



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

HS-Newsletter



Health Search

Istituto di Ricerca della S.I.M.G.

(Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)

N.1 Vol.28 Gennaio-Febbraio 2021

INDICE DEGLI ARGOMENTI

Epidemiologia, caratterizzazione e gestione del paziente affetto da russamento a livello della Medicina Generale	2
Efficacia della combinazione ibuprofene-paracetamolo nel trattamento dei disturbi muscoloscheletrici acuti tra i pazienti della Medicina Generale	11
Collaborazioni e Progetti Nazionali/Internazionali.....	14-16
Health Search Dashboard	17

ANALISI IN MEDICINA GENERALE

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

Il sonno rappresenta un elemento essenziale per il benessere psico-fisico di un individuo.

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



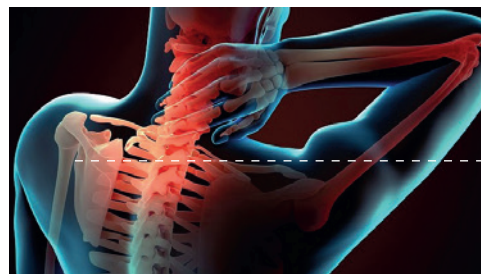
continua a pag. 2

RICERCA INTERNAZIONALE

Efficacia della combinazione ibuprofene-paracetamolo nel trattamento dei disturbi muscoloscheletrici acuti tra i pazienti della Medicina Generale

I disturbi muscoloscheletrici acuti sono comunemente riscontrati nella pratica clinica della Medicina Generale (MG) e risultano tra le condizioni a maggior impatto a livello globale.

A cura di *Alessandra Bettiol*, *Ettore Marconi*, *Alfredo Vannacci*, *Monica Simonetti*, *Alberto Magni*, *Claudio Cricelli*, *Francesco Lapi*



continua a pag. 11

CONTATTI

HEALTH SEARCH (SIMG)

Via del Sansovino, 179 50142 Firenze Italia
Tel: +39 055 494900 Orario: Lunedì - Venerdì 9.00-18.00
E-Mail: info@healthsearch.it Web: www.healthsearch.it

IQVIA (Contact Center) Assistenza Tecnica

Numero Verde: 800.949.502
Orario: Lunedì - Venerdì 8.30-19.30, Sabato 9.00-13.00
E-Mail: medicithales@it.imshealth.com

ANALISI IN MEDICINA GENERALE

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

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

¹ Macroarea Cronicità SIMG, Coordinatore settore pneumologia

² MMG Torino, Specialista fisiologia e mal app respiratorio

Panorama

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

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

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

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

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

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

Ad oggi, si stima che i russatori si attestino tra il 19 al 37%, fino a raggiungere una percentuale superiore al 50% dopo la mezza età.

I maschi tendono ad essere più soggetti al russamento rispetto alle femmine, probabilmente per le differenze dell'anatomia e della funzione faringea, dell'assetto ormonale, dei loro effetti sui muscoli delle vie aeree superiori e della distribuzione del grasso corporeo.

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

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

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

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

Costruzione degli indicatori

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

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

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

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

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

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

Distribuzione (%) dei pazienti con diagnosi di Russamento sulla base del valore di BMI, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con BMI registrato (suddivisi in Obeso, Sovrappeso, Normopeso, Sottopeso, e Missing) nell'anno 2019;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di Russamento (ICD9 CM: 780.59) nel 2019.

Distribuzione (%) dei pazienti con diagnosi di Russamento in base all'abitudine al fumo, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con registrazione dell'abitudine al fumo (suddivisi in Fumatore, Ex fumatore, Non fumatore e Missing) al 2019;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di Russamento (ICD9 CM: 780.59) al 2019.

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

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

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

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

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

Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di assistiti degli 800 MMG ricercatori HS attivi al 31 Dicembre 2019 sono stati identificati 5.326 pazienti con diagnosi registrata per russamento, per una prevalenza stimata pari allo 0,53%. La condizione ha mostrato un trend in crescita negli ultimi 10 anni, passando dallo 0,08% nel 2010 al 0,53% nel 2019 (Figura 1).

