XI REPORT
HEALTH SEARCH

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

edizione 2018

"Health Search è la fedele immagine dell'evoluzione qualitativa della Medicina Generale Italiana. Grazie ai suoi ricercatori costituisce lo standard di riferimento della ricerca clinica della SIMG e delle cure primarie del nostro Paese."

Claudio Cricelli

20° Anniversario
1998 - 2018

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

© Copyright 2018 by S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)
Via del Sansovino, 179 – 50142 Firenze

Impaginazione e grafica:
Fabio Mazzoni

Finito di stampare nel mese di Novembre 2018

Versione digitale: una copia di questo report è disponibile all'indirizzo: https://report.healthsearch.it, sia in versione "dashboard" sia "sfogliabile" digitalmente.

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

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

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

(Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)

Presidente SIMG: Claudio Cricelli
Direttore della Ricerca: Francesco Lapi
Consulente scientifico: Ettore Marconi, Carlo Piccinni
Analisi Statistiche HS: Elisa Bianchini, Alessandro Pasqua, Serena Pecchioli, Monica Simonetti

Gruppo di lavoro del presente Rapporto

Coordinamento Scientifico: Francesco Lapi, Ettore Marconi, Carlo Piccinni.

Autori: Pier Lora Aprile, Elisa Bianchini, Ovidio Brignoli, Claudio Cricelli, Iacopo Cricelli, Francesco Lapi, Gerardo Medea, Alessandro Pasqua, Serena Pecchioli, Carlo Piccinni, Monica Simonetti.

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

IQVIA
IQVIA è un provider leader a livello globale nel fornire informazioni, tecnologie innovative e servizi di ricerca clinica, specializzato nell'utilizzo di dati e competenze scientifiche per aiutare i clienti a identificare le migliori soluzioni per i propri pazienti. Nata dalla fusione tra IMS Health e Quintiles, IQVIA offre un'ampia varietà di soluzioni che utilizzano gli elementi più innovativi in termini di informazioni, tecnologia, analytics e competenze per far progredire l'healthcare. IQVIA permette alle aziende di ripensare l'approccio alla ricerca clinica e alla commercializzazione, consentendo loro di innovarsi con maggiore sicurezza e accelerare l'identificazione di soluzioni efficaci. IQVIA è costituita da circa 55.000 dipendenti sparsi in più di 100 paesi, che condividono l'impegno di realizzare il potenziale della human data science. La capacità di analisi ed esecuzione di IQVIA permette alle aziende farmaceutiche, biotech e medical device, ai ricercatori medici, alle agenzie governative, ai payor e a tutti gli altri attori del mondo healthcare di ottenere una conoscenza più profonda delle aree terapeutiche, dei comportamenti umani e delle scoperte scientifiche allo scopo di portare avanti il cammino verso le cure. IQVIA è leader globale nella protezione dei dati individuali dei pazienti. L'azienda utilizza un ampio spettro di tecnologie e misure di controllo per migliorare il trattamento dei dati comuni, personali e sensibili, sempre in conformità ai regolamenti applicabili, permettendo al contempo di generare e analizzare quelle informazioni che consentono di far progredire il mondo della salute. Supporta SIMG garantendo le procedure di trasmissione, archiviazione e manutenzione dei dati afferenti al database HS ed è responsabile della gestione operativa e tecnica 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.

Introduzione

a cura del Presidente SIMG:
Claudio Cricelli

Già all'inizio degli anni '90 avevamo la consapevolezza che una grande quantità di dati si stesse accumulando negli archivi dei primi medici che usavano in maniera sistematica la cartella informatica della SIMG.

Millewin si stava diffondendo e aveva raggiunto nel 1995 quasi 1000 installazioni. Percepimmo allora l'opportunità di mettere mano ad una grande iniziativa che ci consentisse di trasformare i primi empirici tentativi di costruire un database della Medicina Generale in un fatto concreto.

Anni di tentativi, di viaggi, di scambi di esperienze e di confronti con chi in altri Paesi stava percorrendo la stessa strada nel Regno Unito, negli Stati Uniti, in Olanda. La consapevolezza che occorresse trovare, al di là delle enormi difficoltà tecniche, anche una sintonia di linguaggi attraverso classificazioni e codifiche allora come ancora oggi, largamente insufficienti ad esprimere la complessità della Medicina Generale.

Erano gli anni dell'innovazione anche in questo settore. La ICD-9 (ICD), International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death appena nata era rozza ed incapiente rispetto alle esigenze espressive della Medicina Generale. Nascevano allora modelli di classificazione più vicini alle esigenze della nostra professione, tenacemente avversati anche al nostro interno da chi non comprendeva l'esigenza di classificare e attribuire codici articolati e complessi alle osservazioni, ai nomi e alle complessità articolate della professione.

"To classify is to clarify" recitava un articolo del RCGP di quegli anni, dal caos alla chiarezza, "From Chaos to Clarity". Sembravano concetti assurdi per una parte arretrata di noi medici, inclusi alcuni di quelli che si occupavano di informatica medica anche al nostro interno.

Venivamo da un mondo in cui già l'uso della cartella informatica era un sacrilegio. Col tempo molti la accettavano per la semplicità della stampa delle ricette, ma continuavano ad adoperarla come una cartella cartacea, che la SIMG aveva peraltro ideato, stampato e diffuso sin dagli anni '70. Insistevano per annotare tutto in campo libero, con le parole e con terminologie disparate. Gli stessi nostri analisti hanno per anni avversato ed impedito che in Millewin si introducessero le codifiche estese.

Ma il numero delle nuove codifiche cresceva. Alcune in particolare tentarono con successo di classificare le "Reasons for encounters" - i motivi di consultazione.

The International Classification of Primary Care (ICPC) is a classification method for primary care encounters. It allows for the classification of the patient's reason for encounter (RFE), the problems/diagnosis managed, primary or general health care interventions, and the ordering of the data of the primary care session in an episode of care structure.

It was developed by the WONCA International Classification Committee (WICC), and was first published in 1987 by Oxford University Press (OUP). A revision and inclusion of criteria and definitions was published in 1998. The second revision was accepted within the World Health Organization's (WHO) Family of International Classifications.[1]

Nasceva allora anche la IC-Process-PC (International Classification of Process in Primary Care) una interclassificazione di procedure, processi, prescrizioni ed interventi operazionali della Medicina Generale.

La maggior parte di queste classificazioni ha dato luogo a codifiche astruse che, nel tentativo di far colloquiare tra loro elenchi di nomi di malattie, sintomi, procedure, farmaci, elenchi tabellari, producevano in realtà più confusione che chiarezza.

Poi negli anni '80, apparve James Read.

Un giovane medico di famiglia poco più che trentenne che a Loughborough nel Leicestershire, inventò una classificazione destinata a rivoluzionare definitivamente l'approccio alla intercodifica multidimensionale della Medicina Generale Inglese. Tale fu l'impatto della classificazione di Read, che essa nelle sue varie versioni fu acquisita onerosamente dal governo inglese (Crown copyright) che la mise poi a disposizione gratuitamente di tutti i medici inglesi. Essa consentì la costruzione del primo database storico della Medicina Generale del Regno Unito.

Andai a trovarlo nel suo studio e lo invitai a presentare la sua classificazione nel corso di un congresso di informatica medica che tenevamo tutti gli anni in Umbria.

...The scheme was structured similarly to ICD-9: each code was composed of four consecutive characters: first character 0-9, A-Z (excepting I and O), remaining three characters 0-9, A-Z/ a-z (excepting i,I,o and O) plus up to three trailing period '.' charactersthe relative position of one code to another was represented through the code itself: [J...] is the common ancestor of all other codes with 'J' as the first character, and [J1..] in turn the common ancestor of all codes beginning 'J1'.Because of its four character code structure, Read Codes version 1 was more commonly known as 4-Byte Read. The first release was in April 1986; the final official release of 4-Byte Read occurred in April 2009. Read version 3 (Clinical Terms Version 3 or 'CTV3'The classification was developed in a context of increasing demand for quality information on primary care as part of growing worldwide attention to global primary health care objectives, including the WHO's target of "health for all".

Oggi il processo di integrazione delle classificazioni della Medicina Generale è evoluto sino alla SNOMED CT. Un vocabolario clinico strutturato e specificamente destinato all'uso nelle cartelle elettroniche della Medicina Generale.

SNOMED CT rappresenta il più completo ed esaustivo insieme di terminologia medica prodotta al mondo destinato a divenire lo standard da applicare a tutti i database attualmente esistenti.

In questo contesto, venuto ormai a maturazione nel 1998, nacque a Firenze "Health Search".

Nacque già adulto, grazie ad una scuola di formazione per ricercatori che ha formato nel tempo più di 1500 medici della SIMG che da venti anni raccolgono ogni singolo elemento della pratica medica quotidiana e lo inviano giorno dopo giorno, in forma totalmente anonima come vuole la legge, ai server di Health Search.

Health Search è divenuto in venti anni uno strumento di generazione di conoscenze scientifiche così evoluto da essere considerato uno dei più potenti, completi e sofisticati database di ricerca in Medicina Generale del mondo.

La produzione scientifica di Health Search è sterminata. La credibilità dei suoi dati è ormai verificata da innumerevoli validazioni incrociate.

Health Search è divenuto dal 2005 il Centro di Ricerca della SIMG che lo detiene. La facoltà di Economia dell'Università di Tor Vergata ne utilizza un set parallelo. Osmed per molti anni ha utilizzato Health Search per dare un denominatore che spieghi per quale ragione si impiegano i farmaci, chiarendo che le quantità prescritte non dicono nulla sulla motivazione clinica dell'uso delle medicine e soprattutto degli outcome clinici. Health Search contribuisce al rapporto Osservasalute. ISTAT ne utilizzerà presto le risorse.

Health Search compie oggi venti anni. Inizia un nuovo ciclo della sua vita, che sarà strettamente legato alla imprescindibile esigenza di far evolvere le cartelle cliniche destinate a divenire da semplici strumenti di registrazione a strumenti complessi di applicazione delle linee guida, di supporto ai processi clinici ed alla misurazione degli outcome.

Health Search è il punto di riferimento dell'evoluzione della Medicina Generale del nostro Paese che grazie ad esso è diventata disciplina clinica e di ricerca.

Health Search è la fedele immagine dell'evoluzione qualitativa di tutta la professione della Medicina Generale Italiana.

Grazie ai suoi ricercatori costituisce lo standard di riferimento della ricerca clinica della SIMG e delle cure primarie del nostro Paese.

Claudio Cricelli

Bibliografia

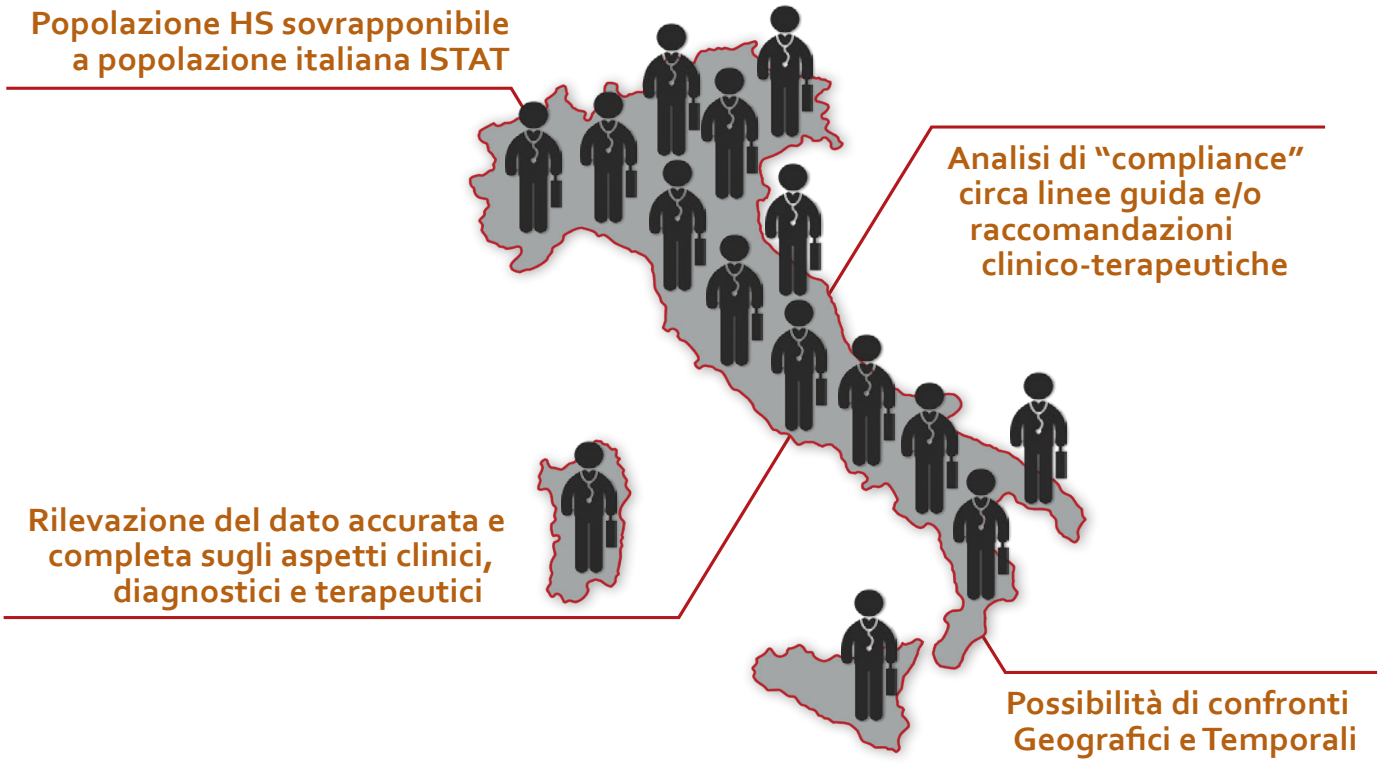
- Benson, Tim. "The history of the Read codes: the inaugural James Read Memorial Lecture 2011." (*PDF link*) Informatics in primary care 19.3 (2011): 173-182.
- Bentley T., Price C., Brown P. (13–15 September 1996). "Structural and lexical features of successive versions of the Read Codes". The Proceedings of the 1996 Annual Conference of The Primary Health Care Specialist Group of the British Computer Society. Archived from the original on 29 August 2010. Retrieved 2010-04-17.
- "Frequently Asked Questions about Clinical Terms (The Read Codes)". NHS Connecting for Health. Retrieved 2010-04-17.
- "SNOMED CT Implementation in Primary Care". NHS Digital. Retrieved 1 October 2017.
- "SNOMED CT". NHS Digital. Retrieved 1 October 2017.
- "Information Standards Notice – Deprecation" (PDF). Standardisation Committee for Care Information. Retrieved 15 May 2015.
- "Deprecation of Read Version 2 and Clinical Terms Version 3". Health & Social Care Information Centre. Retrieved 15 May 2015.
- NHS Digital. Retrieved 1 October 2017.

IL NETWORK

I medici e la popolazione in studio

863 MEDICI RICERCATORI

800 RICERCATORI VALIDATI



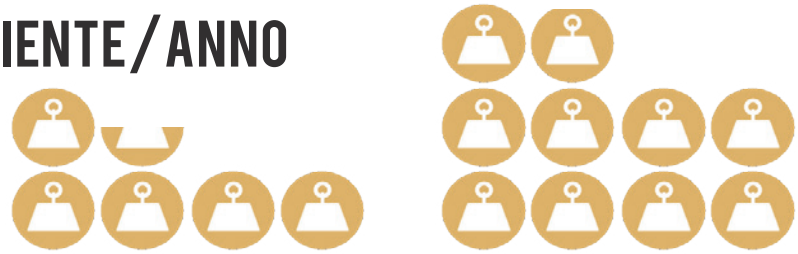
STUDI EPIDEMIOLOGICI PUBBLICATI SU RIVISTE SCIENTIFICHE NAZIONALI ED INTERNAZIONALI

Società Italiana di MEDICINA GENERALE · Gastroenterology · IJC International Journal of Cancer · Circulation · atherosclerosis · Endocrine · International Journal of CARDIOLOGY

IL CARICO DI LAVORO

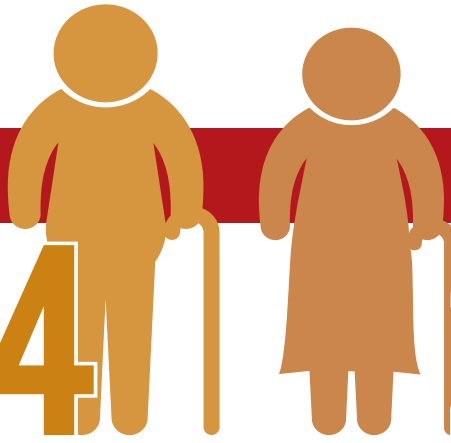
Contatti con i propri assistiti e prestazioni erogate

AUMENTO
CONTATTI/PAZIENTE/ANNO



5,5 — 2006 → 2016 — 9,9

2016
CONTATTI/PAZIENTE/ANNO
PER **ULTRA 85ENNI**



24 — 22

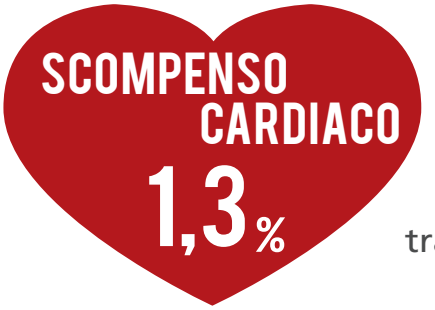
PATOLOGIE CON MAGGIOR NUMERO DI CONTATTI

- IPERTENSIONE — 20%
- DIABETE MELLITO TIPO 2 — 6,9%
- DISLIPIDEMIA — 5,2%
- MALATTIE ISCHEMICHE — 4,5%

LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO

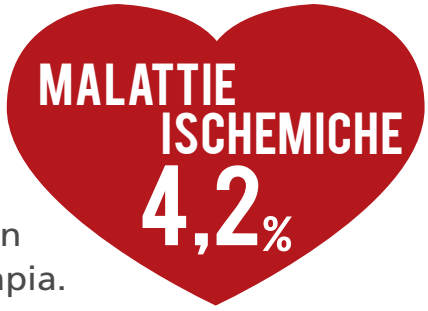
Prevalenza di malattia e modalità di impiego dei farmaci

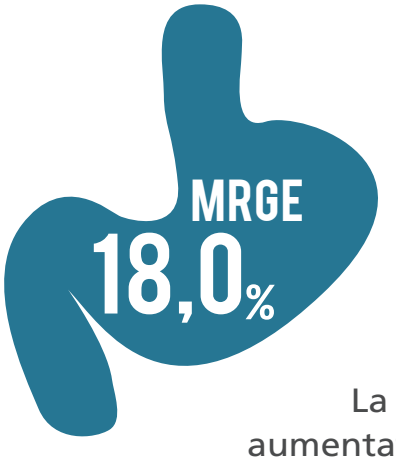
Tra i pazienti con Ipertensione (28,1%) nel 2016, l'impiego dei sartani e beta bloccanti continua ad essere in crescita a discapito delle altre classi di farmaci che rimangono stabili o in leggera diminuzione.



