleeding risk. *J Clin Epidemiol*. 2014 Aug;67(8):921-31.
5. Prezioso D, Illiano E, Piccinocchi G, Cricelli C, Piccinocchi R, Saita A, Micheli C, Trinchieri A. Urolithiasis in Italy: An epidemiological study. *Arch Ital Urol Androl*. 2014 Jun 30;86(2):99-102.
6. Ravera M, Cannavò R, Noberasco G, Guasconi A, Cabib U, Pieracci L, Pegoraro V, Brignoli O, Cricelli C, Deferrari G, Paoletti E. High performance of a risk calculator that includes renal function in predicting mortality of hypertensive patients in clinical application. *J Hypertens*. 2014 Jun;32(6):1245-54.
7. Sultana J, Italiano D, Spina E, Cricelli C, Lapi F, Pecchioli S, Gambassi G, Trifirò G. Changes in the prescribing pattern of antidepressant drugs in elderly patients: an Italian, nationwide, population-based study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014 Apr;70(4):469-78.
8. Gini R, Schuemie MJ, Francesconi P, Lapi F, Cricelli I, Pasqua A, Gallina P, Donato D, Brugaletta S, Donatini A, Marini A, Cricelli C, Damiani G, Bellentani M, van der Lei J, Sturkenboom MC, Klazinga NS. Can Italian healthcare administrative databases be used to compare regions with respect to compliance with standards of care for chronic diseases? *PLoS One*. 2014 May 9;9(5):e95419.
9. Serrantino C, Trifirò G, Lapi F, Pasqua A, Mazzaglia G, Piccinni C, Cricelli C, Rossi A, Blasi F. Burden of community-acquired pneumonia in Italian general practice. *Eur Respir J*. 2013 Dec;42(6):1739-42.
10. 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. Idiopathic acute liver injury in paediatric outpatients: incidence and signal detection in two European countries. *Drug Saf*. 2013 Oct;36(10):1007-16.
11. Cricelli I, Lapi F, Montalbano C, Medea G, Cricelli C. Mille general practice governance (MilleGPG): an interactive tool to address an effective quality of care through the Italian general practice network. *Prim Health Care Res Dev*. 2013 Oct;14(4):409-12.
12. Cazzola M, Calzetta L, Lauro D, Bettoncelli G, Cricelli C, Di Daniele N, Rogliani P. Asthma and COPD in an Italian adult population: role of BMI considering the smoking habit. *Respir*

- Med. 2013 Sep;107(9):1417-22.
13. Ravera M, Noberasco G, Signori A, Re M, Filippi A, Cannavò R, Weiss U, Cricelli C, Deferrari G, Paoletti E. Left-ventricular hypertrophy and renal outcome in hypertensive patients in primary-care. *Am J Hypertens*. 2013 May;26(5):700-7.
 14. Trifirò G, Morabito P, Cavagna L, Ferrajolo C, Pecchioli S, Simonetti M, Bianchini E, Medea G, Cricelli C, Caputi AP, Mazzaglia G. Epidemiology of gout and hyperuricaemia in Italy during the years 2005-2009: a nationwide population-based study. *Ann Rheum Dis*. 2013 May;72(5):694-700.
 15. Gini R, Francesconi, 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. 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. *BMC Public Health*. 2013 Jan 9;13:15.
 16. 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. Using Electronic Health Care Records for Drug Safety Signal Detection: A Comparative Evaluation of Statistical Methods. *Med Care*. 2012 Aug 26.
 17. Valkhoff VE, van Soest EM, Masclee GM, de Bie S, Mazzaglia G, Molokhia M, Kuipers EJ, Sturkenboom MC. Prescription of nonselective NSAIDs, coxibs and gastroprotective agents in the era of rofecoxib withdrawal - a 617 400-patient study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012 Aug 28.
 18. Aguglia E, Ravasio R, Simonetti M, Pecchioli S, Mazzoleni F. Use and treatment modalities for SSRI and SNRI antidepressants in Italy during the period 2003-2009. *Curr Med Res Opin*. 2012 Jul 19.
 19. Trifirò G, Morabito P, Cavagna L, Ferrajolo C, Pecchioli S, Simonetti M, Bianchini E, Medea G, Cricelli C, Caputi AP, Mazzaglia G. Epidemiology of gout and hyperuricaemia in Italy during the years 2005-2009: a nationwide population-based study. *Ann Rheum Dis*. 2012 Jun 26.
 20. Valkhoff VE, van Soest EM, Mazzaglia G, Molokhia M, Schade R, Trifirò G, Goldstein JL, Hernandez-Diaz S, Kuipers EJ, Sturkenboom MC. Adherence to gastroprotection during cyclooxygenase 2 inhibitor treatment and the risk of upper gastrointestinal tract events: A population-based study. *Arthritis Rheum*. 2012 Aug;64(8):2792-802.
 21. 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; EU-ADR Consortium. Electronic healthcare databases for active drug safety surveillance: is there enough leverage? *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2012 Jun;21(6):611-21.
 22. 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. Risk of cardiac valve regurgitation with dopamine agonist use in Parkinson's disease and hyperprolactinaemia: a multi-country, nested case-control study. *Drug Saf*. 2012 Feb 1;35(2):159-71.
 23. Mokhles MM, Trifirò G, Dieleman JP, Haag MD, van Soest EM, Verhamme KM, Mazzaglia G, Herings R, Luise Cd, Ross D, Brusselle G, Colao A, Haverkamp W, Schade R, Camp Gv, Zanettini R, Sturkenboom MC. The risk of new onset heart failure associated with dopamine agonist use in Parkinson's disease. *PharmacolRes*. 2012 Mar;65(3):358-64.
 24. Lapi F, Simonetti M, Michieli R, Pasqua A, Brandi ML, Frediani B, Cricelli C, Mazzaglia G. Assessing 5-year incidence rates and determinants of osteoporotic fractures in primary care. *Bone*. 2012 Jan;50(1):85-90.