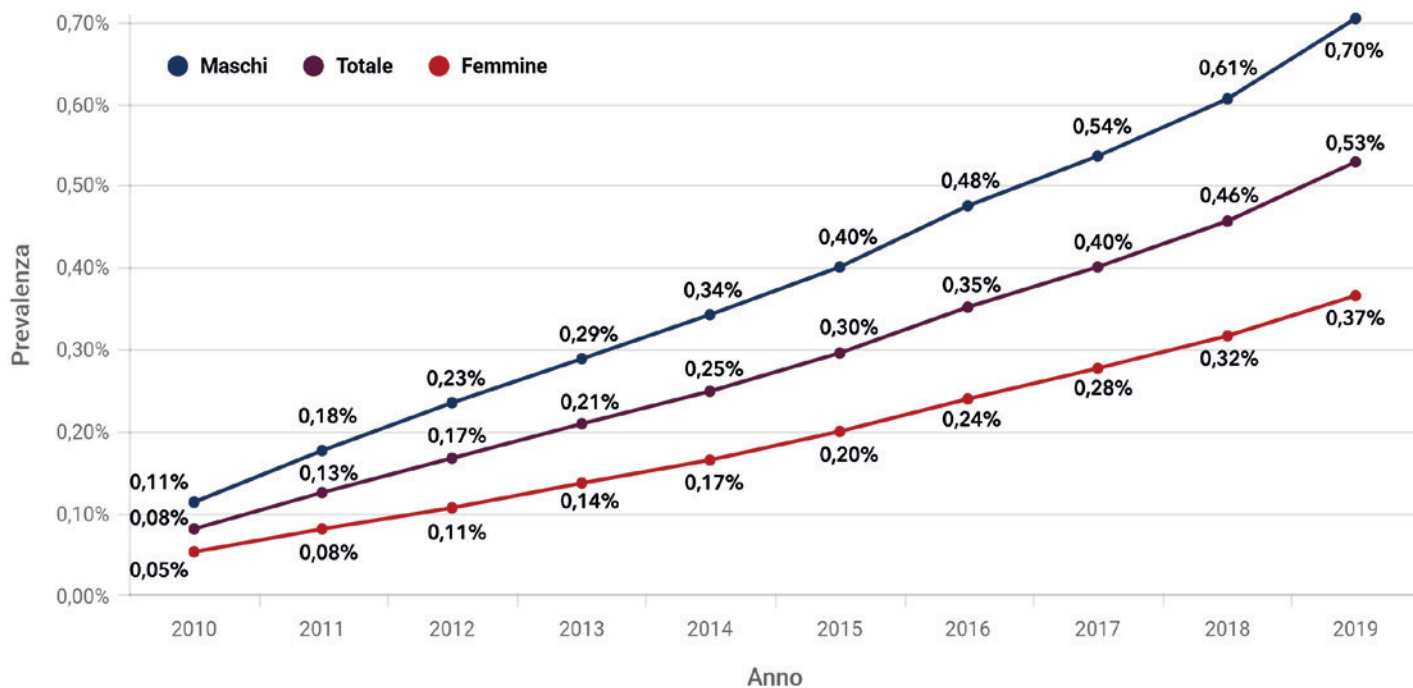
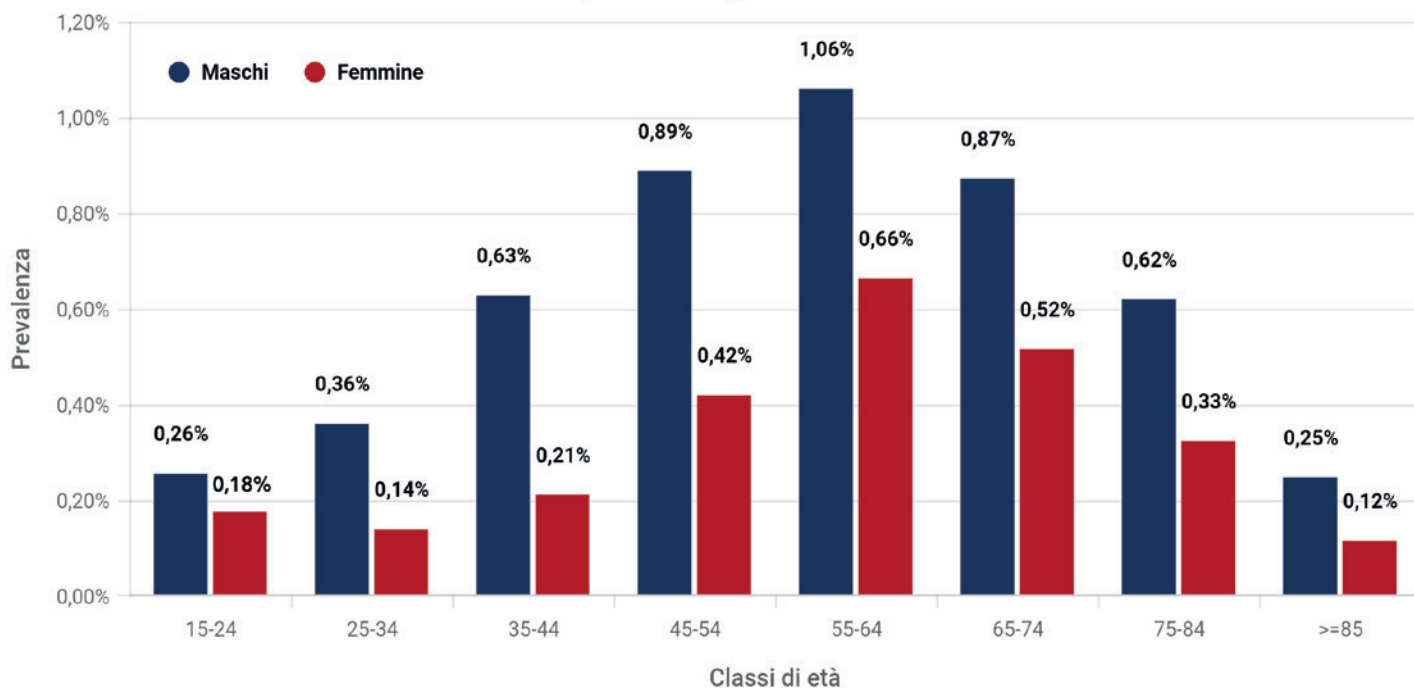


Figura 1. Prevalenza (%) di Russamento nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2010 - 2019.

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



La prevalenza risultava superiore negli uomini rispetto alle donne (M: 0,70% vs. F: 0,37%). Considerando le diverse fasce d'età, per entrambi i sessi, si osservava un progressivo incremento nella prevalenza all'aumentare dell'età, con il picco, sia per i maschi che per le femmine, nei pazienti di età compresa tra i 55 ed i 64 anni (M:

1,06% vs. F: 0,66%), per poi tornare a decrescere nei più anziani (Figura 2). L'analisi della prevalenza a livello regionale evidenziava una maggiore localizzazione della patologia principalmente nelle regioni del Nord (Figura 3). La regione che ha mostrato la stima più elevata è risultata essere l'Emilia-Romagna (0,94%), seguita dalla

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

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

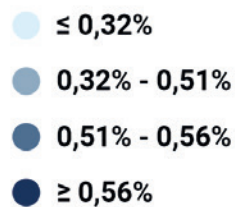
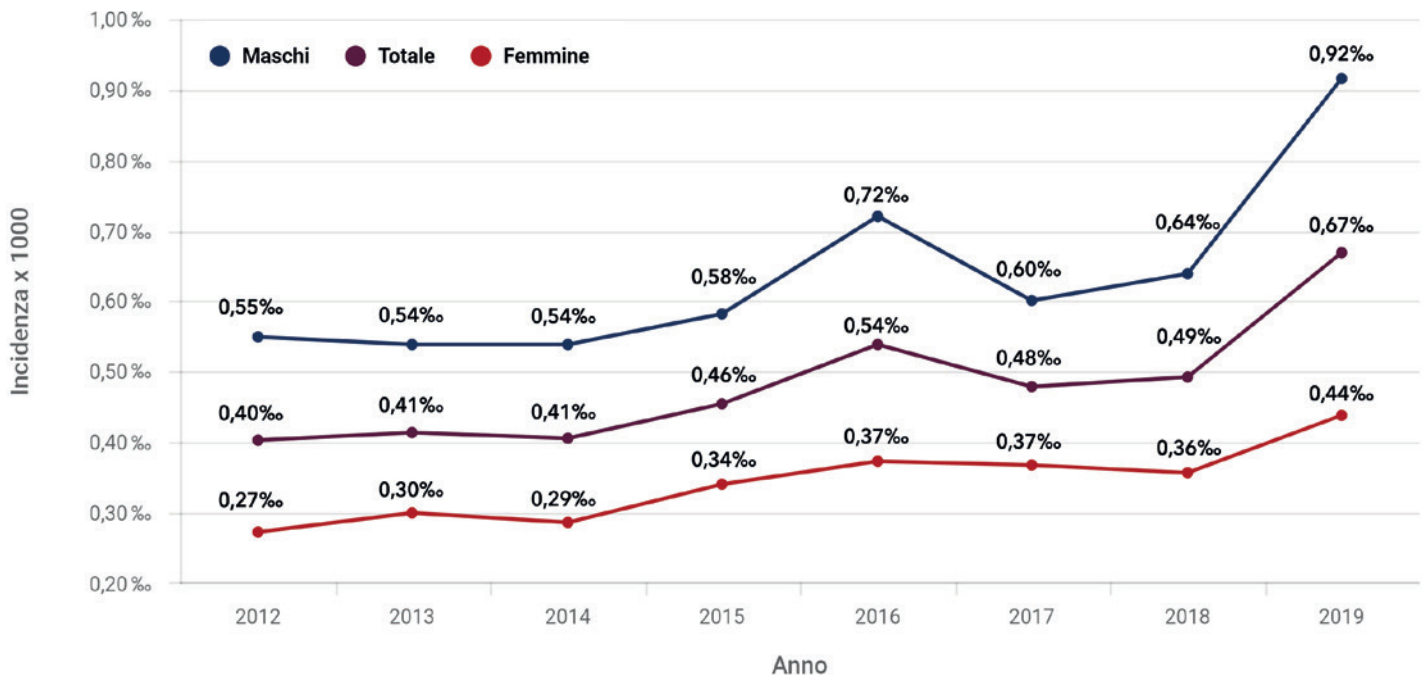