Si osserva un lieve aumento della prevalenza di malattia dal 2006 (0,9%) al 2016 (1,3%). Le terapie con beta bloccanti e sartani risultano in aumento mentre si riducono i trattamenti con ACE inibitori e glicosidi cardiaci.

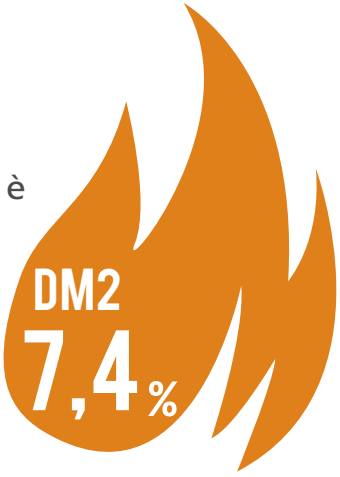
La prevalenza delle malattie ischemiche del cuore presenta una lieve aumento nel corso degli ultimi 10 anni (3,4% nel 2006, 4,2% nel 2016). Aumentano i pazienti in trattamento farmacologico per tutte le categorie di farmaci in particolare i pazienti in politerapia.





La prevalenza di MRGE è in forte crescita: dal 6,2% del 2006 al 18,0% del 2016.

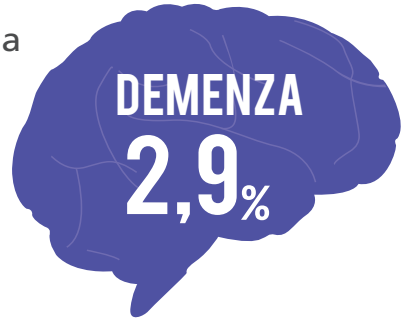
La prevalenza di Diabete Mellito di tipo 2 è aumentata dal 5,5% del 2006 al 7,4% del 2016, con un costante incremento dell'impiego dei farmaci ipoglicemizzanti.



LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO

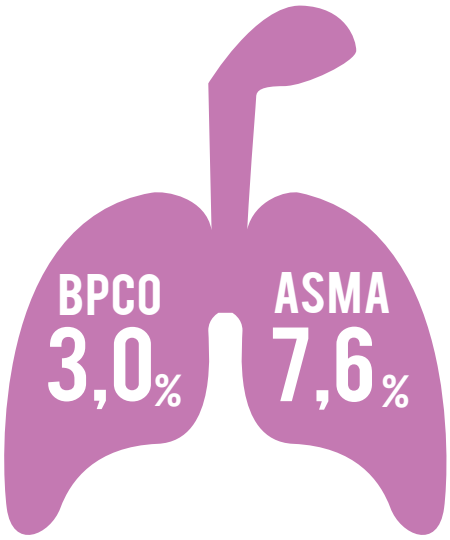
Prevalenza di malattia e modalità di impiego dei farmaci

La prevalenza di Demenza è in continua crescita: dall'1,2% del 2006 al 2,9% del 2016, con valori che arrivano a 23,4% tra le donne ultra 85enni e a 17,9% tra gli uomini ultra 85enni.



Nel trattamento della Depressione (5,8%), risultano in calo SSRI e triciclici, mentre sono in aumento gli SNRI.

La BPCO (3,0%) interessa maggiormente gli uomini ultra 85enni (17,7%), mentre l'Asma (7,6%) i giovani adulti tra i 15 e i 24 anni (10,6% maschi e 7,5% femmine).



L'Osteoartrosi (17,1%), negli ultra 85enni (57,1% donne e 45,0% uomini) è trattata sempre di più con corticosteroidi, paracetamolo e oppiodi, si riduce invece il trattatamento con FANS.

INDICE

INFOGRAFICA.....10
1. **PREFAZIONE**.....14
2. **ORGANIZZAZIONE DEL REPORT**.....15
3. **IL NETWORK DEI MMG**.....16
   3.1 MMG attivi e qualità del dato.....16
   3.2 Popolazione di pazienti dei MMG validati.....16
4. **IL CARICO DI LAVORO**.....17
   4.1 I contatti con gli assistiti.....17
   4.2 Le prestazioni erogate.....18
5. **LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO SOCIALE**.....19
6. **LE RICERCHE DEI MMG RICERCATORI HS (2017-2018)**.....49

1. PREFAZIONE

Il Report Health Search anche quest'anno **si presenta in due formati: il classico report statico e la versione dinamica web-based**. Questa pluralità ha lo scopo di raggiungere il maggior numero di fruitori di questo strumento: dai Medici di Medicina Generale (MMG) agli epidemiologi, dagli amministratori sanitari ai ricercatori. Infatti, **il Report Health Search consente di scattare una fotografia nitida e obiettiva della Medicina Generale Italiana, scegliendo il punto di osservazione più adeguato alle proprie necessità**; ad esempio selezionando i dati di una o più regioni, oppure individuando il lasso temporale da monitorare o, ancora, specifici gruppi di pazienti.

Le informazioni presenti nelle diverse sezioni del report forniscono **un'analisi sistematica delle diverse sfaccettature dell'operato dei MMG**: dal carico di lavoro, alla prevalenza e management delle patologie a maggior impatto sociale, fino all'attività di ricerca riguardante le tematiche a maggior interesse clinico e scientifico. **Questo documento presenta una sintesi delle principali evidenze emerse dalle analisi realizzate sui dati disponibili dal 2006 al 2016**, al fine di favorire una più ampia diffusione dei contenuti di questo strumento.

2. ORGANIZZAZIONE DEL REPORT

Il report è organizzato in diverse sezioni che descrivono il lavoro del MMG nella sua totalità e complessità.
La prima sezione fornisce informazioni sul **network dei MMG Health Search** che costituiscono il pilastro portante del Report stesso.
La seconda sezione descrive **il carico di lavoro in Medicina Generale**. Il nucleo centrale del Report è costituito dalla terza sezione in cui si presenta nel dettaglio **l'epidemiologia delle patologie a maggior impatto sociale e in carico alla Medicina Generale**: patologie croniche e tumori che incidono sull'operato dei MMG. Il quadro epidemiologico presentato all'interno del Report è di estremo valore scientifico, come dimostrato dalle numerose collaborazioni nazionali e internazionali e dagli studi pubblicati nella letteratura scientifica internazionale. In questa sezione il Report, oltre a fornire il quadro epidemiologico di diverse patologie, restituisce informazioni sul **management terapeutico di tali patologie**, descrivendo le scelte prescrittive dei MMG, in termini di molecola e di impiego dei farmaci generici.
Un'ultima sezione del Report descrive le più recenti **ricerche condotte proprio dai MMG ricercatori Health Search** che, più di chiunque altro, sono in grado di individuare le problematiche cliniche e terapeutiche di maggior interesse e con un elevato impatto sul Sistema Sanitario Nazionale.

Per le analisi contenute in questo Report sono stati selezionati i pazienti attivi (vivi e non revocati) dal 1 Gennaio 2006 al 31 Dicembre 2016.

3. IL NETWORK DEI MMG

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

3.1 MMG ATTIVI E QUALITÀ DEL DATO

Il coinvolgimento dei MMG ricercatori nel progetto Health Search si può dividere in due fasi ben distinte: (i) dal 2001 al 2003, in cui il numero dei MMG partecipanti è aumentato da 660 a 684 e (ii) dal 2004 al 2014, in cui, dopo una flessione del numero dei MMG partecipanti, si è registrata una crescita fino a raggiungere **863 MMG nel 2016**.

I dati raccolti da questi MMH sono continuamente sottoposti a un processo di validazione, al fine di garantire una numerosità campionaria e un'affidabilità sufficiente per condurre studi epidemiologici. Tale processo prevede sia la verifica della sovrapponibilità tra la popolazione contenuta nel database con quella generale descritta dall'ISTAT, sia il calcolo di un indice complessivo di qualità della registrazione. Sul totale degli 863 MMG partecipanti alla fine del 2016 ne **sono stati validati 800**, ovvero coloro che assicuravano un dato affidabile e rappresentativo della regione di appartenenza. Negli anni di attività di Health Search, **il numero dei medici validati è aumentato progressivamente da 290 del 2003 all'attuale 800**.

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

3.2 POPOLAZIONE DI PAZIENTI DEI MMG VALIDATI

La popolazione di soggetti adulti, in carico agli 800 MMG "validati", è pari a **1.065.065 pazienti**. Confrontando la distribuzione regionale della popolazione Health Search con la popolazione residente in Italia al 01/01/2016 rilevata dall'ISTAT, emerge una sostanziale sovrapposizione tra le due popolazioni. Leggere differenze sono riscontrate solo per Lazio, Emilia Romagna e Veneto che risultano leggermente sottorappresentate in Health Search. Al contrario, nel Friuli Venezia Giulia il numero dei pazienti inclusi nel database risulta essere superiore al necessario, probabilmente a seguito dell'ampia partecipazione da parte dei MMG a progetti specifici promossi dalla SIMG e da Health Search.

La distribuzione per sesso e fasce d'età della popolazione Health Search risulta **sovrapponibile alla popolazione generale stimata dall'ISTAT**, con un rapporto femmine:maschi che aumenta al crescere dell'età, fino a raggiungere 2:1 tra gli ultra 85enni (2,8% di donne vs. 1,4% di uomini).

4. IL CARICO DI LAVORO

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

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

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

4.1 I CONTATTI CON GLI ASSISTITI

In tutti gli anni osservati si nota **un graduale e costante incremento del carico di lavoro, con un raddoppio tra il 2006 e il 2016** (da 5,5 contatti/paziente/anno nel 2006 a 9,9 contatti/paziente/anno nel 2016). Questo andamento è comune sia tra i pazienti di sesso femminile (da 6,2 contatti/paziente/anno nel 2006 a 10,9 contatti/paziente/anno nel 2016), sia per quelli di sesso maschile (da 4,9 contatti/paziente/anno nel 2006 a 8,9 contatti/paziente/anno nel 2016).
In tutti gli anni considerati (2006-2016) **la maggior parte dei contatti medico-paziente è rappresentata dalle visite di tipo "ambulatoriale" seguite dalla "richiesta di farmaci e prestazioni"**. Il peso delle visite ambulatoriali sul totale dei contatti medico-pazienti è diminuito progressivamente negli ultimi anni, andando dal 74% del 2011 al 54% del 2016.

A questo andamento si contrappone **la quota di contatti per effettuare una richiesta di farmaci e prestazioni, che è aumentata considerevolmente dal 17% del 2011 al 37% del 2016**. Infine, le visite domiciliari, così come le telefonate al paziente o altri tipi di prestazioni (es. consultazione cartelle cliniche) rappresentano una percentuale più bassa del carico di lavoro complessivo del MMG in tutti gli anni considerati.

Il numero medio di contatti annuali registrati nel 2016, stratificato per fasce di età e sesso, **cresce all'aumentare dell'età dei pazienti in entrambi i sessi**, fino a raggiungere 23,9 contatti/paziente/anno per gli uomini ultra 85enni e 22,4 contatti/paziente/anno per le donne della stessa fascia d'età. Inoltre, mentre il numero di contatti/paziente/anno delle donne è superiore a quello degli uomini nelle fasce d'età più giovani, dopo i 74 anni si osserva un'inversione, con gli uomini che fanno registrare un maggior numero di contatti rispetto alle donne.

L'analisi per area geografica indica **un numero di contatti maggiori per i MMG che operano nel Centro-Sud** (in particolare, Umbria e Puglia per l'anno 2016).

4.2 LE PRESTAZIONI EROGATE

La distribuzione del carico di lavoro in funzione della tipologia di prestazioni erogata rimane costante in tutto il periodo considerato (2006-2016). Nel 2016 le richieste di prescrizioni farmaceutiche rappresentano il 63% dei contatti, seguite dalle richieste di indagini diagnostico-strumentali e di laboratorio (25%) e dalle richieste di visite specialistiche (12%).

Tra le **patologie che hanno generato il maggior numero di contatti, l'ipertensione non complicata** è quella maggiormente rappresentata (20,0% dei contatti totali nel 2016), seguita dal **diabete mellito di tipo II** (6,9%), dalla **dislipidemia** (5,2%) e dalla **malattie ischemiche**(4,5%).

5. LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO SOCIALE

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

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

PER OGNI PATOLOGIA SONO STATE ANALIZZATE:

Prevalenza "lifetime" di patologia standardizzata per fasce d'età e stratificata per sesso dal 2006 al 2016. Essa misura la proporzione cumulativa di individui di una popolazione che, entro la fine di un dato periodo di osservazione, ha avuto una diagnosi di patologia.

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

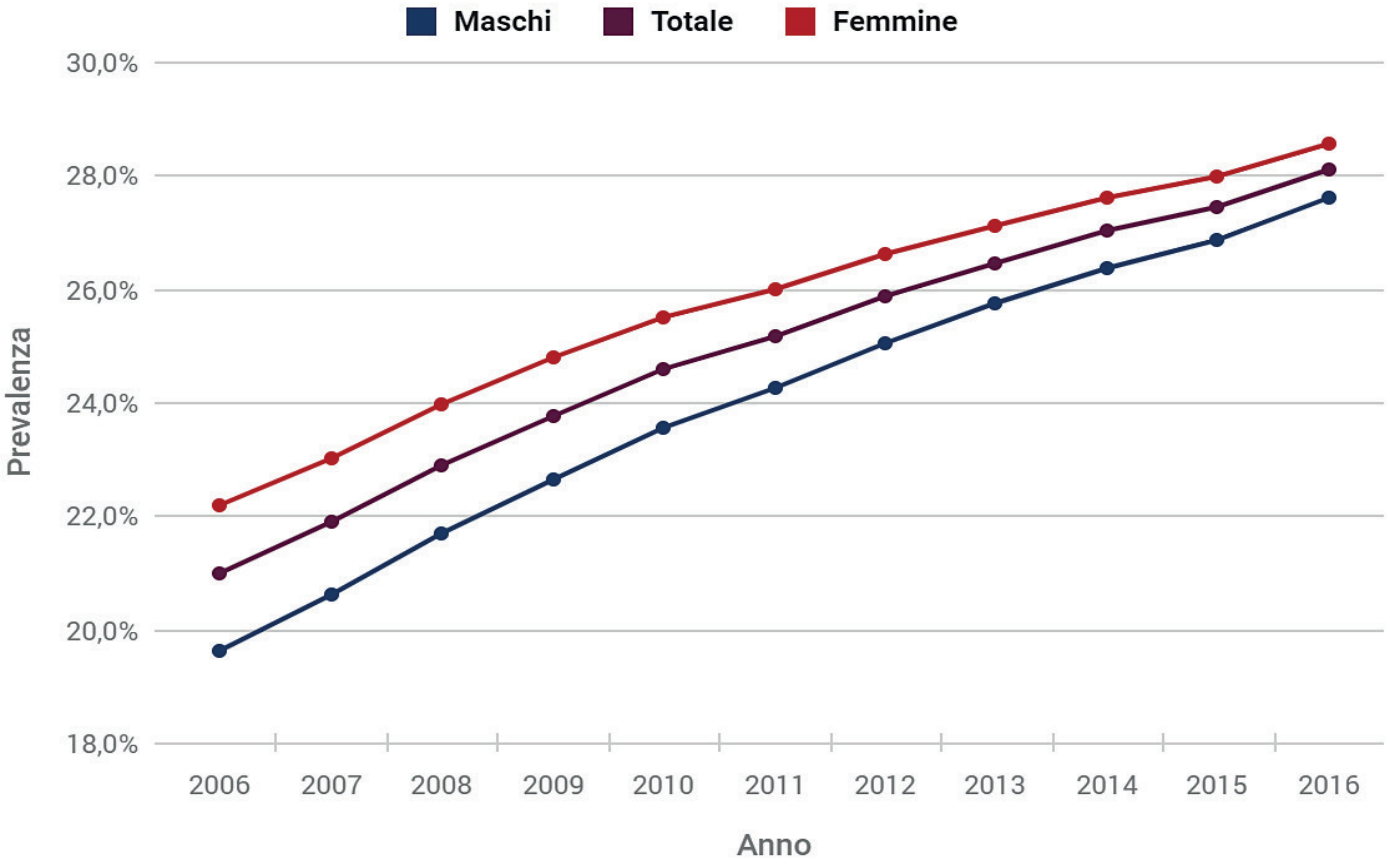
Quota di prescrizione del generico calcolata come % delle DDD prescritte ai pazienti affetti da una data patologia, distinguendo tra prescrizione del farmaco generico (intesa anche come prescrizione del solo principio attivo) e quella del farmaco branded.