25. Cazzola M, Calzetta L, Bettoncelli G, Cricelli C, Romeo F, Matera MG, Rogliani P. Cardiovascular disease in asthma and COPD: a population-based retrospective cross-sectional study. *Respir Med.* 2012 Feb;106(2):249-56.
26. van Soest EM, Valkhoff VE, Mazzaglia G, Schade R, Molokhia M, Goldstein JL, Hernández-Díaz S, Trifirò G, Dieleman JP, Kuipers EJ, Sturkenboom MC. Suboptimal gastroprotective coverage of NSAID use and the risk of upper gastrointestinal bleeding and ulcers: an observational study using three European databases. *Gut.* 2011 Dec;60(12):1650-9. Epub 2011 Jun 2.
27. 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. EU-ADR healthcare database network vs. spontaneous reporting system database: preliminary comparison of signal detection. *Stud Health Technol Inform.* 2011;166:25-30.
28. Parabiaghi A, Franchi C, Tettamanti M, Barbato A, D'Avanzo B, Fortino I, Bortolotti A, Merlino L, Nobili A. Antidepressants utilization among elderly in Lombardy from 2000 to 2007: dispensing trends and appropriateness. *Eur J Clin Pharmacol.* 2011 Oct;67(10):1077-83. Epub 2011 May 7.
29. Filippi A, Bianchi C, Parazzini F, Cricelli C, Sessa E, Mazzaglia G. A national survey on aspirin patterns of use and persistence in community outpatients in Italy. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2011 Oct;18(5):695-703. Epub 2011 Mar 1.
30. Cazzola M, Segreti A, Bettoncelli G, Calzetta L, Cricelli C, Pasqua F, Rogliani P. Change in asthma and COPD prescribing by Italian general practitioners between 2006 and 2008. *Prim Care Respir J.* 2011 Sep;20(3):291-8.
31. Cazzola M, Calzetta L, Bettoncelli G, Novelli L, Cricelli C, Rogliani P. Asthma and comorbid medical illness. *Eur Respir J.* 2011 Jul;38(1):42-9.
32. Ravera M, Noberasco G, Weiss U, Re M, Gallina AM, Filippi A, Cannavò R, Ravera G, Cricelli C, Deferrari G. CKD awareness and blood pressure control in the primary care hypertensive population. *Am J Kidney Dis.* 2011 Jan;57(1):71-7. Epub 2010 Nov 17.
33. Cazzola M, Puxeddu E, Bettoncelli G, Novelli L, Segreti A, Cricelli C, Calzetta L. The prevalence of asthma and COPD in Italy: a practice-based study. *Respir Med.* 2011 Mar;105(3):386-91. Epub 2010 Oct 15.
34. 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; EU-ADR Consortium. Combining electronic healthcare databases in Europe to allow for large-scale drug safety monitoring: the EU-ADR Project. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* 2011 Jan;20(1):1-11. doi: 10.1002/pds.2053. Epub 2010 Nov 8.
35. Cimminiello C, Filippi A, Mazzaglia G, Pecchioli S, Arpaia G, Cricelli C. Venous thromboembolism in medical patients treated in the setting of primary care: a nationwide case-control study in Italy. *Thromb Res.* 2010 Nov;126(5):367-72. Epub 2010 Aug 14.
36. 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, Pugliesi Guerra A, Sini G, Cassano N, Cricelli C. Incidence of psoriasis and association with comorbidities in Italy: A 5-year observational study from a national primary care database. *Eur J Dermatol.* 2010;20:593-598.
37. Avillach P, Joubert M, Thiessard F, Trifirò G, Dufour JC, Pariente A, Mougin F, Polimeni G, Catania MA, Giaquinto C, Mazzaglia G, Fornari C, Herings R, Gini R, Hippisley-Cox J, Molokhia M, Pedersen L, Fourrier-Réglat A, Sturkenboom M, Fieschi M. 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. *Stud Health Technol Inform.* 2010;160:1085-9.