Figura 3. Prevalenza (%) di Russamento nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2019.

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



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

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

Stratificando l'analisi anche per fasce d'età, per entrambi i sessi l'incidenza aumentava al crescere dell'età e raggiungeva il picco nei pazienti di

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

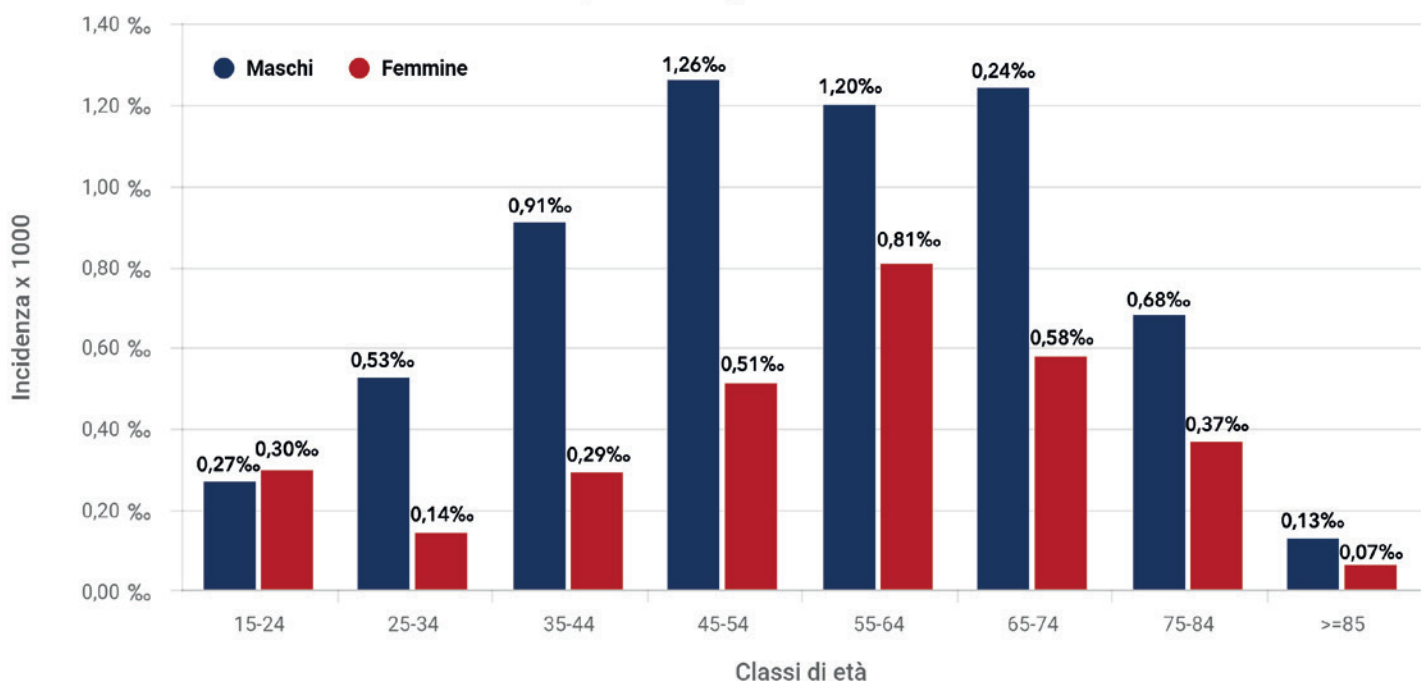


Figura 5. Incidenza (%) di Russamento nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2019.

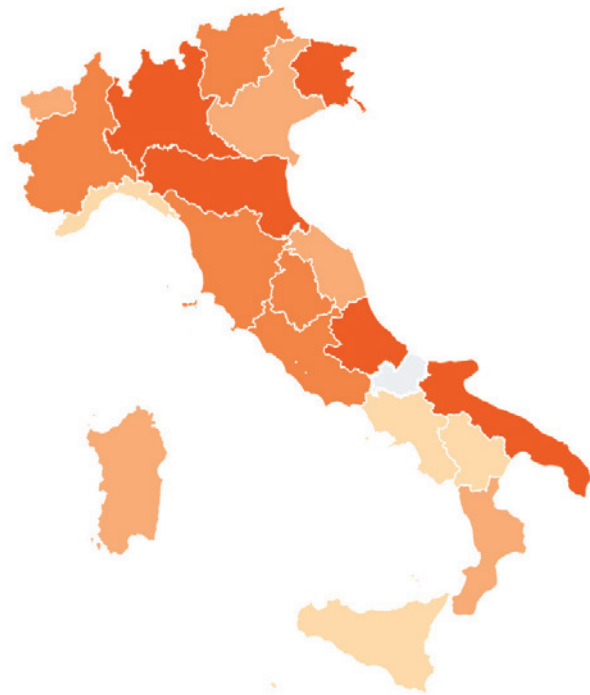
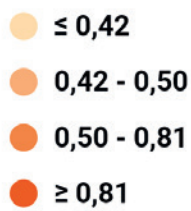


Figura 6. Prevalenza (%) di Russamento nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2019.