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

IPERTENSIONE ARTERIOSA

Prevalenza (2016)	28,1%
Trend 2006 - 2016	Crescente: dal 21,0% nel 2006 al 28,1% nel 2016.
Differenze geografiche	Maggiore prevalenza in alcune regioni del Sud, in particolare Campania (30,8%), Calabria (30,1%) e Sicilia (29,6%), nonché in alcune del Nord, come Liguria (29,9%) ed Emilia Romagna (29,3%).
Differenze di genere	Maggiore prevalenza nelle donne rispetto agli uomini (28,5% vs. 27,6%).
Differenze di età	Relazione positiva tra aumento dell'età e aumento della prevalenza, con il picco nella fascia degli ultra 85enni sia per le donne (70,3%), sia per gli uomini (66,7%).
Prevalenza uso farmaci	Trend in crescita dal 2006 al 2016 per sartani e beta bloccanti, mentre le altre classi di farmaci presentano una leggera diminuzione. Gli ACE inibitori rappresentano la classe di farmaci maggiormente prescritta (36,1%), seguiti da beta bloccanti (32,2%) e da sartani (31,7%). Le classi meno prescritte, invece, sono risultate i calcio antagonisti (20,8%), i diuretici (18,2%) e gli alfa bloccanti (5,4%).
Quota generici	Quota di generici in crescita per tutte le classi di farmaci. Nel 2016 essa era pari al 32,2% per i beta bloccanti, al 26,9% per gli ACE Inibitori, al 20,8% per i calcio antagonisti, al 19,6% per gli alfa bloccanti, al 13,2% per i diuretici e al 13,0% per i sartani.

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI IPERTENSIONE ARTERIOSA: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



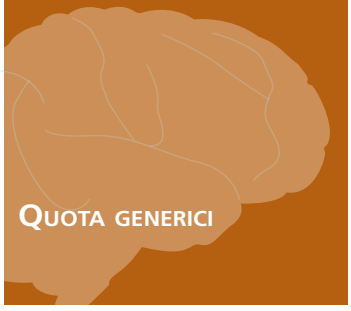
PREVALENZA D'USO DI FARMACI ANTIPERTENSIVI

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

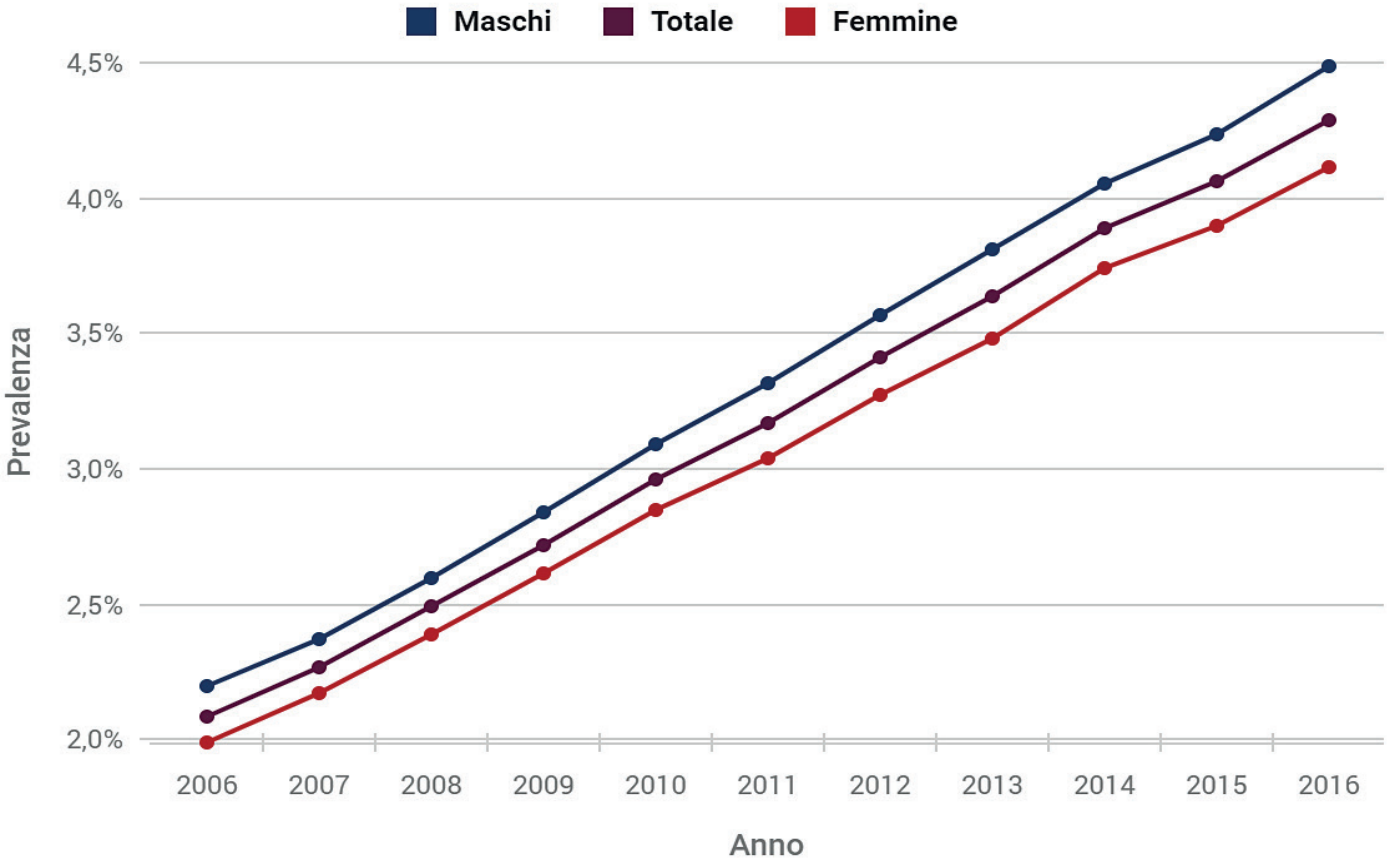
Anno	ACEI	% Gen.ci	BETA	% Gen.ci	SAR	% Gen.ci	CAA	% Gen.ci	DIUR	% Gen.ci	Alfa	% Gen.ci
2016	36,12	26,94	32,24	29,32	31,76	12,99	20,84	21,06	18,25	13,22	5,36	19,57
2015	35,67	26,30	31,15	28,91	31,74	11,72	20,97	19,94	18,27	13,08	5,39	19,02
2014	36,62	24,84	30,90	28,24	32,15	10,61	21,75	17,51	18,77	12,85	5,55	18,15
2013	37,20	23,88	30,10	27,37	32,28	9,05	22,19	16,43	18,68	12,78	5,67	16,16
2012	37,36	21,96	29,19	26,59	32,47	7,11	22,65	15,15	18,69	13,36	5,81	16,69
2011	38,15	19,68	28,58	24,86	32,22	3,48	23,91	11,91	18,94	12,43	6,09	15,50
2010	38,74	17,30	27,94	23,51	31,92	1,75	24,70	9,24	19,54	11,42	6,32	14,29
2009	39,53	13,12	27,12	21,00	30,69	0,00	24,97	7,35	19,72	11,07	6,49	12,28
2008	40,01	8,40	26,20	20,88	29,26	0,00	25,07	6,21	19,80	11,01	6,63	9,92
2007	40,06	3,99	25,16	21,85	27,73	0,00	24,87	3,67	20,13	10,77	6,96	4,77
2006	40,67	2,71	24,86	22,13	27,22	0,00	25,80	3,78	20,92	9,36	7,43	0,00

ICTUS ISCHEMICO

Prevalenza (2016)	4,3%
Trend 2006 - 2016	In netta crescita, andando dal 2,1% nel 2006 al 4,3% nel 2016.
Differenze geografiche	Alcune regioni del Centro Nord presentano stime più alte di ictus ischemico, in particolare la Valle d'Aosta (10,7%), l'Emilia Romagna (5,9%), il Veneto (5,5%), la Liguria (4,9%) e il Trentino Alto Adige (4,7%).
Differenze di genere	Il sesso maschile presenta stime di prevalenza superiori al sesso femminile (4,5% vs. 4,1%).
Differenze di età	Aumento della prevalenza all'aumentare dell'età, raggiungendo il massimo negli ultra 85enni, sia tra gli uomini (22,7%), che tra le donne (17,7%).
Prevalenza uso farmaci	Sostanziale stabilità per i farmaci antipertensivi e antitrombotici, con valori superiori al 75% sul totale dei soggetti con diagnosi di ictus. Tra il 2006 e il 2016 si è osservato, inoltre, un aumento nell'uso della politerapia (28,3% nel 2006 vs. 41,8% nel 2016). Tale andamento è da imputare principalmente all'uso crescente di ipolipidemizzanti (35,1% nel 2006 vs. 54,6% nel 2016).
Quota generici	Quota di generici in crescita per tutte le classi di farmaci. Nel 2016 questa era pari al 36,6% per ali antipertensivi, al 28,6% per gli ipolipidemizzanti e all'11,6% per gli antitrombotici.



PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI ICTUS ISCHEMICO: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



PREVALENZA D'USO DI FARMACI

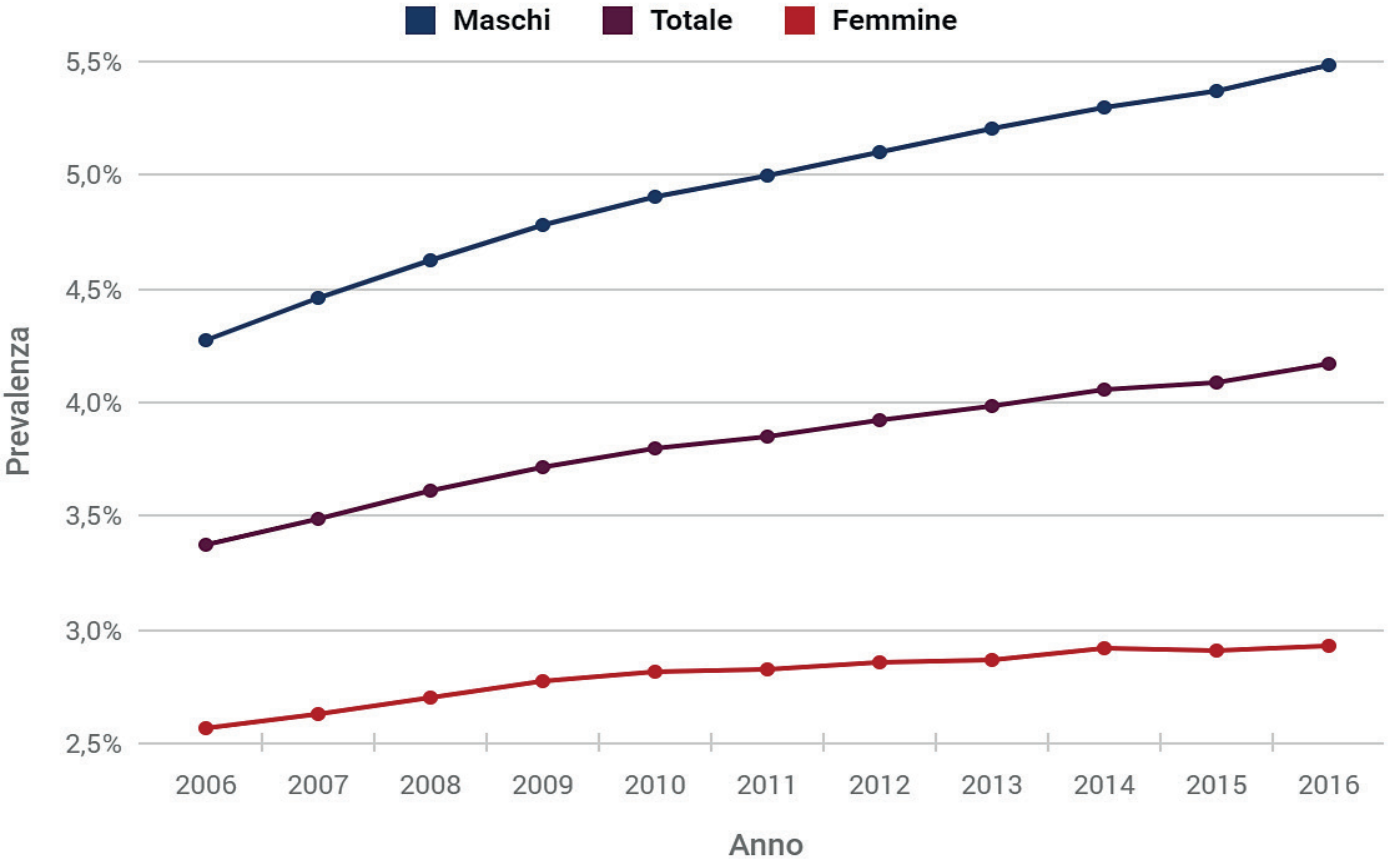
POLI: Politerapia; AIPER: Antipertensivi; IPO: Ipolipidemizzanti; ATRO: Antitrombotici

Anno	POLI	AIPER	% Gen.ci	ATRO	% Gen.ci	IPO	% Gen.ci
2016	41,77	77,80	36,57	73,39	11,56	54,60	28,58
2015	41,34	77,21	35,34	73,04	11,05	53,58	27,40
2014	41,62	77,89	33,51	74,72	10,65	53,40	21,08
2013	41,62	77,96	32,04	75,38	9,86	53,00	15,74
2012	40,27	77,61	30,27	75,16	9,99	51,40	14,17
2011	39,44	77,81	27,11	75,63	10,28	50,15	11,32
2010	38,06	77,52	24,66	75,96	10,41	47,76	10,13
2009	36,32	77,09	21,12	76,17	10,76	45,23	9,23
2008	33,86	76,14	18,31	75,71	11,08	41,76	7,21
2007	30,38	74,49	15,40	74,27	11,14	37,76	3,88
2006	28,31	74,63	13,95	74,64	11,56	35,07	0,30

MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE

Prevalenza (2016)	4,2%
Trend 2006 - 2016	Leggera crescita: dal 3,4% del 2006 al 4,2% del 2016.
Differenze geografiche	Presenti differenze tra le diverse regioni, con valori più elevati in Campania (6,1%), Sicilia (4,9%),Emilia Romagna (4,5%), Calabria (4,5%) e Lazio (4,2%).
Differenze di genere	Valori molto più elevati nei maschi rispetto alle femmine (5,5% vs. 2,9%).
Differenze di età	Incremento della prevalenza all'aumentare dell'età, sia per i maschi sia per le femmine. Il picco di prevalenza si registra tra gli ultra 85enni sia uomini (22,7%) che donne (17,7%).
Prevalenza uso farmaci	Leggero aumento tra il 2006 e il 2016 per antipertensivi (dall'83,2% all'85,6%) e per antitrombotici (dal 75,1% al 78,0%). Un aumento più marcato si riscontra, invece, nell'uso di ipolipidemizzanti che variano dal 52,0% del 2006 al 67,5% del 2016, con conseguente aumento della politerapia che aumenta dal 45,5% nel 2006 al 59,6% nel 2016.
Quota generici	Nel 2016 la quota dei generici era pari al 37,8% per gli antipertensivi, al 20,0% per gli ipolipidemizzanti e al 9,7% per gli antitrombotici.