38. D'Ambrosio GG, Campo S, Cancian M, Pecchioli S, Mazzaglia G. Opportunistic prostate-specific antigen screening in Italy: 6 years of monitoring from the Italian general practice database. *Eur J Cancer Prev.* 2010;19:413-6.
39. Mazzaglia G, Filippi A, Alacqua M, Cowell W, Shakespeare A, Mantovani LG, Bianchi C, Cricelli C. A national survey of the management of atrial fibrillation with antithrombotic drugs in Italian primary care. *Thromb Haemost.* 2010;103:968-75.
40. Cazzola M, Bettoncelli G, Sessa E, Cricelli C, Biscione G. Prevalence of comorbidities in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration.* 2010;80:112-9.
41. Trifirò G, Sini G, Sturkenboom MC, Vanacore N, Mazzaglia G, Caputi AP, Cricelli C, Brignoli O, Aguglia E, Biggio G, Samani F. Prescribing pattern of antipsychotic drugs in the Italian general population 2000-2005: a focus on elderly with dementia. *Int Clin Psychopharmacol.* 2010;25:22-8.
42. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino V, Borghi C, Brignoli O, Caputi AP, Cricelli C, Mantovani LG. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation.* 2009;120:1598-605.
43. Avillach P, Mouglin F, Joubert M, Thiessard F, Pariente A, Dufour JC, Trifirò G, Polimeni G, Catania MA, Giaquinto C, Mazzaglia G, Baio G, Herings R, Gini R, Hippisley-Cox J, Mollokhia M, Pedersen L, Fourier-Réglat A, Sturkenboom M, Fieschi M. A semantic approach for the homogeneous identification of events in eight patient databases: a contribution to the European eu-ADR project. *Stud Health Technol Inform.* 2009;150:190-4.
44. Filippi A, D'Ambrosio G, Giustini SE, Pecchioli S, Mazzaglia G, Cricelli C. Pharmacological treatment after acute myocardial infarction from 2001 to 2006: a survey in Italian primary care. *J Cardiovasc Med (Hagerstown).* 2009;10:714-8.
45. Sacchetti E, Turrina C, Cesana B, Mazzaglia G. Timing of stroke in elderly people exposed to typical and atypical antipsychotics: a replication cohort study after the paper of Kleijer, et al. *J Psychopharmacol.* 2010;24:1131-2.
46. Filippi A, Paolini I, Innocenti F, Mazzaglia G, Battaglia A, Brignoli O. Blood pressure control and drug therapy in patients with diagnosed hypertension: a survey in Italian general practice. *J Hum Hypertens.* 2009;23:758-63.
47. Cazzola M, Bettoncelli G, Sessa E, Cricelli C. Primary care of the patient with chronic obstructive pulmonary disease in Italy. *Respir Med.* 2009;103:582-8.
48. Ravera M, Noberasco G, Re M, Filippi A, Gallina AM, Weiss U, Cannavò R, Ravera G, Cricelli C, Deferrari G. Chronic kidney disease and cardiovascular risk in hypertensive type 2 diabetics: a primary care perspective. *Nephrol Dial Transplant.* 2009;24:1528-33.
49. Sturkenboom MC, Dieleman JP, Picelli G, Mazzaglia G, Mozaffari E, Filippi A, Cricelli C, van der Lei J. Prevalence and treatment of hypertensive patients with multiple concomitant cardiovascular risk factors in The Netherlands and Italy. *J Hum Hypertens.* 2008;22:704-13.
50. Minutolo R, De Nicola L, Mazzaglia G, Postorino M, Cricelli C, Mantovani LG, Conte G, Cianciaruso B. Detection and Awareness of Moderate to Advanced CKD by Primary Care Practitioners: A Cross-sectional Study From Italy. *Am J Kidney Dis.* 2008;52:444-453.
51. Mazzaglia G, Yurgin N, Boye KS, Trifirò G, Cottrell S, Allen E, Filippi A, Medea G, Cricelli C. Prevalence and antihyperglycemic prescribing trends for patients with type 2 diabetes in Italy: A 4-year retrospective study from national primary care data. *Pharmacol Res.* 2008;57:358-363.
52. Sacchetti E, Trifirò G, Caputi A, Turrina C, Spina E, Cricelli C, Brignoli O, Sessa E, Mazzaglia

- G. Risk of stroke with typical and atypical anti-psychotics: a retrospective cohort study including unexposed subjects. *J Psychopharmacol.* 2008;22:39-46
53. Savica R, Beghi E, Mazzaglia G, Innocenti F, Brignoli O, Cricelli C, Caputi AP, Musolino R, Spina E, Trifiro G. Prescribing patterns of antiepileptic drugs in Italy: a nationwide population-based study in the years 2000-2005. *Eur J Neurol.* 2007;14:1317-21.
 54. Mantovani LG, Bettoncelli G, Cricelli C, Sessa E, Mazzaglia G, Canonica GW, Passalacqua G. Allergic rhinitis in the Italian population evaluated through the national database of general practitioners. *Allergy.* 2007;62:569-71.
 55. Galatti L, Mazzaglia G, Greco A, Sessa E, Cricelli C, Schito GC, Nicoletti E, Spina E, Caputi AP. Co-prescriptions with itraconazole and fluconazole as a signal for possible risk of drug-drug interactions: a four-year analysis from Italian general practice. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2007;16:422-8.
 56. Tragni E, Filippi A, Mazzaglia G, Sessa E, Cricelli C, Catapano A. Monitoring statin safety in primary care. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2007;16:652-7.
 57. Gelatti U, Samani F, Donato F, Covolo L, Mazzaglia G, Cremaschini F, Simon G, Leggieri G, Balestrieri M. Health-related quality of life in older people using benzodiazepines: a cross-sectional study. *Ann Ig.* 2006; 18:313-26.
 58. Filippi A, Vannuzzo D, Bignamini AA, Mazzaglia G, Brignoli O, Sabatini A, Cricelli C, Catapano AL. Secondary prevention of myocardial infarction: a survey in primary care. *J Cardiovasc Med (Hagerstown).* 2006;7:422-426.
 59. Galatti L, Sessa A, Mazzaglia G, Pecchioli S, Rossi A, Cricelli C, Schito GC, Nicoletti G. Antibiotic prescribing for acute and recurrent cystitis in primary care: a 4 year descriptive study. *J Antimicrob Chemother.* 2006; 57:551-6.
 60. Mazzaglia G, Mantovani LG, Sturkenboom MC, Filippi A, Trifiro G, Cricelli C, Brignoli O, Caputi AP. Patterns of persistence with antihypertensive medications in newly diagnosed hypertensive patients in Italy: a retrospective cohort study in primary care. *J Hypertens.* 2005;23:2093-100.
 61. Filippi A, Sessa E, Pecchioli S, Trifirò G, Samani F, Mazzaglia G. Homecare for patients with heart failure in Italy. *Ital Heart J.* 2005;6:573-7.
 62. Filippi A, Vanuzzo D, Bignamini AA, Mazzaglia G, Cricelli C, Catapano AL. The database of Italian general practitioners allows a reliable determination of the prevalence of myocardial infarction. *Ital Heart J.* 2005; 6:311-4.
 63. Balestrieri M, Marcon G, Samani F, Marini M, Sessa E, Gelatti U, Donato F. Mental disorders associated with benzodiazepine use among older primary care attenders. A regional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40:308-15.
 64. Filippi A, Tragni E, Bignamini AA, Sessa E, Merlini G, Brignoli O, Mazzaglia G, Catapano A. Cholesterol control in Stroke prevention in Italy: a cross-sectional study in family practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2005; 12:159-163.
 65. Filippi A, Vannuzzo D, Bignamini AA, Sessa E, Brignoli O, Mazzaglia G. Computerized general practice database provide quick and cost-effective information on the prevalence of angina pectoris. *Ital Heart J.* 2005;6:49-51.
 66. Sacchetti E, Turrina C, Parrinello G, Brignoli O, Stefanini G, Mazzaglia G. Incidence of diabetes in a general practice population: a database cohort study on the relationship with haloperidol, olanzapine, risperidone or quetiapine exposure. *Int Clin Psychopharmacol.* 2005;20:33-.
 67. Trifirò G, Spina E, Brignoli O, Sessa E, Caputi AP, Mazzaglia G. Antipsychotic prescribing pattern among Italian general practitioners: a population-based study during 1999-2002