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

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

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

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

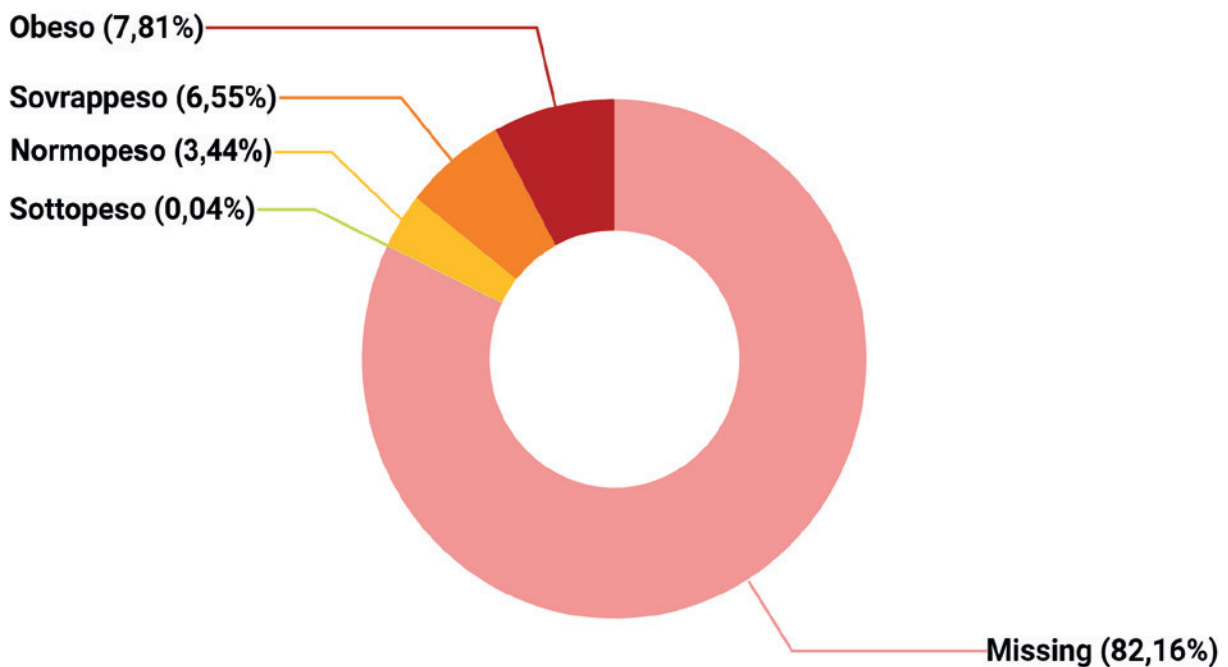


Figura 8. Distribuzione (%) dei pazienti con diagnosi di Russamento sulla base dell'abitudine al fumo. Anno 2019.



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

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

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

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

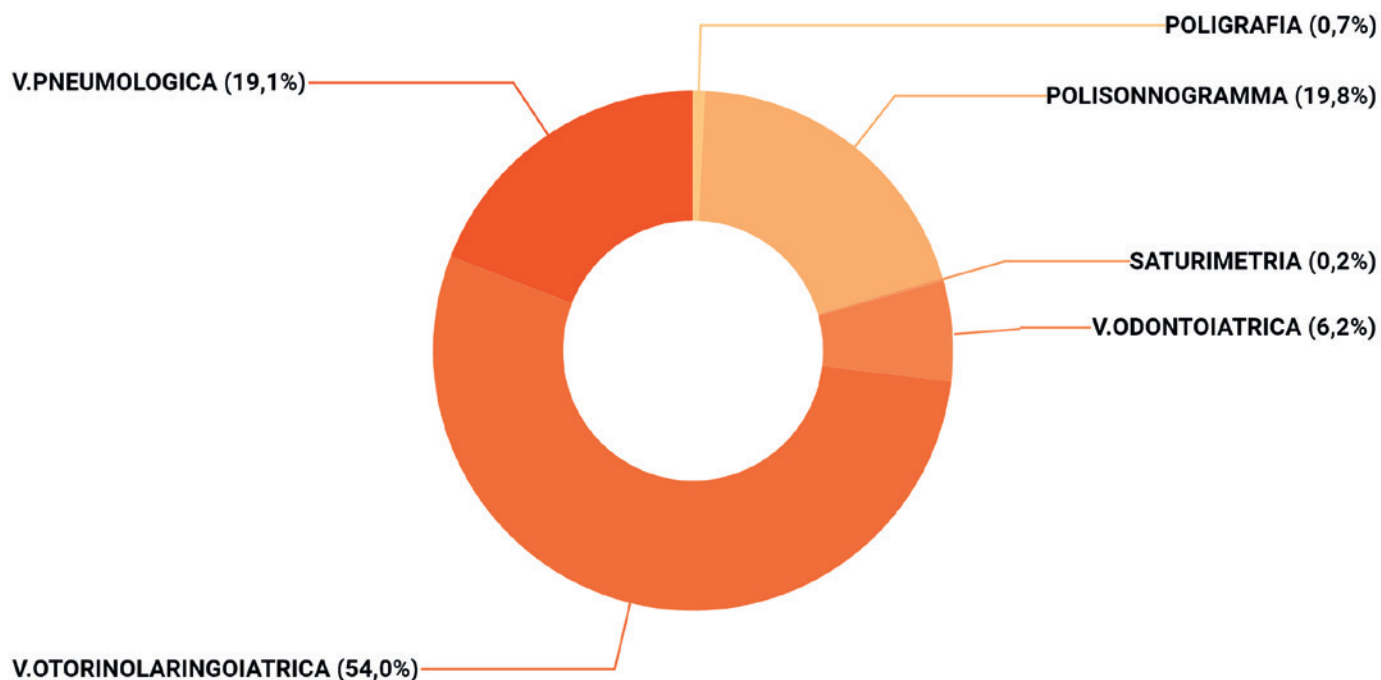
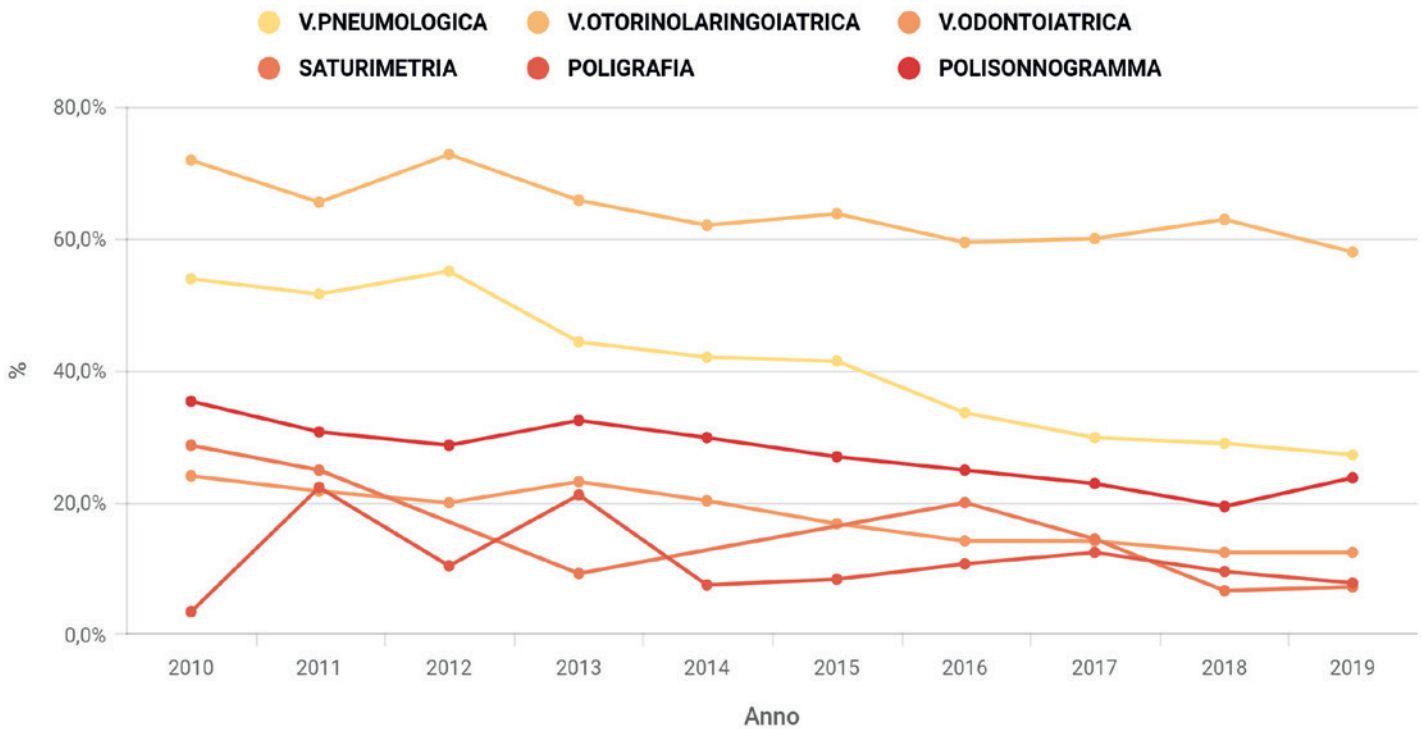