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



PREVALENZA D'USO DI FARMACI

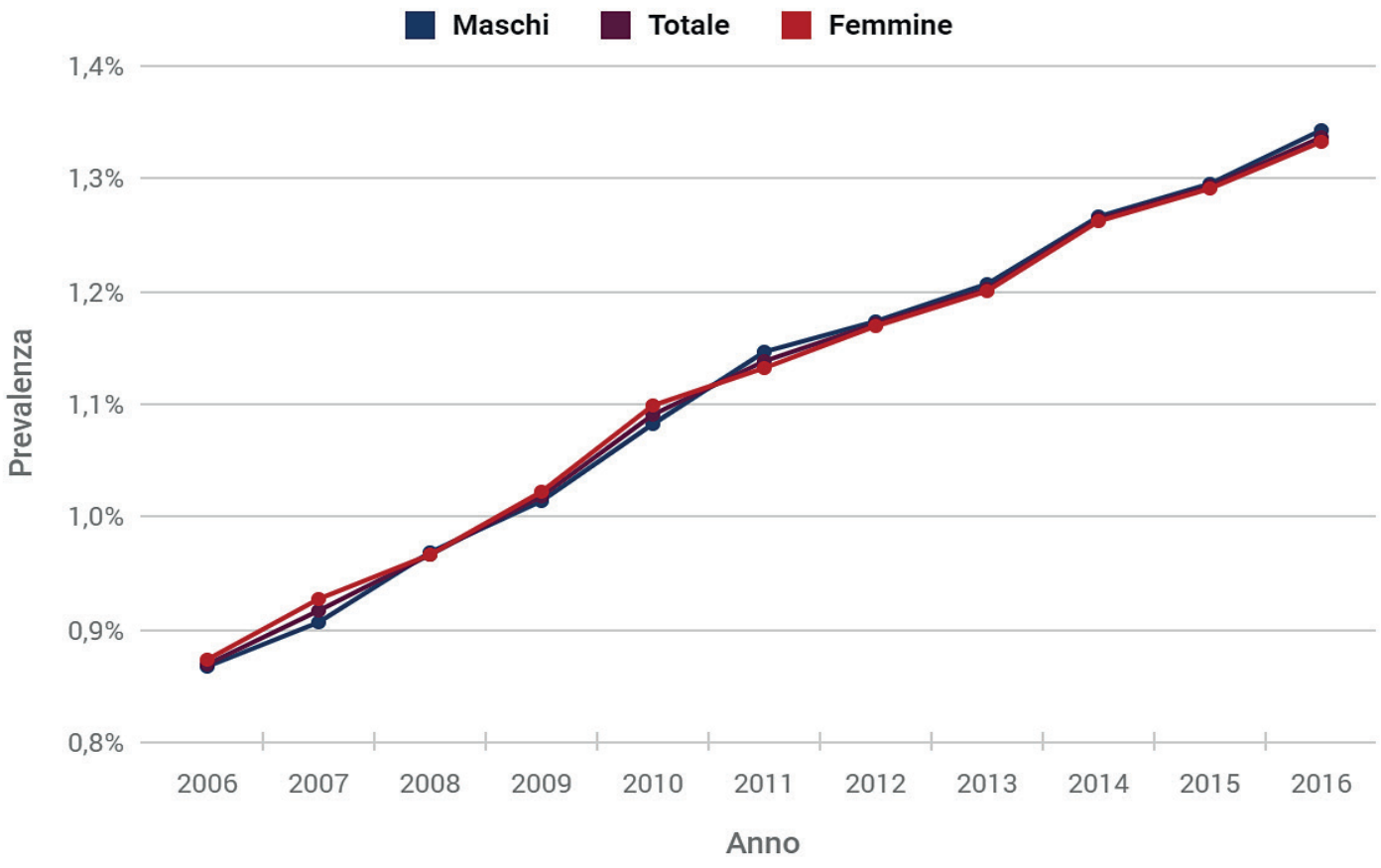
POLI: Politerapia; AIPER: Antipertensivi; IPO: Ipolipidemizzanti; ATRO: Antitrombotici

Anno	POLI	AIPER	% Gen.ci	ATRO	% Gen.ci	IPO	% Gen.ci
2016	59,59	85,59	37,83	78,03	9,69	67,46	20,00
2015	58,15	84,66	36,82	76,80	8,99	66,11	18,96
2014	58,40	85,61	35,76	77,82	8,75	66,12	14,80
2013	58,20	85,28	34,35	77,66	7,71	65,94	10,78
2012	57,23	84,96	33,08	77,11	7,77	65,11	9,41
2011	55,85	85,17	30,18	77,09	7,47	63,85	7,36
2010	54,96	85,05	27,91	77,65	7,20	62,13	6,99
2009	53,27	84,73	25,08	77,41	7,46	60,16	6,59
2008	51,01	84,14	22,91	76,82	7,65	57,41	5,48
2007	47,57	82,47	21,26	75,07	7,95	53,84	3,18
2006	45,51	83,19	20,10	75,12	7,91	52,02	0,24

SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO

Prevalenza (2016)	1,3%
Trend 2006 - 2016	Lievemente in crescita: da 0,9% del 2006 all'1,3% del 2016.
Differenze geografiche	Valori più elevati in diverse regioni del Nord, in particolare, Emilia Romagna e Toscana (1,7% ciascuna), Friuli Venezia Giulia e Liguria (1,6% ciascuna).
Differenze di genere	Stime analoghe sia negli uomini sia nelle donne.
Differenze di età	La prevalenza aumenta notevolmente all'aumentare dell'età per entrambi i generi: tra i 75-84enni (5,7% tra i maschi vs. 4,5% tra le femmine), e tra gli ultra 85enni (12,4% tra i maschi vs. 10,9% tra le femmine).
Prevalenza uso farmaci	Tra il 2006 e il 2016 diuretici, beta bloccanti e sartani sono risultati in crescita, mentre glicosidi e ACE inibitori in costante calo. La classe di farmaci maggiormente impiegata è stata quella dei diuretici (71,7%), seguiti dai beta bloccanti (60,8%), dagli ACE inibitori (40,3%). Sartani e glicosidi, invece, vengono prescritti a una quota minore di pazienti: rispettivamente al 27,6% e 14,0% dei pazienti.
Quota generici	La quota di generici nel 2016 è stata del 37,2% per i beta bloccanti, seguita dal 31,1% per gli ACE inibitori, dal 20,0% per i diuretici e dal 18,0% per i sartani. Mentre, per i glicosidi cardiaci non sono disponibili farmaci generici.

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



PREVALENZA D'USO DI FARMACI CARDIOVASCOLARI

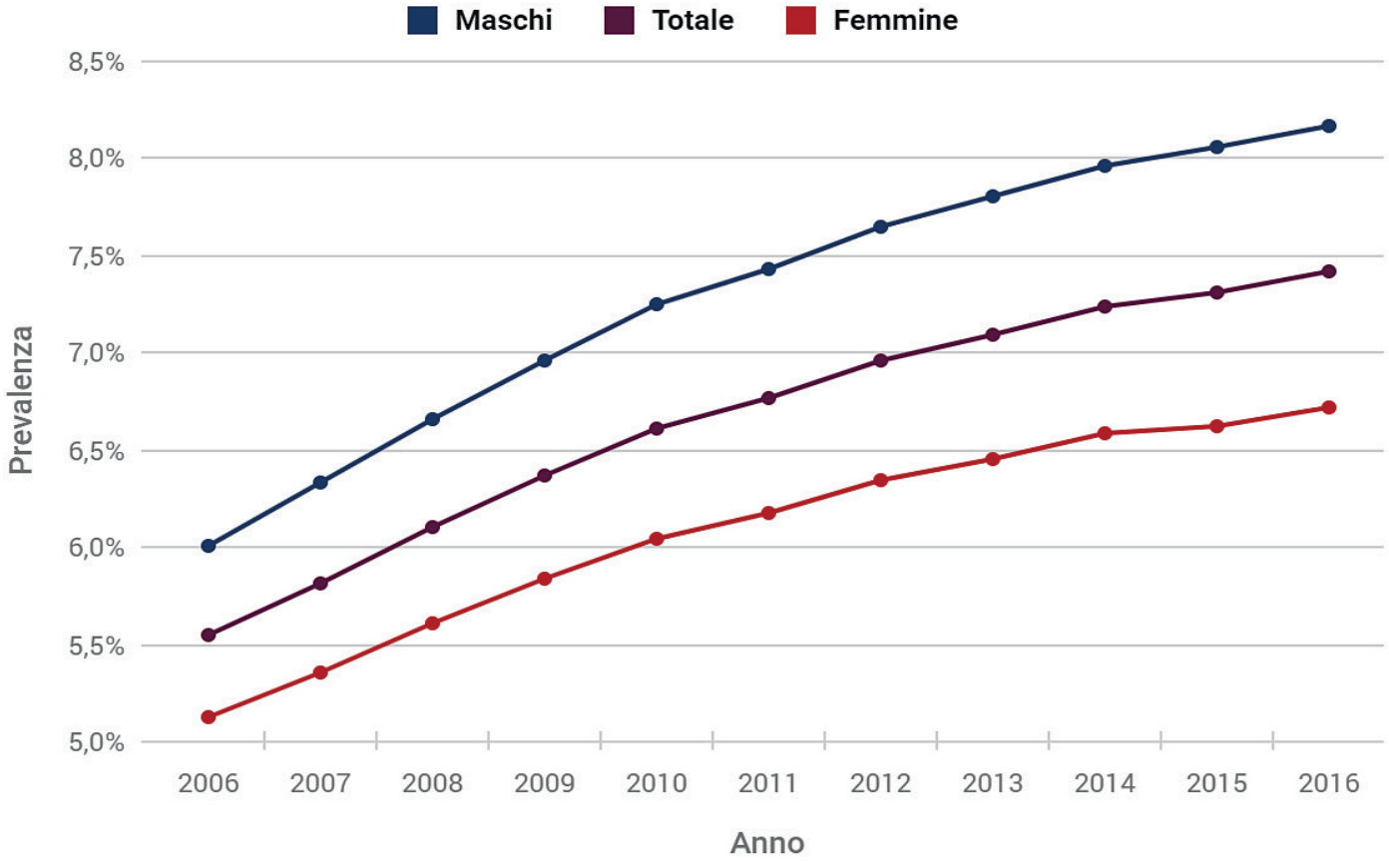
DIUR: Diuretici; BETA: Beta-Bloccanti; ACEI: Ace-Inibitori (da soli o in associazione); SAR: Sartani (da soli o in associazione); GLU: Glucosidi

Anno	DIUR	% Gen.ci	BETA	% Gen.ci	ACEI	% Gen.ci	SAR	% Gen.ci	GLU	% Gen.ci
2016	71,70	20,05	60,83	37,22	40,31	31,07	27,57	18,03	14,02	0,00
2015	70,86	19,88	58,23	36,34	41,11	30,28	27,70	16,43	14,84	0,00
2014	72,04	19,81	56,89	35,31	42,93	28,69	28,40	14,93	16,65	0,00
2013	71,03	20,48	55,62	33,06	44,87	26,40	29,56	12,85	18,39	0,00
2012	70,86	21,44	53,07	31,21	46,01	23,89	29,70	9,60	19,56	0,00
2011	71,24	19,78	51,37	28,31	47,89	21,07	29,60	4,85	21,74	0,00
2010	71,15	18,86	48,79	25,23	48,62	17,07	29,97	2,15	23,62	0,00
2009	70,15	19,61	46,01	20,17	49,79	13,96	28,90	0,00	25,37	0,00
2008	68,88	20,10	43,05	18,11	51,69	9,70	27,64	0,00	27,81	0,00
2007	67,87	18,75	39,40	18,68	52,72	4,36	25,19	0,00	29,86	0,00
2006	68,22	17,63	37,30	17,84	53,60	3,72	24,34	0,00	32,20	0,00

DIABETE MELLITO TIPO 2

Prevalenza (2016)	7,4%
Trend 2006 - 2016	Trend crescente: dal 5,5% del 2006 al 7,4% del 2016.
Differenze geografiche	Gradiente geografico, con un aumento progressivo delle stime andando dal Nord verso il Sud. Le regioni a più alta prevalenza sono risultate la Calabria (9,5%) e la Sicilia (9,0%).
Differenze di genere	Stime più elevate negli uomini rispetto alle donne (8,2% vs. 6,7%).
Differenze di età	Trend crescente al crescere dell'età sia per i maschi sia per le femmine, con un picco nella fascia 75-84 anni (24,1% tra i maschi e 18,8% tra le femmine) e una successiva riduzione negli ultra 85enni.
Prevalenza uso farmaci	Importante aumento nella prevalenza d'uso di metformina (29,0% nel 2006 vs. 47,0% nel 2016), accompagnata da una riduzione delle sulfaniluree (40,3% nel 2006 vs. 16,9% nel 2016); tutti gli altri farmaci antidiabetici mostrano un costante aumento tra il 2006 e il 2016. Le insuline nel 2016 sono state prescritte al 16,0% dei pazienti con diabete, mentre la repaglinide al 7,6%, i DDP4 al 6,2% e i glitazoni al 3,9%.
Quota generici	La quota di farmaci generici nel 2016 è stata pari al 52,4% delle prescrizioni di repaglinide, al 42,5% di quelle della metformina, al 19,9% delle sulfaniluree e al 7,6% dei glitazoni. Per insuline e DDP-4, invece, i generici non sono disponibili sul mercato.

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI DIABETE MELLITO TIPO 2: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



PREVALENZA D'USO DI FARMACI ANTIDIABETICI

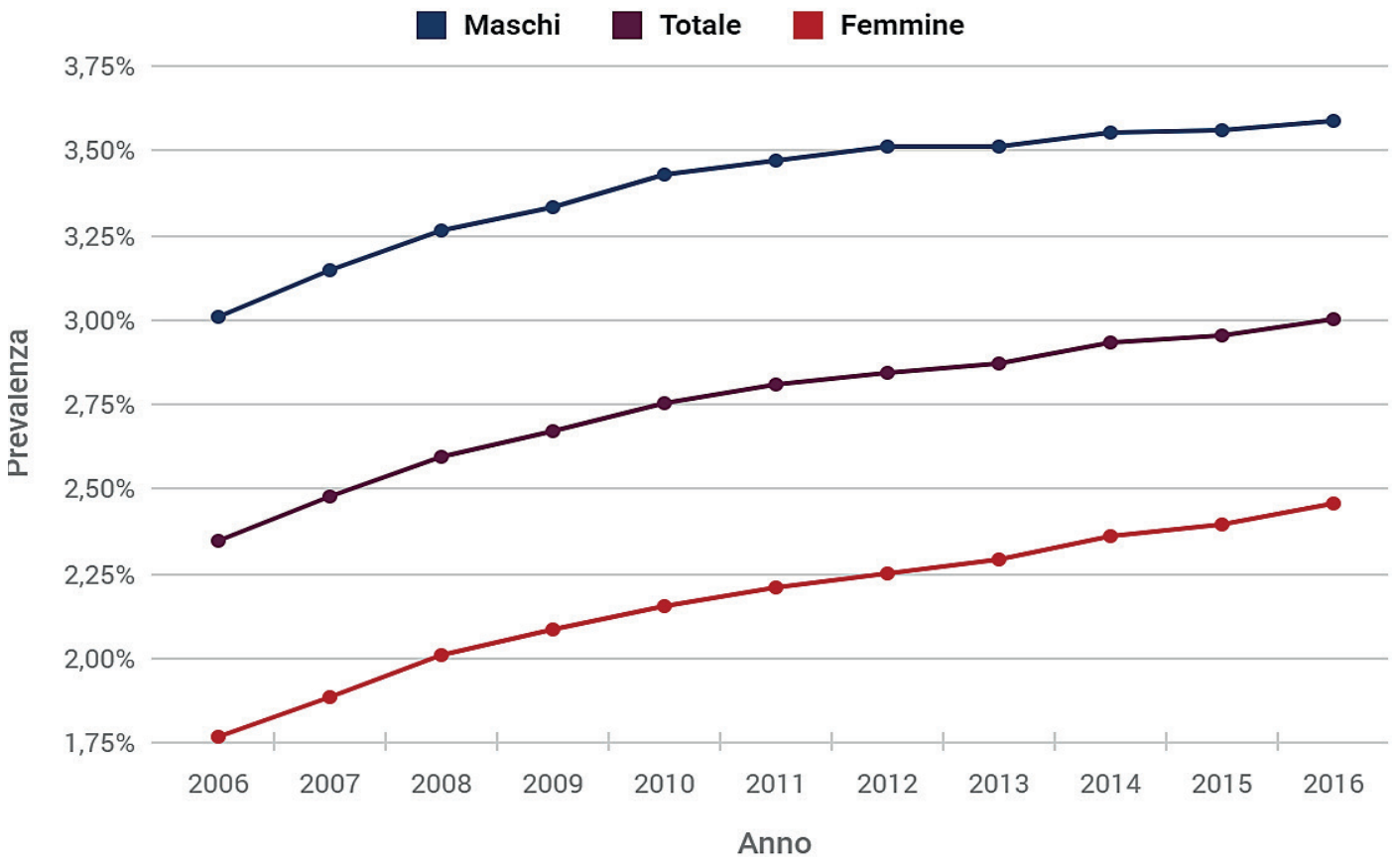
MET: Metformina; SULF: Sulfaniluree (sole o in associazione con Metformina);
INS: Insulina; REP: Repaglinide; GLIT: Glitazoni (soli o in associazione con Metformina);
DDP4/GLP1: Inibitori DDP4/Agonisti GLP1 (soli o in associazione con Metformina); ALTRI: Altri antidiabetici

Anno	MET	% Gen.ci	SULF	% Gen.ci	INS	% Gen.ci	REP	% Gen.ci	DDP4	% Gen.ci	GLIT	% Gen.ci	ALTRI	% Gen.ci
2016	46,99	42,51	16,85	19,90	16,04	0,00	7,58	52,36	6,16	0,00	3,86	8,34	7,04	13,84
2015	45,85	41,15	17,87	18,80	15,44	0,00	8,13	50,07	5,86	0,00	4,17	6,46	5,26	15,40
2014	46,17	37,80	19,39	18,58	15,27	0,00	8,64	47,76	6,11	0,00	4,36	4,26	3,91	15,26
2013	45,89	36,44	20,55	18,57	14,88	0,00	8,69	44,56	6,72	0,00	4,31	1,86	3,11	7,06
2012	45,34	35,36	22,71	16,85	14,38	0,00	8,69	42,44	5,62	0,00	4,51	0,25	2,74	0,51
2011	44,83	33,04	25,60	13,64	13,97	0,00	8,53	33,70	3,86	0,00	4,85	0,00	2,38	0,61
2010	43,25	31,89	28,49	10,98	13,72	0,00	8,24	12,35	1,90	0,00	5,40	0,00	1,81	1,04
2009	40,20	27,31	31,68	9,67	12,79	0,00	7,43	0,00	0,98	0,00	4,67	0,00	0,78	0,00
2008	36,27	21,76	34,73	6,77	11,97	0,00	6,52	0,02	0,42	0,00	3,89	0,00	0,91	0,00
2007	31,89	21,31	37,32	7,04	11,45	0,00	5,68	0,00	0,00	-	2,54	0,00	0,94	0,00
2006	28,97	20,04	40,31	7,56	11,36	0,00	5,15	0,00	0,00	-	1,29	0,00	1,01	0,00

BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

Prevalenza (2016)	3,0%
Trend 2006 - 2016	Trend crescente: dal 2,3% del 2006 al 3,0% del 2016.
Differenze geografiche	Valori più elevati nel Sud. La regione con la prevalenza più elevata è risultata la Campania (4,2%), seguita da Basilicata (3,9%) e da Puglia e Abruzzo (3,8% ciascuna).
Differenze di genere	Stime sensibilmente maggiori negli uomini rispetto alle donne (3,6% vs. 2,5%).
Differenze di età	Valori crescenti all'aumentare dell'età, con un netto incremento nel sesso maschile che raggiunge il picco negli ultra 85enni (17,7%), mentre per le donne il picco massimo di prevalenza è pari a 8,8%, sempre tra le ultra 85enni.
Prevalenza uso farmaci	La prevalenza dei broncodilatatori è aumentata dal 32,8% del 2006 al 37,7% del 2016, mentre le associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori sono aumentate fino al 2010 (31,6%), per poi calare negli anni successivi e raggiungere il 29,7% nel 2016. Gli antileucotrieni, in tutto il periodo considerato, sono rimasti costanti, con valori attorno al 2%, al contrario, sono calati drasticamente i corticosteroidi in monoterapia (dal 24,0% del 2006 al 20,4% del 2016) e le xantine (dal 14,0% del 2006 al 4,9% del 2016).
Quota generici	Per la BPCO sono disponibili pochissimi prodotti generici, pertanto, le quote di prescrizione di generici sono esigue: nel 2016 la quota di generici dei broncodilatatori era pari all'1,1% e dei corticosteroidi inalatori allo 0,6%). Fanno eccezione gli antileucotrieni, il cui impiego per il 19,0% ha riguardato prodotti generici.