- years. *Eur J Clin Pharmacol.* 2005;61:47-53.
68. Filippi A, Sessa E, Trifirò G, Mazzaglia G, Pecchioli S, Caputi AP, Cricelli C. Oral anti-coagulant therapy in Italy: prescribing prevalence and clinical reasons. *Pharmacol Res.* 2004;50:601-603.
 69. D'Ambrosio G, Samani F, Cancian M, De Mola C. Practice of opportunistic prostate-specific antigen screening in Italy: data from the Health Search database. *Eur J Cancer Prev.* 2004;13:383-386.
 70. Fabiani L, Scatigna M, Panopoulou K, Sabatini A, Sessa E, Donato F, Marchi M, Nardi R, Niccolai C, Samani F, Ventriglia G. Health Search: istituto di ricerca della società italiana di medicina generale: la realizzazione di un database per la ricerca in medicina generale. *Epidemiol & Prev.* 2004;28:156-162.
 71. Filippi A, Gensini G, Bignamini AA, Sabatini A, Mazzaglia G, Cricelli C. Management of patients with suspected angina, but without known myocardial infarction: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract.* 2004;54:429-33.
 72. Filippi A, Buda S, Brignoli O, Cricelli C, Degli Esposti E. Global cardiovascular risk evaluation in Italy: a cross sectional survey in general practice. *It Heart J.* 2004;5:223-7.
 73. Fabiani L, Giovannoni S, Casanica M, Scatigna M, Pulsoni R, Ventriglia G, Marchi M. Applicabilità di linee guida e formazione: un percorso diagnostico per il mal di schiena. *Rec Prog Med.* 2004; 95:81-6.
 74. Mazzaglia G, Caputi AP, Rossi A, Bettoncelli G, Stefanini G, Ventriglia G, Nardi R, Brignoli O, Cricelli C. Exploring patient- and doctor-related variables associated with antibiotic prescribing for respiratory infections in primary care. *Eur J Clin Pharmacol.* 2003;59:651-7.
 75. Cricelli C, Mazzaglia G, Samani F, Marchi M, Sabatini A, Nardi R, Ventriglia G, Caputi AP. Prevalence estimates for chronic diseases in Italy: exploring the differences between self-report and primary care databases. *J Public Health Med.* 2003;25:254-7.
 76. Filippi A, Sabatini A, Badioli L, Samani F, Mazzaglia G, Catapano A, Cricelli C. Effects of an Automated Electronic Reminder in Changing the Antiplatelet Drug-Prescribing Behavior Among Italian General Practitioners in Diabetic Patients: An intervention trial. *Diabetes Care* 2003;26:1497-1500.
 77. Filippi A, Bignamini AA, Sessa E, Samani F, Mazzaglia G. Secondary prevention of stroke in Italy: a cross-sectional survey in family practice. *Stroke.* 2003;34:1010-4.

LIBRI/REPORT

1. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2013. Roma. Agenzia Italiana del Farmaco, 2014.
2. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2012. Roma. Agenzia Italiana del Farmaco, 2013.
3. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2011. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2012.
4. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2010. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2011.
5. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2009. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore,

- 2010.
6. Mazzaglia G, Cricelli I, Cerpollini E, Palladino P, Cricelli C. L'esperienza di Health Search – SIMG. In: Brunetti M. Innovazione ed organizzazione nel Sistema Sanitario Nazionale. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2010(2):9-25.
 7. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). Rapporto sull'uso dei farmaci antibiotici. Analisi del consumo territoriale nelle regioni italiane 2009. Dicembre 2009.
 8. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2008. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2009.
 9. Rossi A, Mazzaglia G, Scarponi T. Progetto SIMG-OERU della Regione Umbria: risultati. Aprile 2009. Quaderni della Regione Umbria, Perugia 2009.
 10. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2007. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2008.
 11. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2006. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2007.
 12. Gruppo di lavoro OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2005. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2006.
 13. Mazzaglia G, Nicolai C, Rossi A, Brignoli O, Cricelli C, Caputi AP. Variabilità tra i medici di medicina generale nel trattamento antibatterico delle infezioni delle vie respiratorie. In: Morosini P, Palumbo G. Variabilità nei Servizi Sanitari in Italia. Roma, Italia: Centro Scientifico Editore; 2004: 99-109.