Figura 10. Analisi del trend di prevalenza d'uso (%) delle visite specialistiche/accertamenti per i pazienti con diagnosi di Russamento in carico agli 800 Medici HS. Anni 2010 - 2019.



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

caratterizzato solo da lievi oscillazioni (Figura 10). Infine, i pazienti con diagnosi di russamento sono stati caratterizzati in termini di frequenza delle

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

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

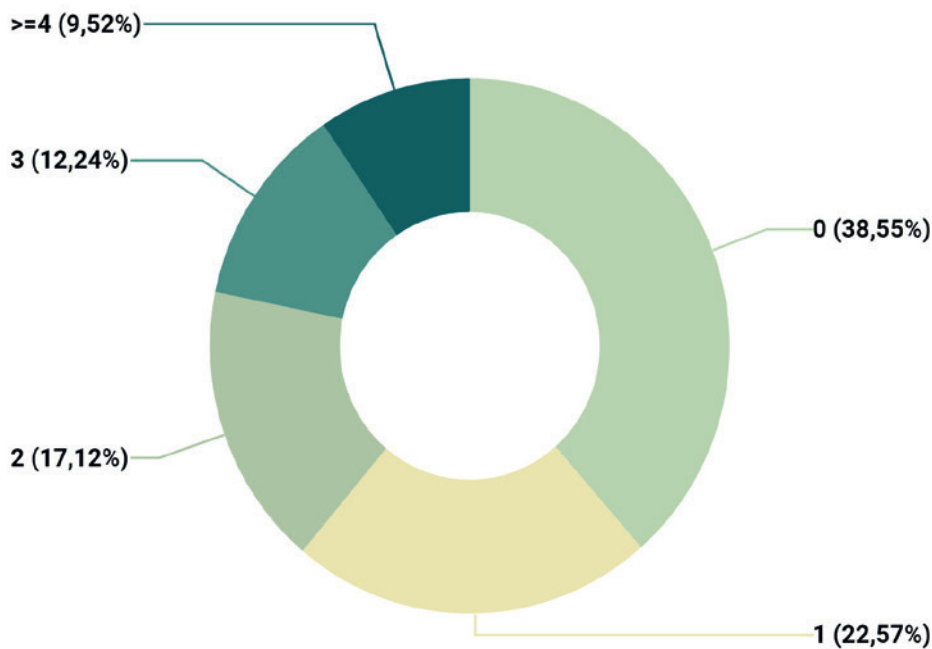
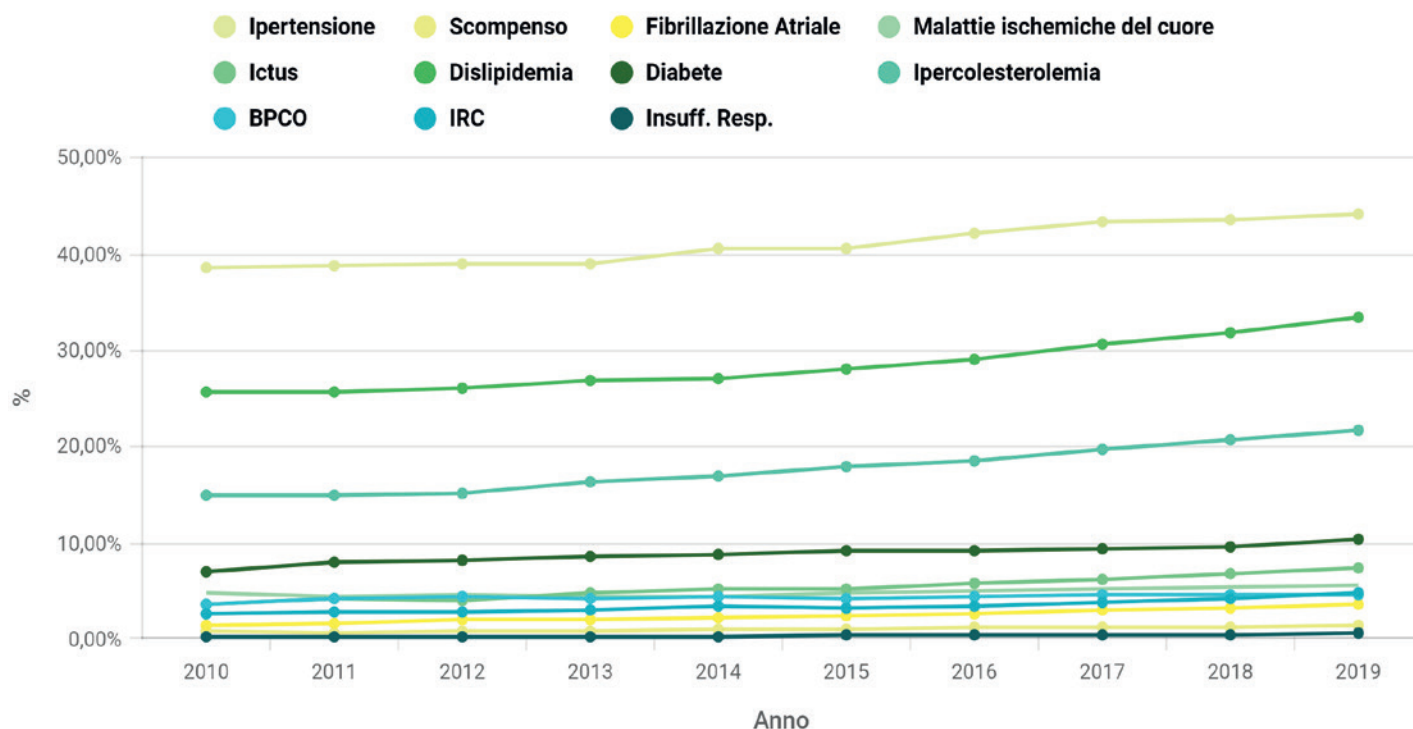