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI BPCO: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



PREVALENZA D'USO DI FARMACI RESPIRATORI

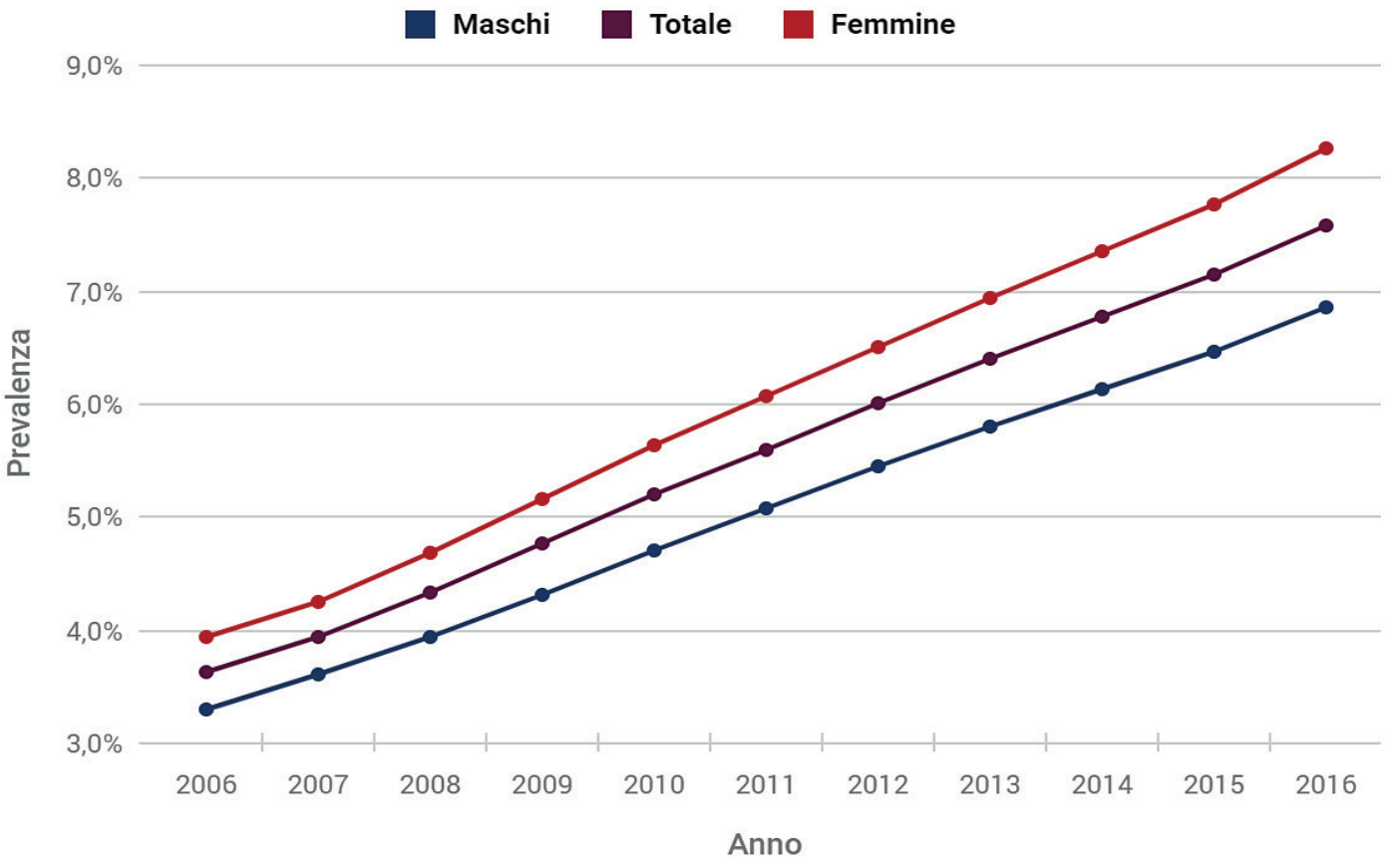
ASS: Associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori; BRO: Broncodilatatori; ICS: Corticosteroidi inalatori; XAN: Xantine; LEUC: Antileucotrieni

Anno	ASS	% Gen.ci	BRO	% Gen.ci	ICS	% Gen.ci	XAN	% Gen.ci	LEUC	% Gen.ci
2016	29,69	0,00	37,71	1,06	20,43	0,61	4,88	0,00	1,80	18,96
2015	29,36	0,00	37,16	1,12	21,23	0,52	5,42	0,06	1,79	15,83
2014	29,03	0,00	36,63	1,11	20,38	0,66	5,68	0,05	1,84	12,60
2013	28,92	0,00	35,88	1,27	21,29	0,51	6,77	0,00	1,94	7,99
2012	28,97	0,00	34,66	1,52	20,66	0,69	7,58	0,00	1,99	0,00
2011	29,99	0,00	34,73	1,60	21,15	0,46	8,58	0,00	2,07	0,00
2010	31,55	0,00	33,60	1,79	21,62	0,37	9,50	0,00	2,07	0,00
2009	31,35	0,00	33,09	2,05	22,14	0,26	10,47	0,00	2,02	0,00
2008	30,14	0,00	32,11	2,20	22,41	0,27	11,05	0,00	1,89	0,00
2007	28,52	0,00	32,53	2,15	23,90	0,14	12,38	0,03	2,01	0,00
2006	27,81	0,00	32,79	0,01	24,04	0,12	13,97	0,00	2,12	0,00

ASMA BRONCHIALE

Prevalenza (2016)	7,6%
Trend 2006 - 2016	Netta crescita tra il 2006 (3,6%) e il 2016 (7,6%).
Differenze geografiche	Elevata variabilità geografica nelle stime di prevalenza: la regione con la prevalenza più elevata è risultata la Campania (14,3%), seguita da Abruzzo e Molise (8,2%), Sicilia (8,0%) e Liguria (7,9%).
Differenze di genere	Stime maggiori nelle donne rispetto agli uomini (8,3% vs. 6,8%).
Differenze di età	Per gli uomini esiste una relazione inversa all'aumentare dell'età, andando da 10,6% nella fascia 15-24 anni a 5,1% negli ultra 85enni. Invece, tra le donne la prevalenza presenta variazioni inferiori al variare della fascia d'età e risulta massima tra 65 e 74 anni (9,1%).
Prevalenza uso farmaci	Lieve aumento dal 2006 al 2009, sia per le associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori (da 23,9% del 2006 a 26,2% del 2009), sia per i broncodilatatori (da 27,6% del 2006 a 25,1% del 2009). Dal 2009 al 2016, invece, queste classi di farmaci calano, per arrivare a 22,6% per le associazioni e 18,3% per i broncodilatatori. Tutte le altre terapie, calano progressivamente tra il 2006 e il 2016.
Quota generici	Per l'asma, sono disponibili, ad oggi, solo pochissimi generici, per tale motivo nel 2016 solo l'1,5% delle prescrizioni di broncodilatatori e lo 0,4% di quelle di corticosteroidi inalatori riguardava farmaci generici. La quota di generici di antileucotrieni, invece, nel 2016 era part al 18,9%.

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI ASMA BRONCHIALE: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



PREVALENZA D'USO DI FARMACI RESPIRATORI

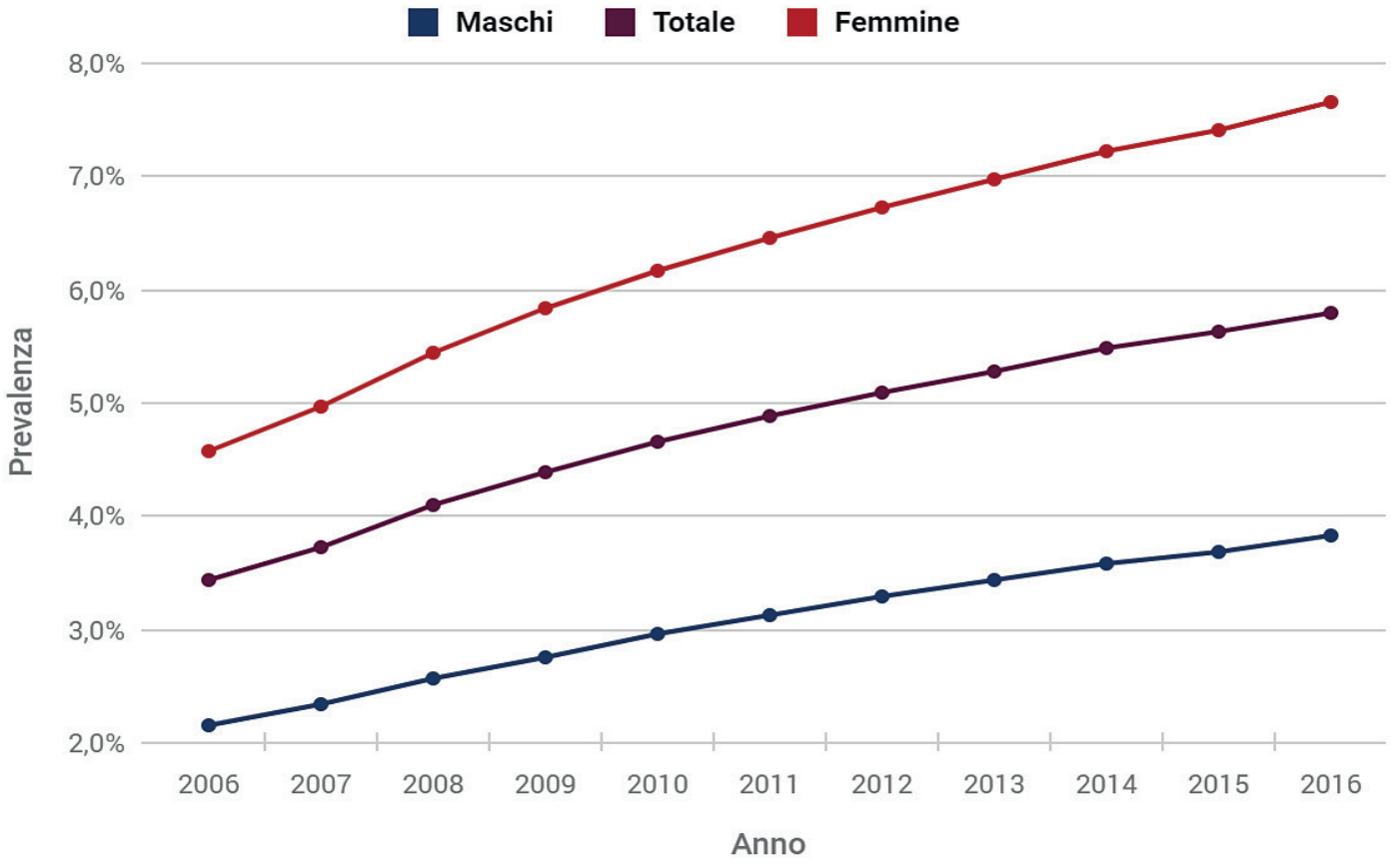
ASS: Associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori; BRO: Broncodilatatori; ICS: Corticosteroidi inalatori; XAN: Xantine; LEUC: Antileucotrieni

Anno	ASS	% Gen.ci	BRO	% Gen.ci	ICS	% Gen.ci	XAN	% Gen.ci	LEUC	% Gen.ci
2016	22,59	0,00	18,29	1,48	16,97	0,37	1,78	0,00	4,19	18,93
2015	22,55	0,00	19,08	1,28	17,59	0,36	2,04	0,00	4,45	15,91
2014	23,02	0,00	20,09	1,41	18,16	0,35	2,09	0,06	4,84	12,31
2013	23,16	0,00	20,65	1,48	18,65	0,44	2,31	0,00	5,04	7,07
2012	23,27	0,00	21,10	1,69	18,52	0,58	2,43	0,00	5,34	0,00
2011	24,47	0,00	22,89	1,42	20,13	0,27	2,78	0,00	5,68	0,03
2010	25,80	0,00	23,78	1,64	20,19	0,17	3,24	0,00	5,79	0,00
2009	26,18	0,00	25,08	1,43	21,17	0,19	3,73	0,00	5,95	0,00
2008	24,96	0,00	24,70	1,53	20,71	0,13	3,73	0,00	5,78	0,00
2007	23,75	0,00	26,25	1,40	22,42	0,16	3,98	0,06	5,78	0,00
2006	23,94	0,00	27,60	0,00	23,49	0,10	4,43	0,00	5,82	0,00

DEPRESSIONE

Prevalenza (2016)	5,8%
Trend 2006 - 2016	Trend crescente: dal 3,4% del 2006 al 5,8% del 2016.
Differenze geografiche	Si riscontra un gradiente geografico con stime più alte nel Centro-Nord, rispetto al Sud, a eccezione della Campania. Le regioni con le prevalenze più elevate sono state: Emilia Romagna (8,0%), Campania (7,8%), Liguria (7,5%) Toscana (7,4%) e Umbria 6,6%).
Differenze di genere	Stime sensibilmente maggiori nelle donne rispetto agli uomini (7,6% vs. 3,8%).
Differenze di età	Trend crescente all'aumentare dell'età. Il picco di prevalenza si registra tra gli ultra 85enni, sia maschi (9,3%) che femmine (14,2%).
Prevalenza uso farmaci	Gli SSRI rappresentano la classe di farmaci maggiormente impiegata, ma nel corso degli anni 2006-2016 hanno fatto registrare un calo della loro prevalenza d'uso, passando dal 37,7% del 2006 al 27,3% del 2016. Tale calo è stato riscontrato anche per gli antidepressivi triciclici (da 5,1% del 2006 a 3,0% del 2016). Al contrario, gli SNRI hanno mostrato un aumento nell'impiego, andando dal 6,7% nel 2006 al 7,2% nel 2016. Gli "altri antidepressivi", invece, sono impiegati in una quota stabile di pazienti (attorno al 5-6%).
Quota generici	La quota dei generici per gli SSRI nel 2016 era pari al 34,7%, per il SNRI al 13,7% e per gli "altri antidepressivi" al 17,7%. Per gli antidepressivi triciclici, invece, non sono disponibili prodotti generici.