ALTRE PUBBLICAZIONI

1. Lupi L. 2003-2012: dieci anni di osteoporosi in Italia. *Epidemiologia e considerazioni generali*. SIMG 2014;3,13-17.
2. Campo S, Cricelli C, Lapi F, Medea G, Pecchioli S. La patologia tiroidea nella Medicina Generale italiana. Studio epidemiologico e considerazioni sul management clinico del paziente. SIMG 2013;5;7-11.
3. Campo S, Alecci U, Claudio S, Di Giacomo G, Giardina G, Di Gregorio C, Di Guardo A, Di Maggio E, Fichera F, Galvano L, Inferrera S, Magliozzo F, Mastrosimone G, Milazzo V, Morgana I, Pasqualetto S, Pozzecco U, Spicola L, Trovato S, Zelante R. Studio epidemiologico sull'ADPKD in Italia. SIMG 2012;5;4-7.
4. Mazzoleni F, Simonetti M, Lapi F, Pecchioli S, Trifirò G, Cricelli I, Mazzaglia G. Uso degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale. SIMG 2011;5;11-16.
5. Mazzaglia G, Lapi F, Pecchioli S, Pasqua A, Simonetti M, Cricelli I, Cricelli C. Il database Health Search- CSD LPD; uno strumento innovativo per l'assistenza e la ricerca. SIMG 2011;3;11-17.
6. Mazzaglia G, Filippi A, Mantovani LG, Furneri G, Nicolai C, Cricelli I, Caputi AP, Brignoli O, Cricelli C. Epidemiologia, prevenzione e trattamento delle malattie cardiovascolari: evidenze dal database della medicina generale. *Farmeconomia e percorsi terapeutici*. SIMG 2011;12(Suppl 2):29-34.
7. Mazzaglia G, Brignoli O, Caputi AP, Cricelli C. Aderenza e persistenza: due elementi chiave

- per la determinazione dell'efficacia terapeutica in usual care. *Farmeconomia e percorsi terapeutici*. SIMG 2011;12(Suppl 2):9-13.
8. Filippi A, Pecchioli S, Simonetti M, Paolini I, Mazzaglia G. Angina pectoris: i dati della Medicina Generale italiana e le loro implicazioni per la pratica professionale. SIMG. 2010; 4:7-10.
 9. Mazzaglia G, Cricelli I. How to conduct research within the National network of Italian General Practitioners? *Pharmacoepidemiology Risk Management Newsletter*. 2010;4:9-11.
 10. Filippi A, Bianchi A, Montanari P, Sessa E, Mazzaglia G. Caratterizzazione e modalità di trattamento, dei soggetti con prescrizione di antiaggreganti piastrinici: studio di coorte in Medicina Generale. SIMG 2009;3;3-6.
 11. Piccoliori G, Pecchioli S, Sessa E, Cancian M, Lora Aprile PA, Mazzaglia G, Salvo F, Giusti P, Caputi A. Italian Pain reSearch: una ricerca osservazionale in Medicina Generale sulla gestione del dolore moderato-severo acuto e cronico. SIMG 2009;3;7-14.
 12. Sini G, Mazzaglia G, Cricelli I, Mantovani L, Ubaldi E, Cricelli C. Effetti dell'introduzione del prezzo di riferimento per gli inibitori di pompa protonica sul comportamento diagnostico-terapeutico in Medicina Generale. SIMG 2008;5;25-28.
 13. Falanga R. Gestione della broncopneumopatia cronica ostruttiva MD *Medicinae Doctor* n. 26 / 2008
 14. Piccoliori G, Pavone P, Turbil E, Pecchioli S, Sessa E, Cancian M, Lora Aprile P. Italian Pain research: dati preliminari di una ricerca osservazionale in Medicina Generale. SIMG 2007;3;6-11.
 15. Surace MA, Fumagalli E, Mazzoleni F. Criticità nella gestione delle cefalee in medicina generale. SIMG 2008;1;11-15.
 16. Falanga M, Corradin MT. I tumori cutanei maligni: il ruolo della medicina generale. I dati di Health Search e l'importanza della diagnosi precoce. SIMG 2007;1;9-13.
 17. Samani F, Ventriglia G, Nardi R, Niccolai C. Health Search. Dall'esperienza SIMG e dalla sinergia con Thales e Millennium la principale realtà di ricerca Italiana in Medicina Generale. SIMG 2006;5;19-22.
 18. Mazzaglia G, Pecchioli S, Galatti L, Sessa E, Caputi AP. Un'analisi sull'uso dei FANS in medicina generale nella banca dati Health Search della SIMG. SIMG 2004; 5-6; 29-31.
 19. Sessa E, Samani F, Niccolai C, Pecchioli S, Ventriglia G, Mazzaglia G. La creazione di un campione validato di medici di medicina generale nel database di Health Search. SIMG 2004; 3; 10-14.
 20. Franchini CA. La gastroprotezione: analisi prescrittiva Health Search. SIMG 2004; 3; 15-18.
 21. Medea G, Samani F. Diabete: indicatori di qualità e qualità dell'assistenza in Medicina Generale Il diabete mellito come modello di riferimento per tutte le patologie croniche. SIMG 2003; 4; 9-15.
 22. Samani F, Canciani L, Paduano R, Macauda C. Come stanno i quarantenni. Risultati preliminari del progetto di prevenzione primaria cardiovascolare "VIS" (Vivere in Salute 2° parte). SIMG 2003; 4; 19-24.
 23. Samani F, Canciani L, Paduano R, Macauda C. Il rischio cardiovascolare nei quarantenni: medicina di iniziativa e di attesa a confronto (Progetto VIS). SIMG 2003; 3; 24-29.
 24. Del Zotti F, Stefanini G. L'autovaccinazione antinfluenzale. SIMG 2003; 2; 43-45.
 25. Samani F, Medea G, Sessa E. Diabete mellito: dati epidemiologici e gestionali in medicina generale. *Me&Dia* 2003; 4.
 26. Del Zotti F, Sabatini A, Sessa E. Malattie classiche e sintomi comuni: l'emicrania nel data-