Figura 12. Analisi del trend di frequenza di patologie concomitanti nei pazienti con diagnosi di Russamento in carico agli 800 Medici HS. Anni 2010 - 2019.



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

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

Il parere del medico di medicina generale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

stretta correlazione epidemiologica e fisiopatologica che manifesta.

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

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

Per approfondire...

- Stradling JR. **Epidemiology of snoring and its consequences.** Monaldi Arch Chest Dis. 1995 Apr;50(2):123-8.
- Faber J, Faber C, Faber AP. **Obstructive sleep apnea in adults.** Dental Press J Orthod. 2019 Aug 1;24(3):99-109.
- Lin J, Suurna M. **Sleep Apnea and Sleep-Disordered Breathing.** Otolaryngol Clin North Am. 2018 Aug;51(4):827-833.
- Silva KV, Rosa ML, Jorge AJ, Leite AR, Correia DM, Silva Dde S, Cetto DB, Brum Ada P, Silveira Netto P, Rodrigues GD. **Prevalence of Risk for Obstructive Sleep Apnea Syndrome and Association With Risk Factors in Primary Care.** Arq Bras Cardiol. 2016 Jun;106(6):474-80.

RICERCA INTERNAZIONALE

Efficacia della combinazione ibuprofene-paracetamolo nel trattamento dei disturbi muscoloscheletrici acuti tra i pazienti della Medicina Generale

Alessandra Bettiol¹, Ettore Marconi², Alfredo Vannacci¹, Monica Simonetti², Alberto Magni³, Claudio Cricelli³, Francesco Lapi²

¹ Department of Neuroscience, Psychology, Drug Research and Children's Health, University of Florence, Florence, Italy.

² Health Search, Italian College of General Practitioners and Primary Care, Florence, Italy. ³ Italian College of General Practitioners and Primary Care, Florence, Italy.

Tratto da: *International Journal of Clinical Pharmacy*

Sito web: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-020-01215->

Il contesto

I disturbi muscoloscheletrici acuti sono comunemente riscontrati nella pratica clinica della Medicina Generale (MG) e risultano tra le condizioni a maggior impatto a livello globale. Tali disturbi determinano un notevole carico di lavoro per i medici di medicina generale (MMG), nonché una voce consistente di spesa per il Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Le Linee Guida (LL.GG.) ufficiali suggeriscono di adottare una strategia globale basata su interventi educativi, psicologici, fisici e chirurgici e di utilizzare terapie farmacologiche analgesiche scelte sulla base delle caratteristiche del dolore.

In caso di scarso controllo della sintomatologia dolorosa attraverso l'utilizzo di analgesici di prima linea, come il paracetamolo, dovrebbe essere preso in considerazione il passaggio a farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) o eventualmente a farmaci oppioidi.

Nonostante tali raccomandazioni, la gestione farmacologica nei disturbi

muscoloscheletrici acuti è spesso sub-ottimale. Inoltre, l'uso dei farmaci, soprattutto dei FANS, è spesso incontrollato, con il rischio di incorrere in un potenziale danno.

È noto come l'uso di FANS sia associato a un aumento da 3 a 5 volte del rischio di



complicanze gastrointestinali, comporti un aumento del 40-50% nel rischio relativo di infarto miocardico acuto, così come sia associato ad effetti collaterali a livello renale.

In tale contesto, un approccio

analgesico multimodale basato su combinazioni fisse di analgesici con pathway d'azione diversi ha il potenziale di aumentare l'effetto analgesico, riducendo il dosaggio dei singoli farmaci e, conseguentemente, il rischio di eventi avversi. Nel 2016 è entrato in commercio la prima combinazione fissa di ibuprofene-paracetamolo. Tuttavia, sono ad oggi disponibili pochi studi che valutano questa strategia farmacologica e nessuno di questi è stato condotto allo scopo di valutarne l'efficacia nel trattamento del dolore muscoloscheletrico acuto nel setting della MG.