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI DEPRESSIONE: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



PREVALENZA D'USO DI FARMACI ANTIDEPRESSIVI

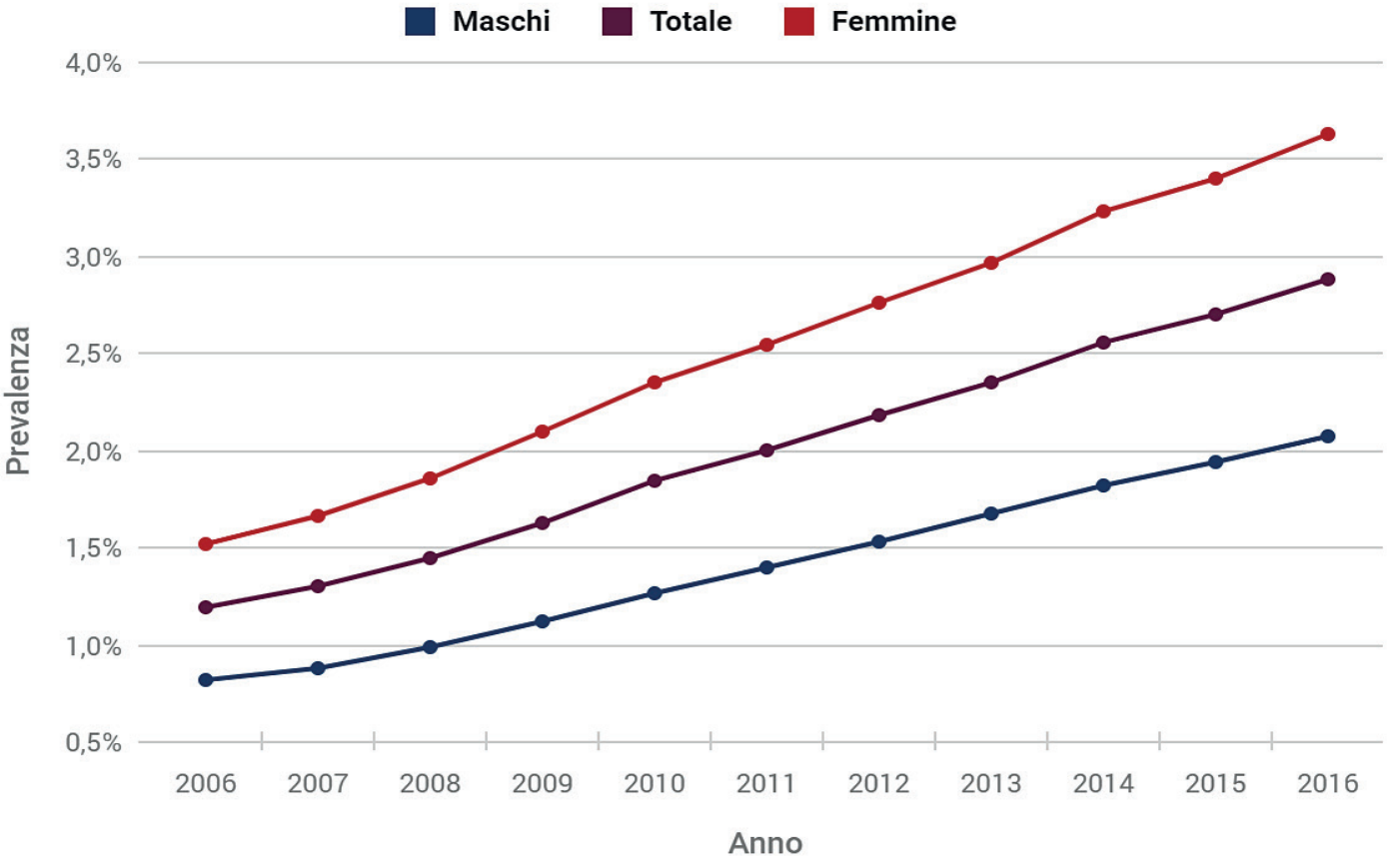
SSRI: Inibitori reuptake serotonina; SNRI: Inibitori reuptake serotonina/noradrenalina; TCA: Triciclici; ALTRI: Altri farmaci antidepressivi

Anno	SSRI	% Gen.ci	SNRI	% Gen.ci	TCA	% Gen.ci	ALTRI	% Gen.ci
2016	27,28	34,73	7,16	13,65	3,03	0,00	6,06	17,71
2015	27,65	33,17	7,09	13,37	3,10	0,00	5,57	19,15
2014	28,74	30,04	7,16	11,90	3,34	0,00	5,53	19,04
2013	29,40	28,38	7,38	11,01	3,34	0,00	5,35	18,59
2012	30,26	27,07	7,50	9,99	3,42	0,00	5,22	17,54
2011	31,69	25,31	7,40	8,63	3,60	0,00	5,34	15,11
2010	33,17	23,54	7,72	7,55	3,86	0,00	5,48	13,18
2009	34,35	21,62	7,43	4,43	4,24	0,00	5,24	13,24
2008	35,76	20,49	7,33	0,00	4,49	0,00	5,03	14,86
2007	36,46	17,73	7,04	0,00	4,79	0,00	4,78	15,16
2006	37,71	13,95	6,70	0,00	5,13	0,00	4,84	13,09

DEMENZA

Prevalenza (2016)	2,9%
Trend 2006 - 2016	Trend crescente: dall'1,2% del 2006 al 2,9% del 2016.
Differenze geografiche	Maggiore prevalenza in alcune regioni del Centro, quali Emilia-Romagna (4,5%), Umbria (3,7%), Abruzzo e Molise (3,6% ciascuna), nonché Marche (3,3%).
Differenze di genere	Stime sensibilmente maggiori nelle donne rispetto agli uomini (3,6% vs. 2,1%).
Differenze di età	Trend crescente all'aumentare dell'età, con un evidente aumento dopo i 65 anni e con un picco oltre gli 85 anni, sia per gli uomini (17,9%), sia per le donne (23,4%). La differenza tra maschi e femmine si accentua all'aumentare dell'età.
Prevalenza uso farmaci	Calo degli anticolinesterasici e degli "altri antipsicotici" dal 2006 al 2016: i primi sono calati dall'11,8% al 7,1%, i secondi dal 10,6% al 7,6%. Al contrario, la memantina e gli antipsicotici atipici hanno mostrato un aumento nell'impiego, arrivando a coprire nel 2016 rispettivamente il 4,6% e il 9,7%.
Quota generici	Nel 2016 la quota di generici era pari al 46,9% per gli antipsicotici atipici, al 46,1% per gli anticolinesterasici, al 43,6% per la memantina e all'1,7% per gli "altri antipsicotici".

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI DEMENZA: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



PREVALENZA D'USO DI FARMACI PER LA DEMENZA

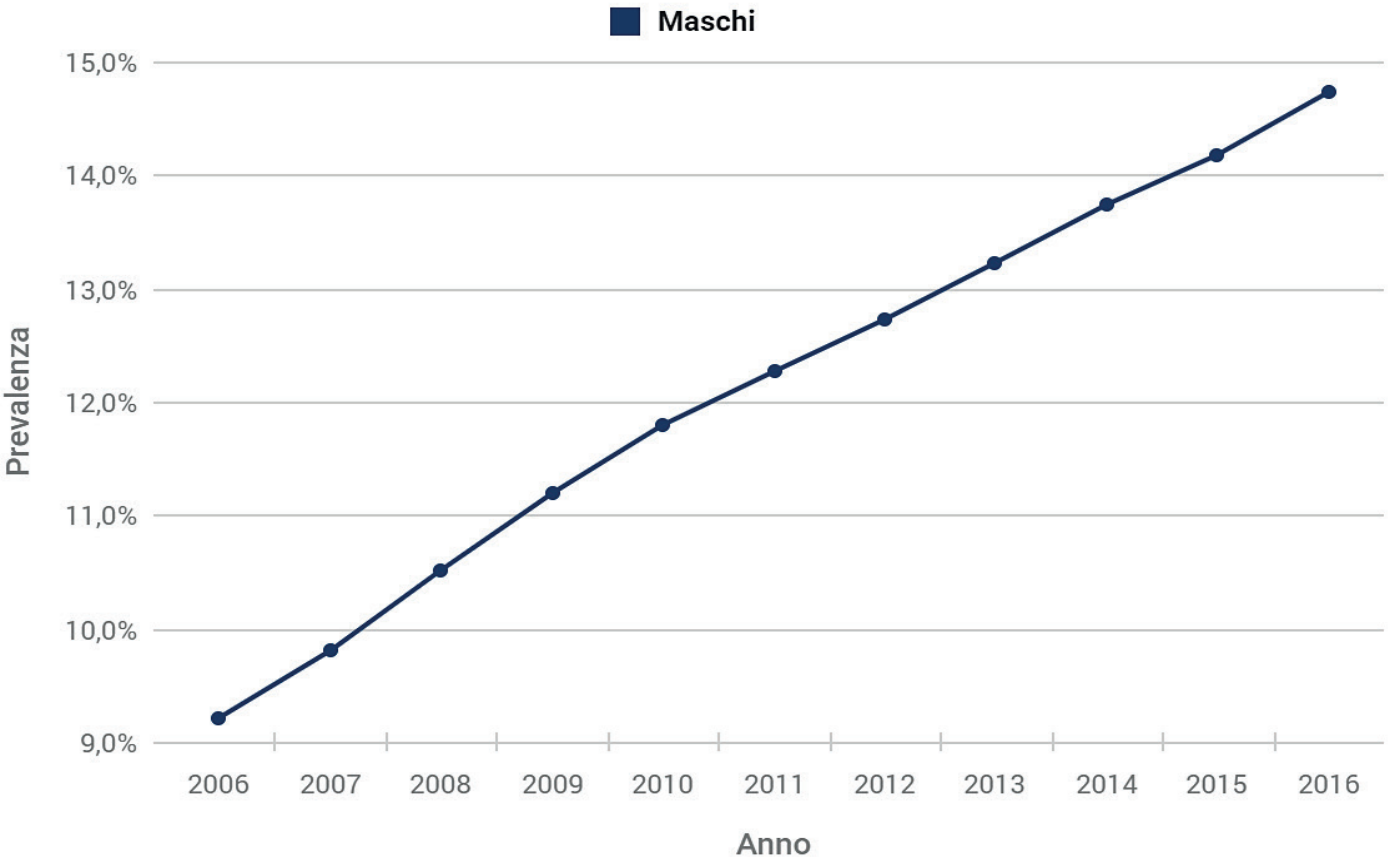
ACOLI: Anticolinesterasici; APSI: Antipsicotici atipici; ALTRI APSI: Altri antipsicotici; MEM: Memantina

Anno	ACOLI	% Gen.ci	APSI	% Gen.ci	ALTRI APSI	% Gen.ci	MEM	% Gen.ci
2016	7,08	46,13	9,73	46,89	7,63	1,67	4,60	43,55
2015	7,44	37,73	8,89	40,45	7,99	1,73	4,49	31,13
2014	7,74	26,95	8,26	34,51	8,30	1,31	4,43	12,26
2013	8,04	16,75	7,30	23,90	8,42	0,77	4,17	0,27
2012	7,87	7,82	6,55	11,01	8,32	0,54	3,90	0,00
2011	7,94	0,00	6,33	3,72	8,55	0,31	3,30	0,00
2010	8,66	0,00	6,62	3,15	9,06	0,48	2,73	0,00
2009	8,93	0,00	6,29	3,17	8,82	0,63	1,70	0,00
2008	9,93	0,00	6,26	2,52	9,51	0,86	0,48	0,00
2007	10,32	0,00	5,55	2,18	10,03	0,07	0,51	0,00
2006	11,82	0,00	5,88	2,44	10,56	0,08	0,54	0,00

IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA (IPB)

Prevalenza (2016)	14,7% della popolazione maschile
Trend 2006 - 2016	Trend crescente: dal 9,2% del 2006 al 14,7% del 2016.
Differenze geografiche	Si evidenzia un gradiente geografico sia andando da Nord a Sud (valori più elevati al Sud), sia procedendo da Est a Ovest (valori più elevati a Ovest).
Differenze di età	Trend crescente all'aumentare dell'età con un picco tra 75 e 84 anni (51,8%) e una successiva stabilizzazione nella fascia d'età più avanzata (ultra 85enni).
Prevalenza uso farmaci	Riduzione nella prevalenza d'uso degli antagonisti dell'alfa adrenorecettore, dal 39,4% del 2006 al 37,5% del 2016; un calo è stato riscontrato anche per "altri farmaci" per l'IPB (da 2,7% del 2006 a 1,5% nel 2016). Al contrario, l'impiego di inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi è risultato in crescita, dal 16,9% nel 2006 al 18,2% nel 2016.
Quota generici	Il 21,7% delle prescrizioni di antagonisti dell'alfa adrenorecettore ha riguardato farmaci generici, così come il 12,4% delle prescrizioni di inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi.

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI IPB: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



PREVALENZA D'USO DI FARMACI PER IPB

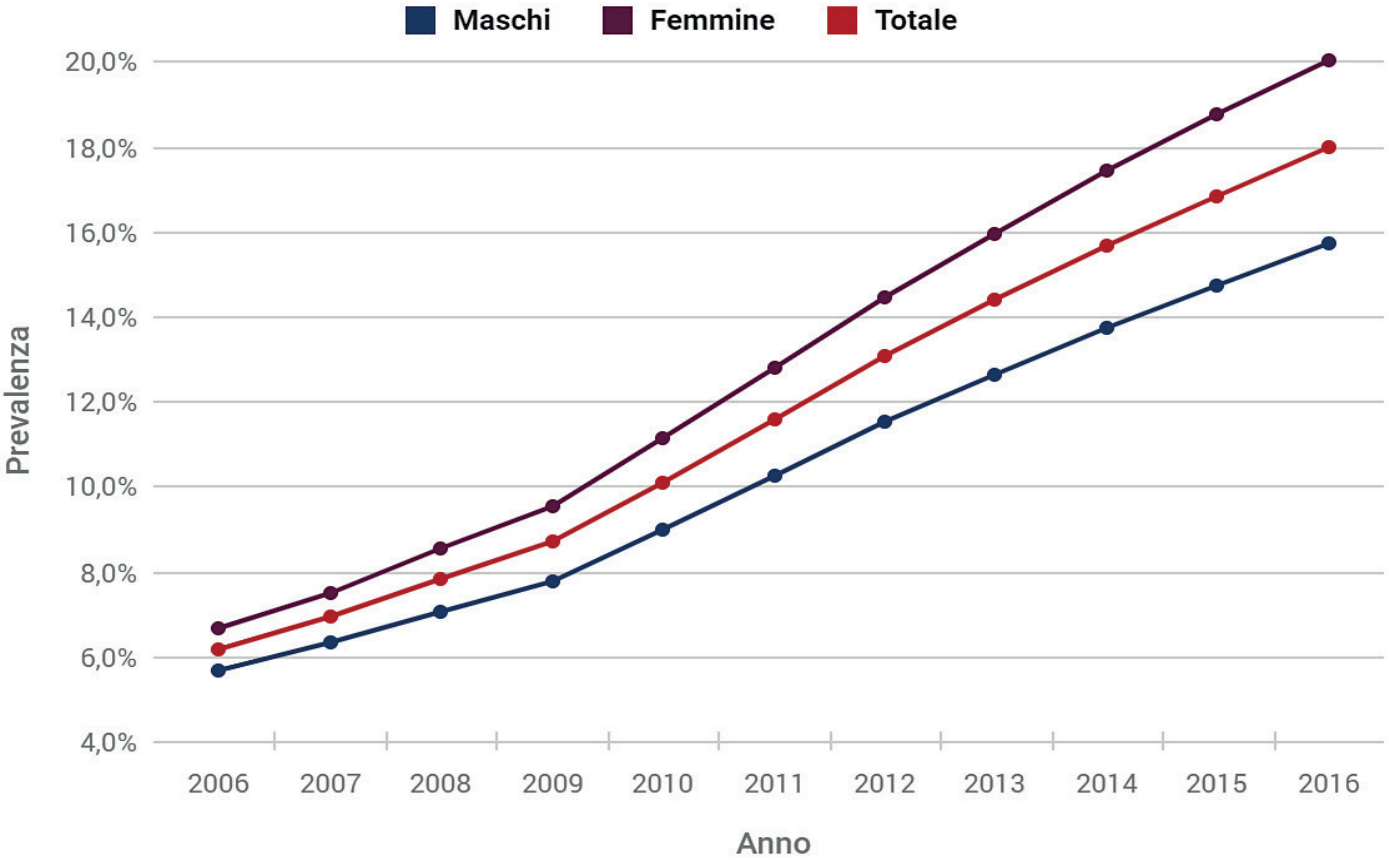
AAA: Antagonisti dell'alfa recettore adrenergico; IRED: Inibitore della testosterone 5alfa reduttasi; ALTRI: Altri farmaci per IPB

Anno	AAA	% Gen.ci	IRED	% Gen.ci	ALTRI IPB	% Gen.ci
2016	37,48	21,65	18,22	12,40	1,47	0,00
2015	37,07	21,77	18,20	11,56	1,68	0,00
2014	37,48	21,42	18,35	11,65	1,76	0,00
2013	37,31	22,04	17,97	9,20	1,79	0,00
2012	36,80	22,67	17,68	9,00	1,66	0,00
2011	37,40	21,38	17,79	8,91	1,85	0,00
2010	37,46	20,33	17,65	8,68	2,14	0,00
2009	37,74	18,53	17,06	8,00	2,29	0,00
2008	38,16	14,97	17,19	6,27	2,55	0,00
2007	38,27	13,34	17,08	2,11	2,51	0,00
2006	39,42	4,36	16,89	0,00	2,72	0,00

MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO (MRGE)

Prevalenza (2016)	18,0%
Trend 2006 - 2016	Trend in forte crescita, in particolare a partire dal 2009. Nel complesso l'aumento è stato dal 6,2% del 2006 al 18,0% del 2016.
Differenze geografiche	Maggiore prevalenza al Centro-Sud, comprese le isole, rispetto al Nord. La regione con la prevalenza più elevata è risultata la Sicilia (25,3%), seguita da Campania (24,2%) e Sardegna (23,2%).
Differenze di genere	Stime maggiori nelle donne rispetto agli uomini (18,0% vs. 15,7%).
Differenze di età	La prevalenza aumenta al crescere dell'età, con un picco nella fascia 65-74 anni per le donne (29,6%) e nella fascia 75-84 anni per gli uomini (24,7%). In entrambi i sessi la prevalenza tende a diminuire nella fascia degli ultra 85enni.
Prevalenza uso farmaci	Gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) sono i farmaci maggiormente prescritti; dopo una fase di crescita dal 2006 (54.9%) al 2010 (59,1%), l'impiego di questa categoria terapeutica è calato progressivamente, fino a raggiungere il 48,0% nel 2016. Tutte le altre categorie terapeutiche analizzate hanno mostrato un costante calo nel loro impiego tra il 2006 e il 2016; in particolare gli antiacidi (da 13,1% a 7,1%), gli H2-antagonisti (da 4,3% a 2,0%) e gli altri farmaci per la MRGE (da 13,0% a 11,8%).
Quota generici	La quota di farmaci generici prescritti nel 2016, è stata pari al 50,3% di tutte le prescrizioni degli H2 antagonisti, al 40,8% degli IPP e dello 0,8% degli antiacidi.