“PROGETTO MATRICE” INTEGRAZIONE DEI CONTENUTI INFORMATIVI PER LA GESTIONE SUL TERRITORIO DI PAZIENTI CON PATOLOGIE COMPLESSE O CON PATOLOGIE CRONICHE



www.agenas.it

Il progetto, avviato nel Febbraio 2011, è coordinato dall'Age.Na.S. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) e coinvolge il Ministero della Salute, le Regioni: Emilia-Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana e Veneto, esperti nazionali ed internazionali e alcuni partner scientifici, tra cui SIMG, attraverso Health Search. Il progetto prevede il disegno, la sperimentazione, la validazione e l'applicazione ad alcuni casi di studio di un software open source di aggregazione e di integrazione dei dati dei flussi sanitari nazionali per produrre la lettura dei percorsi assistenziali di pazienti con patologie complesse. Il software sarà sperimentato in alcune aziende sanitarie delle 5 Regioni partecipanti e saranno attivati gruppi di lavoro a livello aziendale, regionale, ministeriale, che sperimentino la lettura dei dati prodotti per trarne informazioni rilevanti ai fini della misura dell'equità e/o della "governance" delle cure territoriali.

OSSERVATORIO SULL'IMPIEGO DEI MEDICINALI (OSMED)



http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMED_2013.pdf

L'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OSMED) assicura il monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale e regionale tramite l'elaborazione di oltre 500 milioni di ricette prescritte dai medici di medicina generale e inviate da circa 18.000 farmacie del territorio. È lo strumento necessario e insostituibile per la determinazione del superamento del tetto di spesa programmato e per l'adozione delle misure di ripiano. Le informazioni gestite ed elaborate dall'OSMED vengono periodicamente pubblicate in Rapporti nazionali, che sintetizzano i dati sull'uso dei farmaci in Italia nella popolazione generale, descritti in termini di spesa, volumi e tipologia. Nell'ambito del gruppo di lavoro, comprendente tra gli altri l'AIFA, l'ISS, l'AGENAS, e l'ARS dell'Emilia Romagna, SIMG sviluppa annualmente tramite Health Search indicatori atti a determinare su base regionale il profilo di appropriatezza prescrittiva dei Medici di Medicina Generale. A tal fine, nel presente rapporto, sono state integrate informazioni da diverse fonti sull'impatto delle patologie tumorali e sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. Allo scopo di offrire un quadro delle disparità territoriali, per lo specifico delle patologie tumorali, la SIMG ha proposto ed analizzato tramite Health Search alcuni indicatori di qualità basati su indicazioni enucleate dalla letteratura e dall'analisi dei dati storici.

COLLABORAZIONE CON ISTAT



www.istat.it/it/archivio/71090

La collaborazione con l'ISTAT prevede lo scambio di informazioni e competenze che consentano significativi avanzamenti nell'analisi e nella comprensione dell'utilizzo dei servizi e dei costi in ambito sanitario e dello stato di salute della popolazione in Italia. In particolare, gli obiettivi individuati riguardano

1. Il confronto tra gli indicatori di stato di salute della popolazione calcolati con i dati dell'indagine "Multiscopo sulle famiglie: condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" dell'ISTAT e con i dati del database Health-Search CSD-LPD di SIMG, al fine di verificarne la coerenza e la robustezza;
2. la definizione di un set di statistiche di base sui costi della sanità, anche ai fini della definizione dei "costi e dei fabbisogni standard" per l'attuazione del federalismo in sanità;
3. lo sviluppo di analisi di natura congiunturale e previsionale sui costi della sanità e sullo stato di salute della popolazione;
4. la ricostruzione di indicatori di produttività in sanità;
5. la costruzione di un campione longitudinale di medici/pazienti da utilizzare per analisi di tipo dinamico.

Nel corso del 2012 ISTAT ha pubblicato un'indagine sull'impatto del diabete in Italia. Quest'ultima indagine ha stimato la prevalenza e l'incidenza di patologia, nonché mortalità e fattori di rischio associati. Il progetto integra diverse fonti di informazione, tra le quali l'indagine multiscopo dell'ISTAT, le schede di dimissione ospedaliera ed i dati di mortalità del Ministero della Salute. Health Search ha contribuito al rapporto fornendo informazioni sul diabete relativamente al ricorso a visite mediche specialistiche o presso il Medico di Medicina Generale, l'effettuazione di esami di laboratorio, gli accertamenti diagnostici, il consumo farmaceutico.