Lo studio

A partire da tale scenario, la SIMG, in collaborazione con l'Università di Firenze, ha condotto uno studio con lo scopo di valutare l'effetto della combinazione fissa ibuprofene-paracetamolo, rispetto ad altri analgesici sistemici, in termini di persistenza del dolore muscoloscheletrico acuto valutata durante i primi 3 mesi di trattamento.

Utilizzando i dati contenuti nel database HS che raccoglie le informazioni di 800 MMG con dati validati su oltre 1 milione di assistiti, sono stati identificati e valutati tutti i pazienti trattati con analgesici per condizioni dolorose muscoloscheletriche acute (cioè, condizioni dolorose non croniche, identificate utilizzando una query validata da due MMG esperti).

Per ogni paziente, la prima prescrizione di analgesico è stata definita come la data di inizio dell'osservazione o data indice. Una successiva visita dal MMG legata a disturbi muscoloscheletrici nei primi 3 mesi successivi tale data è stata definita come indice di persistenza della sintomatologia dolorosa (outcome). Utilizzando tale approccio, è stato possibile stimare il rischio di persistenza del dolore tra i pazienti trattati con la combinazione fissa di ibuprofene-paracetamolo rispetto agli utilizzatori degli altri farmaci analgesici sistemici considerati nello studio.

Nel periodo compreso tra gennaio 2016 e giugno 2017, 102.216 pazienti sono stati trattati con farmaci analgesici sistemici per disturbi dolorosi muscolo-scheletrici acuti; tra questi 939 presentavano una prescrizione della combinazione fissa ibuprofene-paracetamolo.

Complessivamente, tali utilizzatori risultavano più giovani rispetto ai pazienti trattati con altri analgesici sistemici e **quest'ultimi erano maggiormente affetti da diabete, da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e osteoartrosi. Tuttavia, depressione, asma, malattie vascolari periferiche e cerebrovascolari risultavano più frequenti tra i pazienti trattati con la combinazione fissa ibuprofene-paracetamolo.**

Circa il 14% dei pazienti trattati con tale combinazione e più del 21% degli utilizzatori di altri analgesici presentavano una persistenza della

sintomatologia dolorosa. Utilizzando il modello di regressione di Cox, emergeva come i pazienti trattati con la combinazione fissa fossero caratterizzati da un minor rischio di persistenza del dolore rispetto ai trattati con altri analgesici sistemici.

Tali risultati sono stati confermati anche grazie alla realizzazione di tre differenti analisi di sensibilità. Difatti, i pazienti trattati con la combinazione fissa ibuprofene-paracetamolo presentavano un rischio di persistenza nettamente inferiore anche limitando la coorte agli utilizzatori incidenti di analgesici. Analogamente, riducendo il periodo di osservazione al primo mese di trattamento, rispetto ai 90 giorni dell'analisi principale, nonché escludendo 5515 utilizzatori di oppioidi si riscontravano risultati sovrapponibili a quelli ottenuti dall'analisi principale.



Il contributo di Health Search alla ricerca medico-scientifica

L'analisi descritta consente di mettere in luce quello che è l'effetto della combinazione fissa ibuprofene-paracetamolo sulla persistenza della sintomatologia dolorosa legata a condizioni muscoloscheletriche acute nel setting della MG italiana, fornendo, inoltre, un'evidenza scientifica solida derivante dalla reale pratica clinica.

È stato possibile condurre questo studio solo grazie alle peculiarità della fonte di dati impiegata; il database HS. Infatti, per ogni singolo individuo, tale database consente di collegare alle informazioni sulle prescrizioni e sulle diagnosi (entrambe appositamente codificate), la presenza di comorbidità ed eventuali dettagli clinici riportati.

Questa tipologia di dati rende il database HS unico a livello Nazionale e permette di poter valutare e confrontare l'efficacia di diversi trattamenti farmacologici prescritti per il trattamento di condizioni molto frequenti ed impattanti per il MMG.

Grazie alla presenza dell'indicazione d'uso associata alle prescrizioni, caratteristica unica del database HS, è possibile condurre uno studio come quello appena descritto, senza il rischio di incorrere in risultati fortemente spuri e ciò ne dimostra l'estrema utilità ai fini di fornire evidenze scientifiche utili alla pratica clinica del MMG.

Collaborazioni e Progetti Nazionali



CEIS Tor Vergata

www.ceistorvergata.it

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



IQVIA Italia

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

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



ISTAT

www.istat.it

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



Istituto Superiore di Sanità

www.iss.it

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



Ministero della Salute

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

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

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

OsMed (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali)



L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale OsMed.

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

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

OsMed (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali)



L'uso degli antibiotici in Italia. Rapporto Nazionale OsMed.

www.aifa.gov.it/l-uso-degli-antibiotici-in-italia-rapporto-nazionale-anno-2018

Il Rapporto "L'uso degli antibiotici in Italia" 2018 descrive l'andamento dei consumi e della spesa di questa classe di farmaci nell'uomo e consente di identificare le aree di potenziale inappropriata. Le analisi riguardano l'uso degli antibiotici in regime di assistenza convenzionata, con focus sui consumi nella popolazione pediatrica e sulle prescrizioni di fluorochinoloni in sottogruppi specifici di popolazione. Oltre all'analisi sull'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero, è stata inclusa anche quella sull'acquisto privato di antibiotici di fascia A e la valutazione degli indicatori di appropriatezza prescrittiva. Nel gruppo di lavoro comprendente oltre ad AIFA, anche l'ISS, l'ARSS dell'Emilia Romagna e SIMG la quale ha sviluppato tramite Health Search/IQVIA HEALTH LPD indicatori atti a determinare su base regionale il profilo di appropriatezza prescrittiva dei Medici di Medicina Generale.

Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane

www.osservasalute.it



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



EMIF - Platform (European Medical Information Framework)

www.emif.eu

La raccolta di informazioni cliniche informatizzate ha conosciuto un forte aumento negli ultimi anni e svariati centri europei hanno creato banche dati contenenti informazioni genetiche e biologiche dei singoli pazienti. Il progetto EMIF (European Medical Information Framework) si pone l'obiettivo di armonizzare informazioni differenti presenti sul territorio europeo, mediante una struttura integrata ed efficiente.