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI MRGE: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



PREVALENZA D'USO DI FARMACI GASTROPROTETTORI

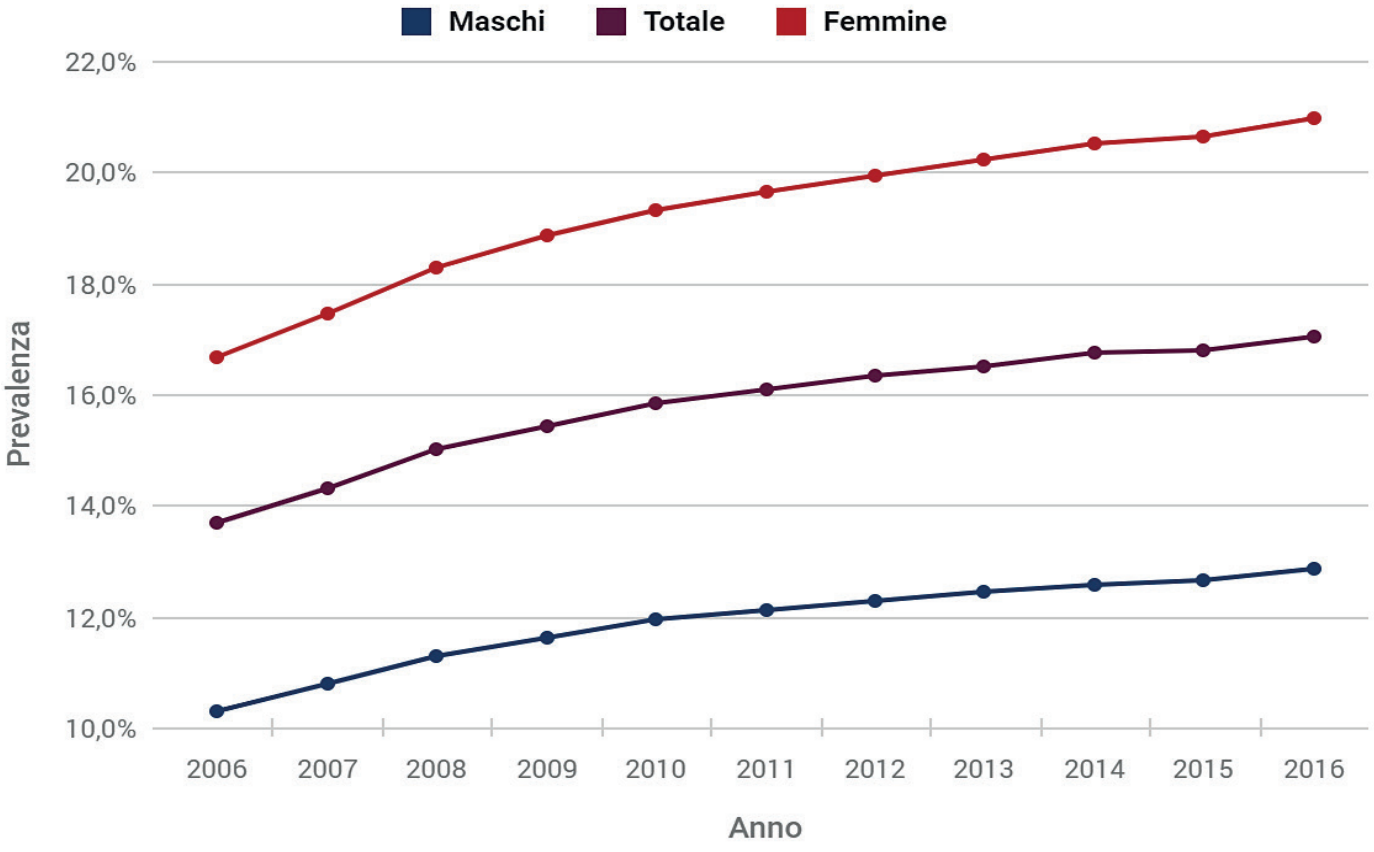
IPP: Inibitori di pompa protonica; AACI: Antiacidi; AH2: H2 antagonisti; ALTRI: Altri farmaci per MRGE

Anno	IPP	% Gen.ci	AACI	% Gen.ci	AH2	% Gen.ci	ALTRI	% Gen.ci
2016	48,00	40,76	7,11	0,26	2,02	50,27	11,76	0,80
2015	51,30	40,16	7,39	0,26	2,17	46,46	11,89	0,90
2014	54,27	37,57	7,50	0,27	2,13	46,08	12,19	0,92
2013	55,70	34,16	7,16	0,24	2,23	47,42	12,49	0,81
2012	56,93	31,41	7,33	0,30	2,34	42,02	12,48	0,99
2011	58,64	28,86	8,37	0,25	2,54	37,01	12,17	1,18
2010	59,06	25,01	10,69	0,11	2,88	35,15	12,56	0,84
2009	56,56	22,70	10,77	0,08	2,84	37,24	12,16	0,79
2008	55,35	23,15	11,55	0,08	2,90	38,90	11,80	0,78
2007	53,54	29,14	11,96	0,08	3,35	39,26	12,38	0,86
2006	54,94	9,70	13,11	0,08	4,27	38,60	13,03	1,09

OSTEOARTROSI

Prevalenza (2016)	17,1%
Trend 2006 - 2016	Trend in crescita dal 2006 (13,7%) al 2016 (17,1%).
Differenze geografiche	Valori più elevati tra le regioni del Sud rispetto a quelli del Nord, con le sole eccezioni di Emilia Romagna, Liguria e Valle d'Aosta che presentano stime paragonabili alle regioni del Sud. La regione con la più alta prevalenza nel 2016 è stata la Campania (27,8%).
Differenze di genere	Valori nettamente più elevati nelle donne rispetto agli uomini (21,0% vs. 12,8%).
Differenze di età	La prevalenza cresce al crescere dell'età, sia per gli uomini sia per le donne. Per entrambi i sessi il picco massimo di prevalenza si raggiunge tra gli ultra 85enni (57,1% per le donne e 45,0% per gli uomini).

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI OSTEOARTROSI: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



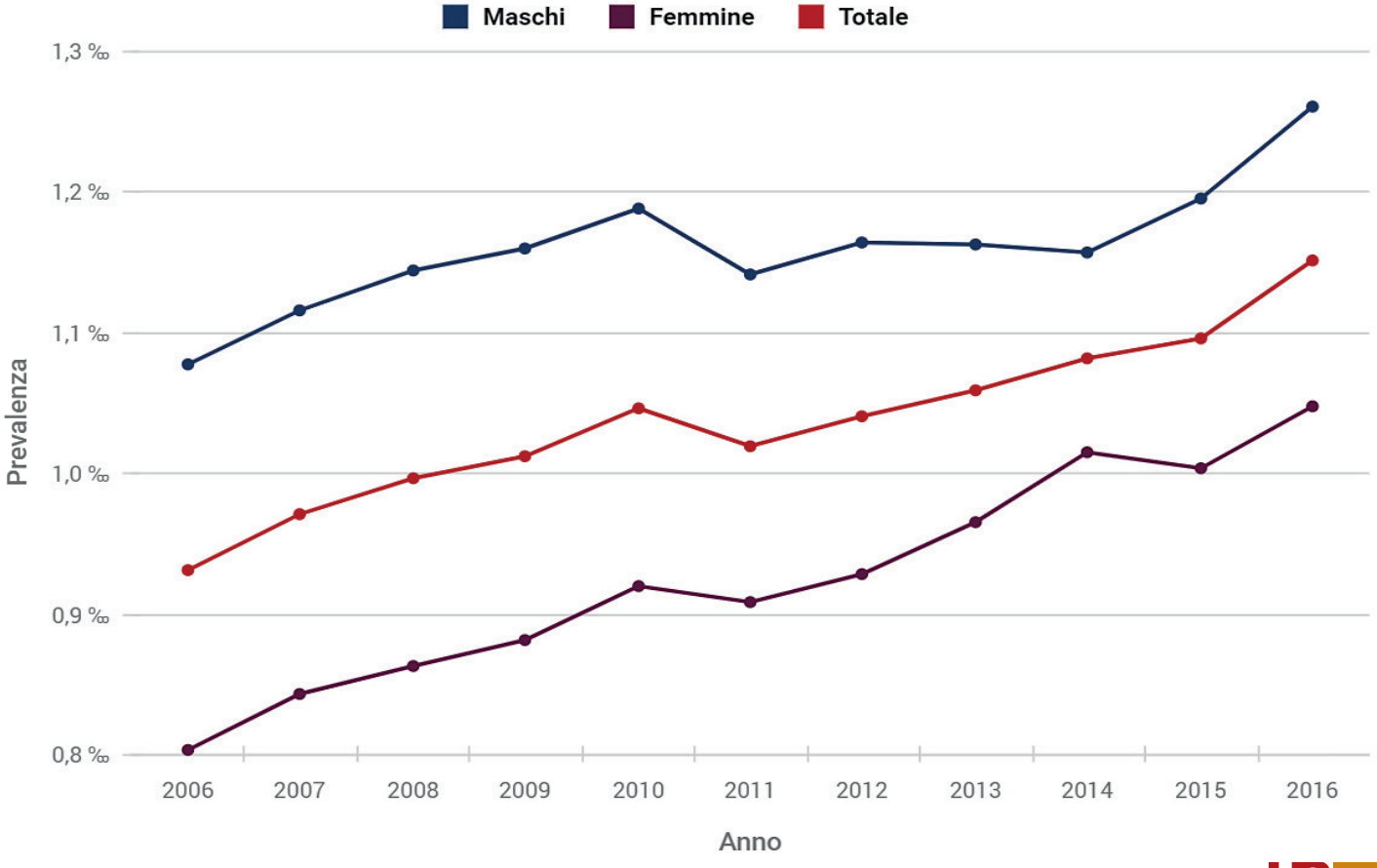
I TUMORI

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

TUMORE DELLO STOMACO

Prevalenza (2016)	1,2‰
Trend 2006 - 2016	Moderatamente crescente dal 2006 (0,9‰) al 2016 (1,2‰).
Differenze geografiche	Le regioni con le stime di prevalenza più elevate sono quelle del Centro, in particolare Marche (2,4‰) Umbria, Abruzzo e Toscana(1,5‰ ciascuna; tra le regioni del Nord la prevalenza più elevata si registra in Lombardia (1,5‰).
Differenze di genere	Valori maggiori negli uomini rispetto alle donne (1,3‰ vs. 1,1‰).
Differenze di età	La prevalenza aumenta sensibilmente dopo il 65esimo anno di età, con valori nettamente più elevati nella popolazione anziana maschile rispetto a quella femminile. Il picco si raggiunge tra gli ultra 85enni (maschi 7,2‰ e femmine 4,8‰). La differenza tra i due sessi cresce all'aumentare dell'età.

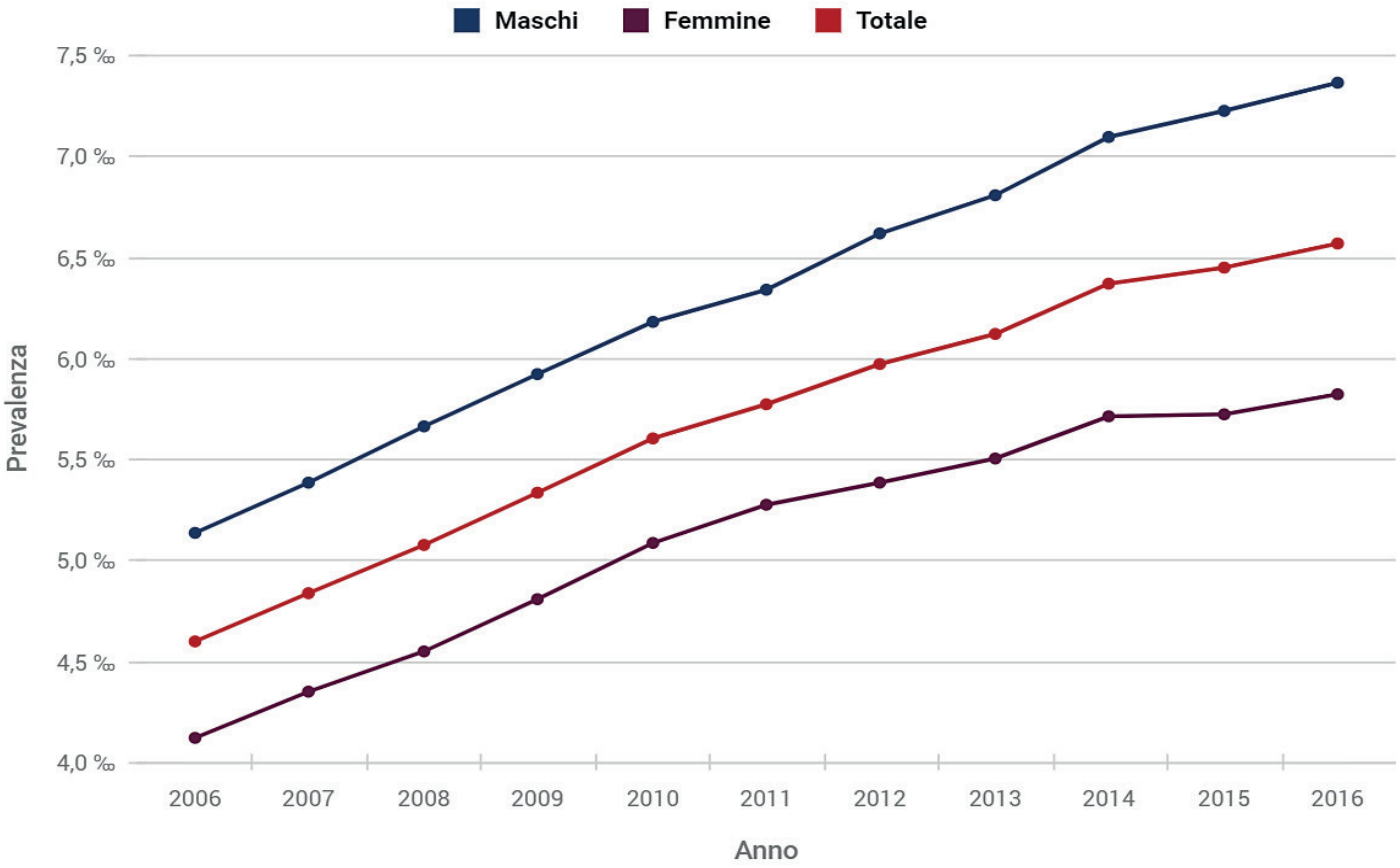
PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE DELLO STOMACO: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



TUMORE DEL COLON-RETTO

Prevalenza (2016)	6,6‰
Trend 2006 - 2016	Trend in crescita dal 2006 al 2016: da 4,6‰ a 6,6‰.
Differenze geografiche	Le regioni del Centro e del Nord Italia presentano stime di prevalenza nettamente più elevata, mentre il Sud appare l'area geografica a prevalenza più bassa. Le regioni con le più alte prevalenze sono risultate Valle d'Aosta (9,5‰), Liguria (8,7‰), Marche e Toscana (8,3‰ ciascuna) e Umbria (8,2‰).
Differenze di genere	Valori maggiori nei maschi rispetto alle femmine (7,4‰ vs. 5,8‰).
Differenze di età	Trend associato positivamente al crescere dell'età per entrambi i sessi, con un importante incremento nei maschi ultra 65enni. Il picco di prevalenza si riscontra tra gli ultra 85enni (maschi 40,5‰ e femmine 21,4‰).

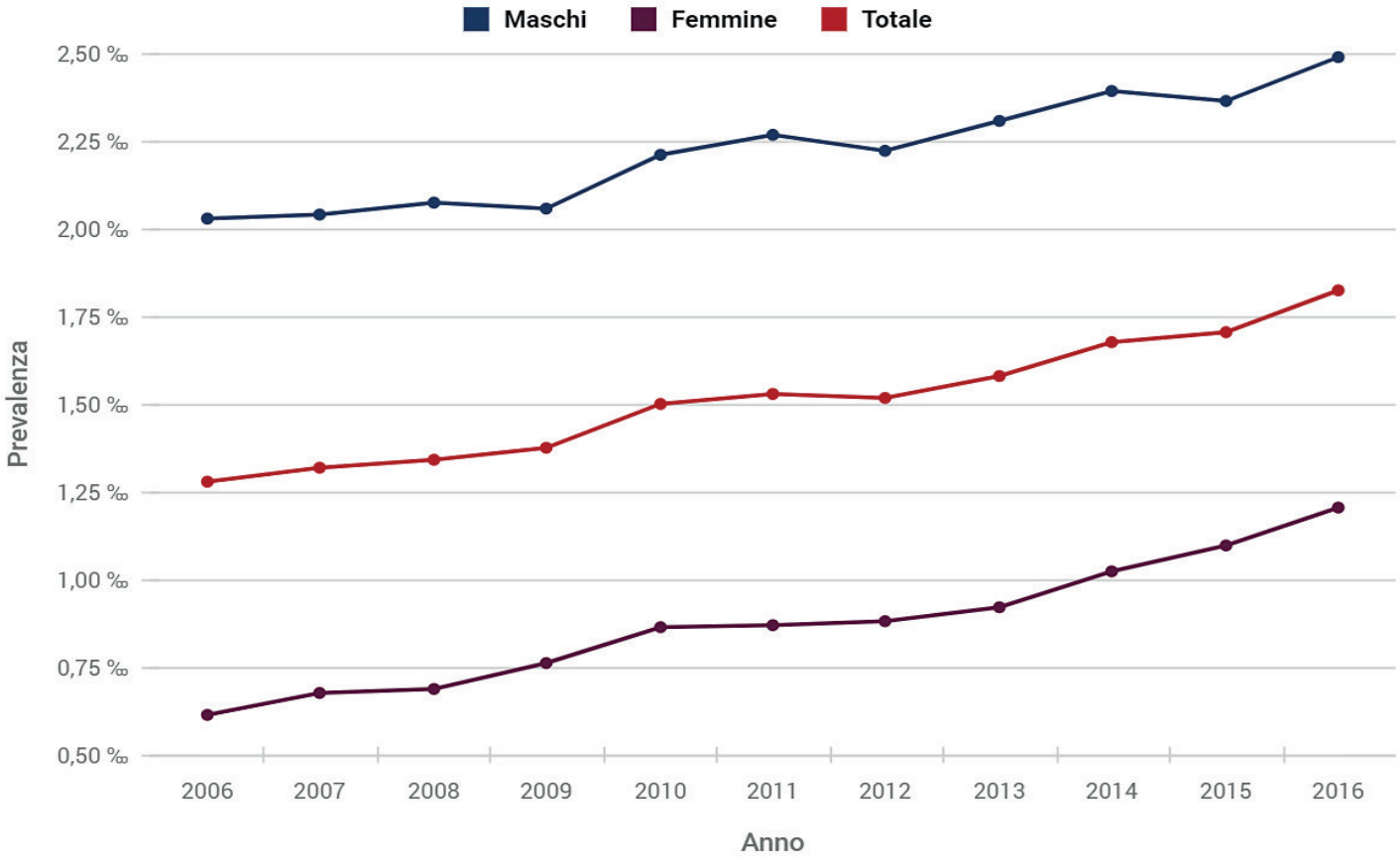
PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE DEL COLON-RETTO: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



TUMORE AI POLMONI

Prevalenza (2016)	1,8‰
Trend 2006 - 2016	Lieve crescita: dall'1,3‰ del 2006 fino all'1,8‰ del 2016.
Differenze geografiche	Le regioni a maggior prevalenza risultano Lazio (2,6‰), Emilia Romagna (2,3‰), Liguria (2,2‰) e Sardegna (2,0‰).
Differenze di genere	Valori sensibilmente maggiori nei maschi rispetto alle femmine (2,5‰ vs. 1,2‰).
Differenze di età	Trend crescente al crescere dell'età, con un picco tra 75 e 84 anni (maschi 9,3‰ e femmine 3,5‰) e una sensibile riduzione delle stime negli ultra 85enni. Il sesso maschile mostra valori di prevalenza superiori rispetto alle donne in tutte le fasce di età, e in particolare dopo i 75 anni.

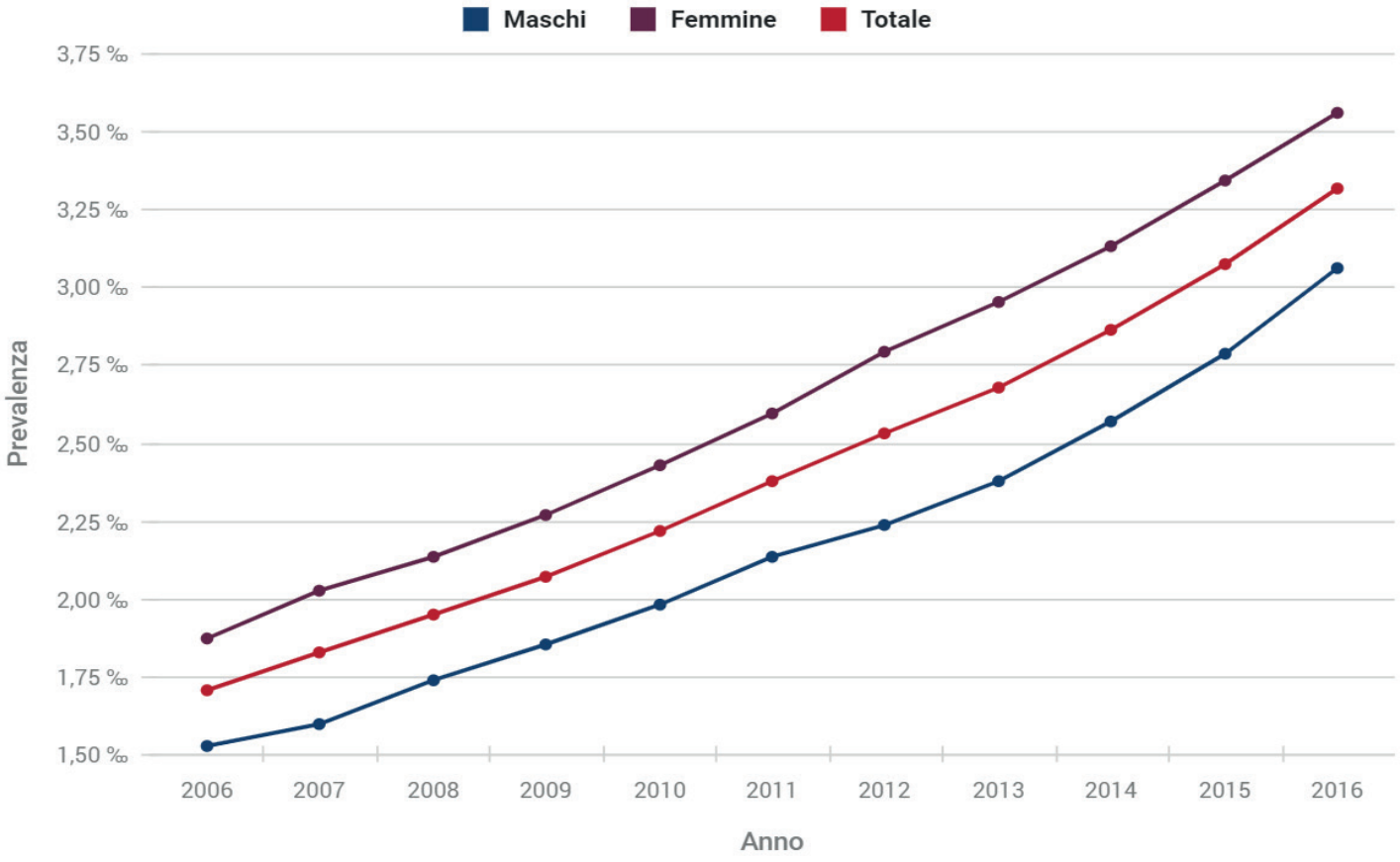
PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE AI POLMONI: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



MELANOMA MALIGNO

Prevalenza (2016)	3,3‰
Trend 2006 - 2016	Crescita sensibile: dall'1,7‰ del 2006 fino al 3,3‰ del 2016.
Differenze geografiche	Stime maggiori al Nord e al Centro. Le regioni con la prevalenza più elevata sono state: Valle d'Aosta (7,1‰), Campania (5,5‰), Friuli Venezia Giulia (4,9‰), Marche (4,4‰) e Liguria (4,3‰).
Differenze di genere	Valori superiori nelle femmine rispetto ai maschi (3,7‰ vs. 3,0‰)
Differenze di età	Trend crescente al crescere dell'età, sebbene si osservi una prevalenza rilevante anche nei soggetti più giovani. Le donne mostrano valori di prevalenza superiori agli uomini fino alla fascia di età 55-64 anni. Viceversa, dal 65esimo anno, gli uomini presentano stime di prevalenza superiori a quelle delle donne. Per entrambi i sessi il picco di prevalenza si raggiunge nella fascia 75-84 anni (7,1‰ per gli uomini e 5,2‰ per le donne).

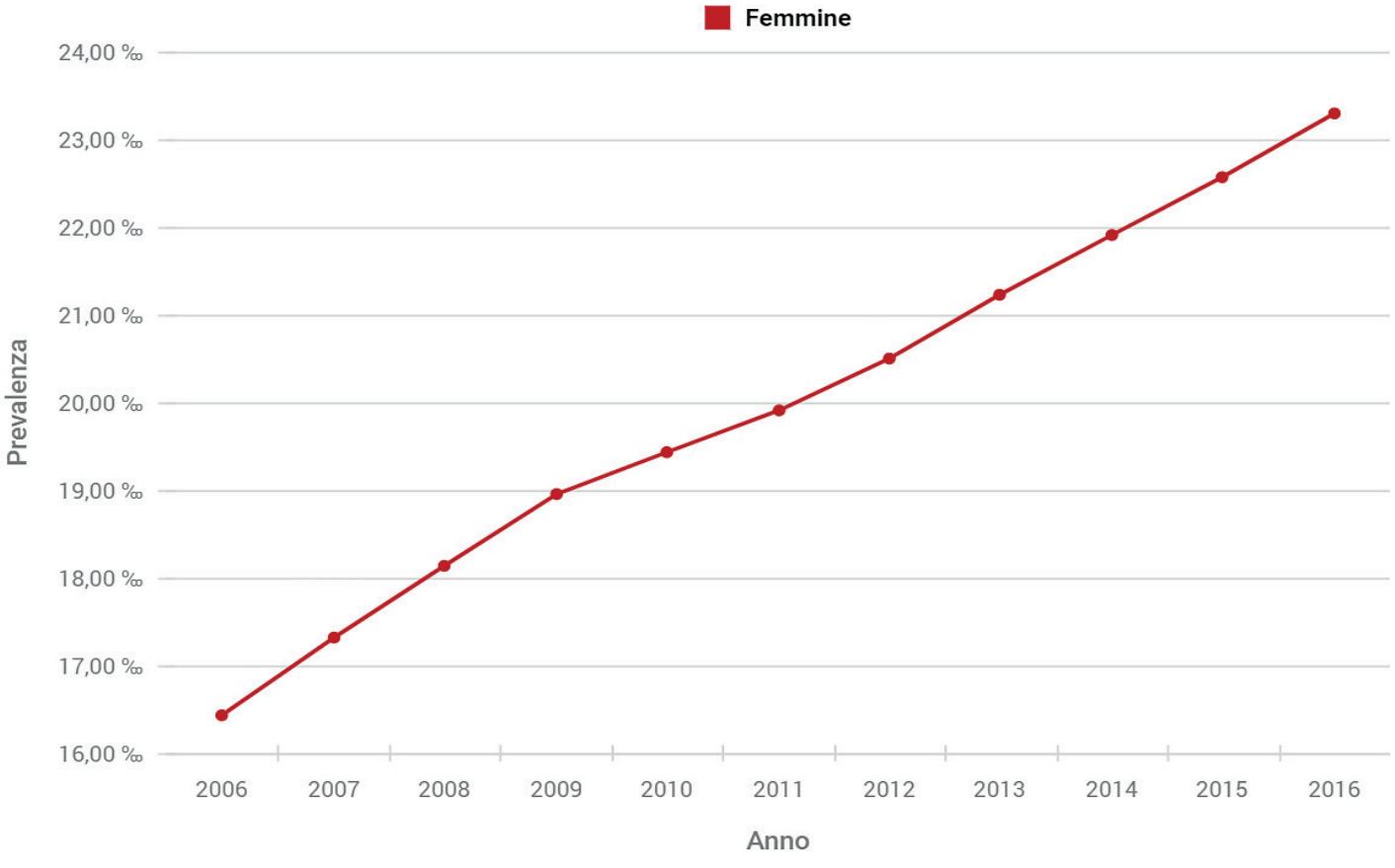
PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI MELANOMA MALIGNO: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



TUMORE DELLA MAMMELLA

Prevalenza (2016)	12,2‰
Trend 2006 - 2016	Trend crescente che, per le donne varia dal 16,4‰ del 2006 al 23,3‰ del 2016. La prevalenza nel sesso maschile rimane pressoché costante in tutti gli anni, con valori pari allo 0,2‰.
Differenze geografiche	Gradiente geografico, con prevalenze più elevate al Centro Nord. Le regioni con le stime più elevate sono risultate Emilia Romagna (16,1‰), Valle d'Aosta (16,6‰), Friuli Venezia Giulia (15,6‰) e Liguria (15,4‰).
Differenze di genere	Stime di gran lunga più elevate nelle donne rispetto agli uomini (23,3‰ vs. 0,2‰).
Differenze di età	Trend crescente al crescere dell'età con un picco nelle donne di 75-84 anni (48,4‰). Tra gli uomini la prevalenza raggiunge al massimo l'1,2‰ nella fascia 75-84 anni.

PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE DELLA MAMMELLA: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



TUMORE DELLA PROSTATA

Prevalenza (2016)

11,8‰ della popolazione maschile.

Trend 2006 - 2016

Trend in forte e costante crescita: da 8,5‰ del 2006 a 11,8‰ del 2016.

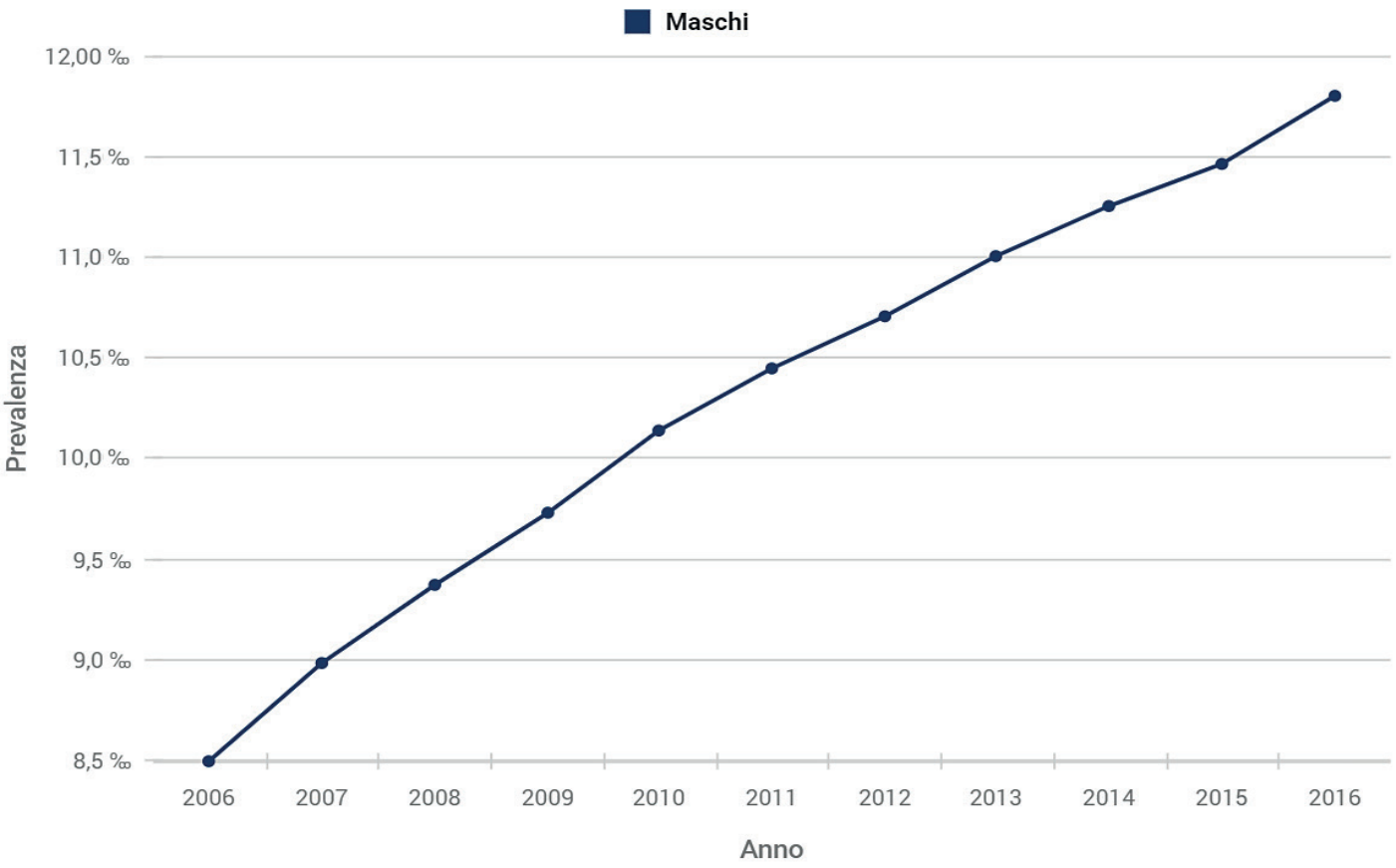
Differenze geografiche

Stime maggiori nel Nord. La regione con la prevalenza più elevata è stata la Valle d'Aosta (37,2‰), seguita da Friuli Venezia Giulia (16,2‰), Emilia Romagna (15,7‰), Liguria (15,1‰) e Trentino (14,9‰).

Differenze di età

Trend crescente al crescere dell'età, con un consistente incremento a partire dal 65esimo anno. Il picco di prevalenza si raggiunge tra gli uomini ultra 85enni con un valore di 70,5‰.

PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE DELLA PROSTATA: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2006-2016)



7. LE RICERCHE DEI MMG RICERCATORI HS (2017-2018)

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

Di seguito è riportato un elenco delle principali ricerche condotte nel periodo 2017-2018 dai MMG ricercatori Health Search, con il supporto scientifico-metodologico di epidemiologi e statistici.

- Epidemiologia delle disglicemie tra i pazienti in carico alla Medicina Generale.
- Prevalenza e gestione della malattia diverticolare tra i pazienti in carico alla Medicina Generale.
- Prevalenza e gestione dell'asma tra la popolazione adulta in carico alla Medicina Generale.
- Epidemiologia delle nefrolitiasi tra i pazienti in carico alla Medicina Generale.
- Epidemiologia e trattamento della Malattia del Parkinson in Medicina Generale.
- La diagnosi di lombalgia e lombosciatalgia in Medicina Generale: epidemiologia e accertamenti.
- Fibrillazione Atriale: la presa in carico della Medicina Generale e la gestione della terapia anticoagulante.
- Fibromialgia in Medicina Generale: epidemiologia e gestione del MMG.