COLLABORAZIONE CON BANCA D'ITALIA



<http://www.bancaditalia.it/>

Collaborazione di Ricerca con Banca d'Italia – Ceis Tor Vergata e Fondazione Farmafactoring per l'analisi dei dati sulla sanità italiana, finalizzata allo studio

1. delle differenze geografiche in termini di output sanitari, utilizzo delle risorse e spesa;
2. all'individuazione di criteri e indicatori che migliorino la stima dei costi delle prestazioni sanitarie tenendo conto più efficacemente dei bisogni della popolazione;
3. alla valutazione di politiche pubbliche (come ad esempio l'introduzione o la modifica di partecipazioni alla spesa, la revisione delle tariffe di rimborso delle prestazioni, variazioni nel prelievo fiscale) al fine di evidenziarne l'impatto sul comportamento dei pazienti e degli operatori sanitari, sugli oneri per il sistema sanitario e sui livelli di salute della popolazione.

COLLABORAZIONE CON ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'



www.iss.it

La collaborazione con l'ISS mira ad ottenere stime dell'entità dell'impatto economico del sovrappeso e dell'obesità in termini di costi diretti e indiretti ed esaminare la natura e l'incidenza delle malattie croniche, essenzialmente dismetaboliche, legate al fenomeno ed il ricorso all'assistenza sanitaria.

COLLABORAZIONE CON 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. Tra i vari settori in cui il CEIS opera quello dell'economia sanitaria è uno dei principali. In questo ambito ha avviato una serie di collaborazioni, tra cui quella con la SIMG che ha portato alla realizzazione del progetto SiSSI (Simulazione della Spesa Sanitaria Italiana), che utilizza informazioni provenienti dal database Health Search CSD LPD, nonché da indagini ad hoc realizzate per l'occasione dai ricercatori del CEIS Tor Vergata.

EMIF-PLATFORM (EUROPEAN MEDICAL INFORMATION FRAMEWORK)



<http://www.emif.eu/>

Negli ultimi anni è cresciuta la disponibilità e l'impiego di informazioni cliniche informatizzate, che hanno generato un gran volume di risultati utili alla ricerca. Inoltre, diversi centri europei hanno creato banche dati contenenti informazioni genetiche e biologiche dei singoli pazienti. Il progetto EMIF (European Medical Information Framework) ha l'obiettivo di costruire una struttura integrata ed efficiente in grado di armonizzare informazioni differenti presenti sul territorio europeo. Tale struttura impiega metodologie e tecnologie sofisticate che consentono ai ricercatori di interrogare simultaneamente più fonti dati consentendo così di giungere a risultati sempre più completi e accurati. Health Search CSD-LPD è parte integrante di questo progetto e mette a disposizione i dati e la conoscenza sui processi di codifica dei medici di medicina generale italiani.

RISK OF CARDIAC VALVE DISORDERS ASSOCIATED WITH THE USE OF BIPHOSPHONATES



www.alert-project.org/drupal/files/pdf/FinalPublishableSummary.pdf

Nel 2011 l'EMA (European Medicines Agency) ha lanciato diversi bandi rivolti ad enti di ricerca per monitorare il profilo di sicurezza di alcuni farmaci di uso molto comune in Europa. Due degli studi

richiesti dall'EMA sono stati affidati a una rete di enti federati, la EU-ADR Alliance a cui aderisce anche SIMG, tramite Health Search CSD LPD. L'obiettivo principale del progetto è quello di confermare o respingere i timori relativi ad una possibile associazione tra l'uso dei bifosfonati ed i disturbi delle valvole cardiache. Sarà condotto uno studio tradizionale di verifica dell'ipotesi, seguito in caso di esito positivo da un'indagine che applica tecniche di data mining ai database inclusi nello studio. I risultati sono attesi nel 2013.

ARITMO: ARRHYTHMOGENIC POTENTIAL OF DRUGS



www.aritmo-project.org

Il progetto ARITMO si propone di analizzare il profilo di rischio di morte cardiaca improvvisa, aritmia ventricolare, torsione di punta e sindrome del QT lungo, relativo a circa 250 farmaci antipsicotici, anti-infettivi, ed anti-istaminici. La strategia consiste nell'utilizzo di dati provenienti da studi prospettici, database clinici informatizzati, tra i quali anche Health Search CSD LPD, e studi in-silico. Sono previste anche analisi sulla letteratura esistente, nonché valutazioni sui database europei della segnalazione spontanea di reazioni avverse da farmaci. Tutte queste informazioni verranno armonizzate con l'obiettivo di fornire un rapporto finale sul profilo di rischio aritmogenico dei farmaci osservati e sui determinanti clinici e genetici di tale rischio.

SAFEGUARD: SAFETY EVALUTATION OF ADVERSE REACTIONS IN DIABETES



www.safeguard-diabetes.org

Il progetto SAFEGUARD ha l'obiettivo di valutare e quantificare i rischi cardiovascolari, cerebrovascolari e pancreatici dei farmaci antidiabetici, con un focus specifico sui farmaci di più recente introduzione. Il progetto, oltre all'analisi delle segnalazioni spontanee e alla conduzione di studi sull'uomo, prevede l'impiego di database contenenti informazioni cliniche e terapeutiche di più di 17 milioni di pazienti in USA e in Europa, tra cui quelli inclusi in Health Search CSD LPD. Tale progetto consentirà di migliorare le conoscenze sulla sicurezza dei farmaci antidiabetici.