European Network of Centres for Pharmacoepidemiology and Pharmacovigilance

www.encepp.eu

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



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

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

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



The PHARMO Insitute

www.pharmo.nl

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



Health Search Dashboard

Health Search Dashboard

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

Panel Ricercatori HS
Popolazione impegnata per le analisi epidemiologiche

Epidemiologia
Patologie in carico alla Medicina Generale

Carico di Lavoro
Contatti con i propri assistiti e prestazioni erogate

Impatto della co-morbidità
Distribuzione delle principali patologie concomitanti

Carte del Rischio
Mappatura del rischio per patologia

Simulazione scenari di Salute Pubblica

Modelli HS di predizione
Scenari predittivi di patologia

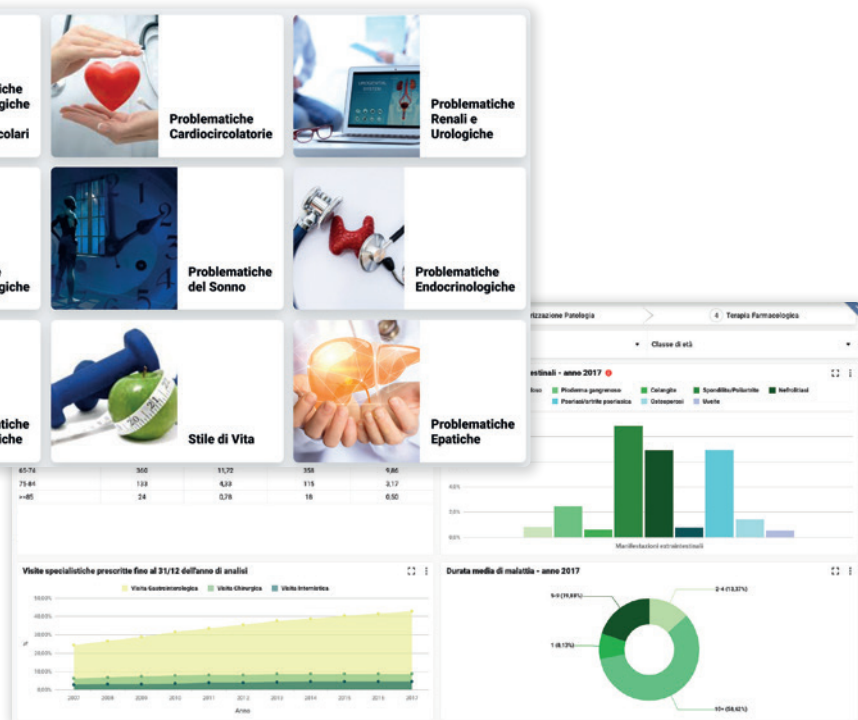
Richieste dei Ricercatori
Analisi ad hoc per pazienti

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

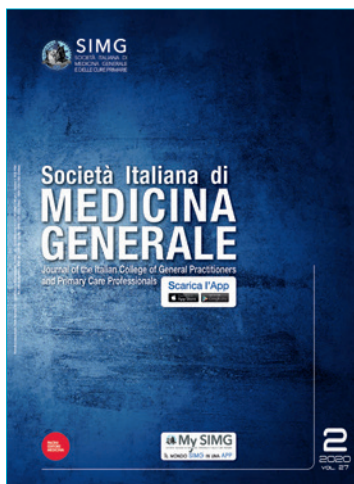
Valutazione del carico di lavoro in base ai contatti con gli assistiti e alle prestazioni erogate.



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



www.healthsearch.it/dashboard



Informativa Regolamentare

Ai sensi della legge 24 art 5,
– qualunque raccomandazione contenuta nelle comunicazioni/riviste/publicazioni/software prodotte o sviluppate da SIMG o con il suo contributo

e
– parimenti qualunque dichiarazione, opinione e parere scientifico o professionale di soci di SIMG effettuati (a titolo meramente esemplificativo) nel corso di Convegni, Advisory Boards, Commissioni, Congressi, eventi scientifici o ECM qualora non esplicitamente autorizzate e condivise da SIMG

non costituiscono una Linea Guida o buona pratica clinica approvata da SIMG, non coinvolgono la responsabilità giuridica di SIMG, ma esclusivamente quella degli estensori e degli autori.

I contenuti esplicitamente approvati da SIMG con riferimento al suo stato giuridico di Società Scientifica accreditata ex Legge 24/17, art 5 sono esclusivamente quelli contraddistinti e contrassegnati con il logo "Approvato da SIMG".

Istruzioni per gli Autori



<https://goo.gl/P5PNws>

La **Rivista della Società Italia di Medicina Generale e delle Cure Primarie** pubblica esclusivamente contributi focalizzati su temi inerenti la Medicina Generale.

Le richieste di pubblicazione devono essere indirizzate a:
rivista@simg.it.

Articoli

- Testo (esclusa bibliografia) entro i **12.000** caratteri spazi inclusi (secondo il conteggio fornito dalla funzione strumenti di Word). Estensioni maggiori vanno concordate con la Direzione che a sua discrezione potrà chiedere agli Autori una sintesi del testo.

In caso di invio di articoli scientifici originali è obbligatorio sottoporre l'articolo in lingua inglese.

- L'articolo dovrà comprendere un **riassunto** in lingua italiana **e possibilmente in lingua inglese** entro i 600 caratteri spazi inclusi.
- Vanno specificati: **titolo, autori, affiliazioni, indirizzo e-mail** per la corrispondenza

Casi Clinici

- Testo (esclusa eventuale bibliografia) entro i **5.000** caratteri

Iconografia

- Allegare le **didascalie** e **citare** le figure/tabelle nel testo e numerare progressivamente
- Inviare le immagini/tabelle in file separati dal testo
- Software e formato: testo in file Word (.doc o .docx); immagini preferibilmente in formato TIFF o EPS, risoluzione minima di 300 dpi e formato di 100 x 150 mm. Altri formati possibili: JPEG, PDF.
- Evitare immagini inserite direttamente nel file di Word

Bibliografia Essenziale

- Entro le **10 citazioni**, numerate in ordine progressivo nel testo ed elencate al termine del manoscritto.
- Devono essere riportati i **primi 3 Autori**, eventualmente seguiti da et al.

Esempi di corretta citazione bibliografica per:

articoli e riviste:

Schatzberg AF, Samson JA, Bloomingdale KL, et al. *Toward a biochemical classification of depressive disorders, X: urinary catecholamines, their metabolites, and D-type scores in subgroups of depressive disorders*. Arch Gen Psychiatry 1989;46:260-8.

libri:

Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins 1985.

capitoli di libri o atti di Congressi:

Cloninger CR. *Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Robins and Guze's method revisited*. In: Robins LN, Barret JE, editors. *The validity of psychiatric diagnosis*. New York: Raven Press 1989, pp. 74-85.