OMOP: OBSERVATIONAL MEDICAL OUTCOMES PARTNERSHIP



<http://omop.fnih.org/>

Il progetto OMOP (Observational Medical Outcomes Partnership) nasce dalla collaborazione di FNIH (Foundation for the National Institutes of Health) con FDA (Food and Drug Administration) e PhARMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America). Il progetto ha lo scopo di indagare nuove metodologie di analisi di gran volumi di dati provenienti da fonti eterogenee, al fine di affrontare problematiche connesse alla sicurezza dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché alla appropriatezza della pratica clinica in generale. Health Search CSD-LPD contribuisce a tale progetto fornendo i dati dei medici di medicina generale italiani.

Il sito Web di Health Search (**Figura A4a**), raggiungibile all'indirizzo www.healthsearch.it, fornisce tutte le informazioni sull'istituto e sulle sue produzioni. Dal sito è possibile visionare e scaricare tutte le pubblicazioni realizzate mediante il database Health Search-CSD LPD, tutti i Report HS realizzati (compreso il presente) ed i report OsMed a cui HS ha collaborato. E' inoltre possibile reperire informazioni sulle principali collaborazioni dell'Istituto e sulle modalità di richiesta di conduzione di uno studio sul database. Infine è presente un'area riservata all'interno della quale i ricercatori HS possono accedere a tutte le presentazioni congressuali a tutti i documenti e comunicazioni inerenti le attività di partecipazione al network di ricerca.

Figura A4a Home page del sito web Health Search www.healthsearch.it

AREA RISERVATA RICERCATORI

Login

Password

Password dimenticata?

cerca nel sito

ITA | ENG

Home Pubblicazioni Archivio Collaborazioni Database Ricerche Contatti

CHI SIAMO

Health Search nasce nel 1998 come unità di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale (S.I.M.G.) basata sui seguenti punti programmatici: 1. Creare una scuola nella quale i Medici di Medicina Generale, su base volontaria, ricevono la formazione per la descrizione e la registrazione codificata della loro attività professionale attraverso l'utilizzo di un software di gestione dei dati clinici appositamente personalizzato (Millewin) 2. Costituire un network di Medici di Medicina Generale che includa un numero di ricercatori rappresentativi di ogni macro-area geografica in termini di numerosità della popolazione di riferimento 3. Costituire un database nel quale le informazioni derivanti dalla pratica clinica quotidiana vengano raccolti per gli obiettivi di seguito riportati.

*** OBIETTIVI PRINCIPALI**

ULTIME NOTIZIE

Progetto AIFA sulla prescrivibilità dei Piani Terapeutici in Medicina Generale

Health Search nel Rapporto OSMED 2013

Anche quest'anno Health Search, con il proprio database, ha partecipato alla realizzazione del rapporto nazionale OsMed, realizzato per la seconda volta interamente dall'AIFA contribuendo con analisi statistiche ed epidemiologiche dell'uso dei farmaci.

MilleGPG (www.millegpg.it) è un applicativo informatico sviluppato da Genomedics su specifiche professionali e scientifiche fornite da un team di lavoro SIMG e da Health Search. MilleGPG presenta al Medico di Medicina Generale una serie di “cruscotti” (**Figura A4b**) e di indicatori destinati a supportarlo nella verifica della sua attività rispetto alle linee guida, agli standard più diffusi nonché alle specifiche necessità derivanti dal contratto nazionale e/o dagli accordi regionali/ASL.

Figura A4b Schermata di accesso al programma MilleGPG

The screenshot shows the MilleGPG web application interface for user LUCA VERDI. The interface is organized into a grid of modules for clinical audit and management, with a navigation bar at the top and a footer with version and copyright information.

Navigation Bar: MilleGPG - Utente: LUCA VERDI. Includes icons for home, settings, help, and actions like 'Impostazioni', 'Invia/Ricevi', and 'Logout'.

Main Content Area: Titled 'AUDIT PERSONALE', it features several modules:

- Audit Clinico:** Monitoraggio e valutazione della gestione delle principali patologie croniche mediante indicatori di processo ed esito intermedio.
- Rischio Clinico e Prevenzione:** Identificazione delle situazioni che determinano un rischio clinico e che necessitano di interventi correttivi.
- Case Mix:** Analisi e pesatura clinico-epidemiologica della popolazione assistita.
- Supporti Diagnostici:** Funzionalità di supporto alla diagnosi clinica.
- Report Esperto:** Visualizza il tuo Report con una sintesi degli obiettivi conseguiti e utili consigli per migliorare i risultati.
- Simulazione Scenari:** Simulazione degli esiti (riduzione/aumento di eventi) di un intervento sanitario in base ad un predeterminato obiettivo di salute.
- Analisi Criticità e Intervento:** Identificazione e risoluzione delle principali criticità nella gestione delle malattie croniche mediante specifici supporti scientifici.
- Appropriatezza Prescrittiva:** Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (nel singolo o in gruppi di pazienti) relativa a specifici farmaci (Statine, IPP, ASA).
- Economia Sanitaria:** Monitoraggio, valutazione e stima della spesa sanitaria nella popolazione assistita.
- Management Professionale:** Funzionalità di supporto all'organizzazione e alla gestione dell'attività professionale.
- Gestione Persone Sane:** Gestione delle procedure di educazione sanitaria, prevenzione primaria e secondaria mediante strategie di popolazione e di singola persona sana.
- Risorse e FaD:** Accesso a notizie di interesse professionale, aggiornamenti dalla letteratura, corsi FaD (ECM), materiali informativi per i pazienti.

Footer: Versione: 3.3. Realizzato su specifiche professionali della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie.