



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.2 Vol.27 Marzo-Aprile 2020

COMUNICAZIONE IMPORTANTE: Codifica "COVID-19" in Millewin

Cari ricercatori Health Search, vi informiamo che è possibile inserire in Millewin i casi di Covid-19 con i seguenti codici sotto riportati. Vi sensibilizziamo all'utilizzo degli stessi per consentire ad Health Search di attuare una analisi puntuale nelle prossime settimane.

- **480.9/50: Covid-19, polmonite virale da SARS-COV-2 → da utilizzare nei casi CON polmonite**
- **460/36: Covid-19 malattia respiratoria acuta da SARS-COV-2 → da utilizzare nei casi SENZA polmonite**

INDICE DEGLI ARGOMENTI

Epidemiologia dei Disturbi Somatoformi nella Medicina Generale Italiana.....	2
Incidenza, fattori di rischio e tasso di riesacerbazione asmatica severa in uno studio pediatrico di coorte, internazionale e multi-database.....	8
Collaborazioni e Progetti Nazionali/Internazionali.....	10
Health Search Dashboard e Comunicazioni.....	12-13

ANALISI IN MEDICINA GENERALE

Epidemiologia dei Disturbi Somatoformi nella Medicina Generale Italiana

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

A cura di *Loris Pagano, Gabriele D'Ancona, Chiara Marchionni, Ilaria Miano*

[continua a pag. 2](#)



RICERCA INTERNAZIONALE

Incidenza, fattori di rischio e tasso di riesacerbazione asmatica severa in uno studio pediatrico di coorte, internazionale e multi-database

L'asma è un importante problema di salute pubblica e comporta significative limitazioni fisiche, sociali e professionali soprattutto nei casi in cui non è controllata.

A cura di *Marjolein Engelkes, Esme J. Baan, Maria A. J. de Ridder, Elisabeth Svensson, Daniel Prieto-Alhambra, Francesco Lapi, Carlo Giaquinto, Gino Picelli, Nada Boudiaf, Frank Albers, Lee A. Evitt, Sarah Cockle, Eric Bradford, Melissa K. Van Dyke, Robert Suruki, Peter Rijnbeek, Maria C. J. M. Sturkenboom, Hettie M. Janssens, Katia M. C. Verhamme*

[continua a pag. 8](#)



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

Epidemiologia dei Disturbi Somatoformi nella Medicina Generale Italiana

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

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

Panorama

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Costruzione degli indicatori

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

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

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

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

- **numeratore:** numero di pazienti con

una "nuova" diagnosi di Disturbo Somatoforme (ICD9 CM: 300.81, 300.82) al 31 dicembre 2018

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

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

Risultati dell'analisi

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

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

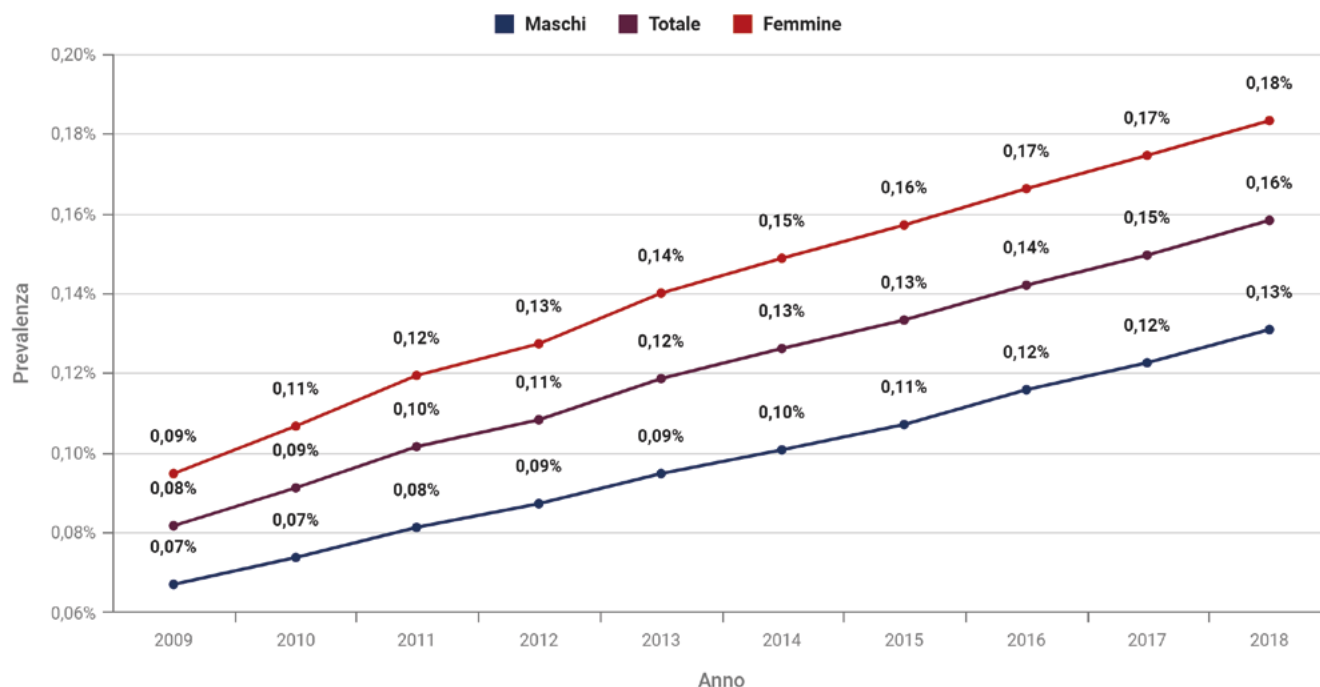
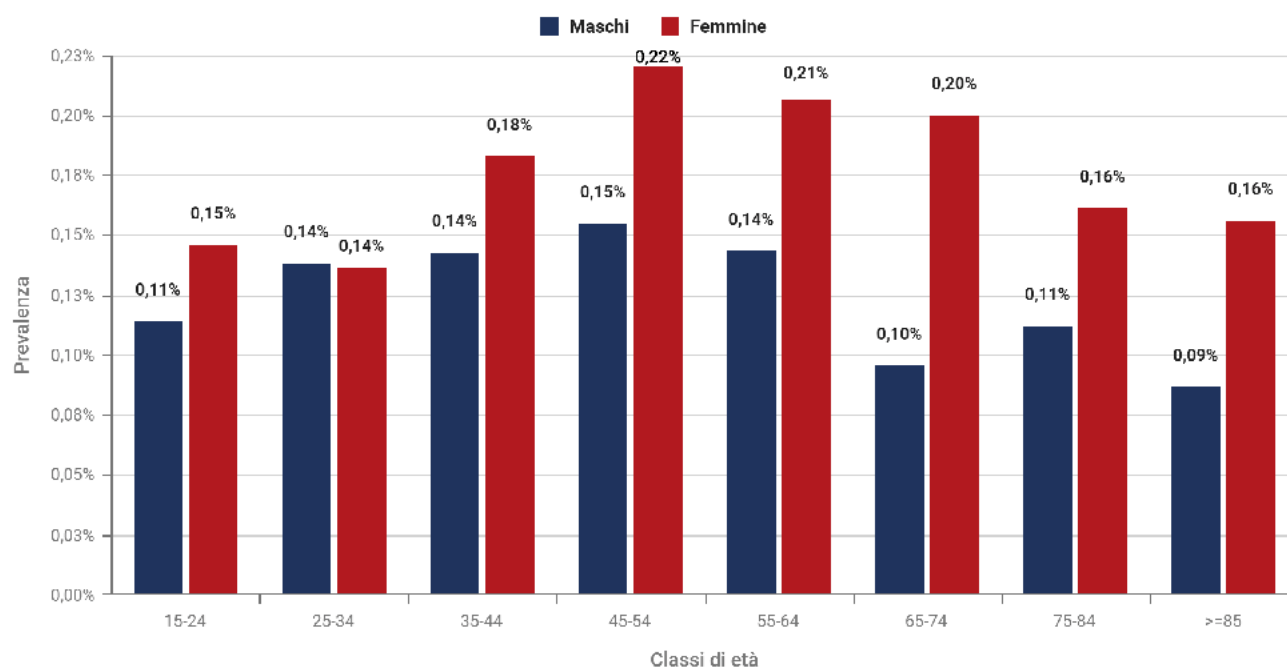


Figura 2. Prevalenza (%) del Disturbo Somatoforme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.



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

compresa tra i 45 ed i 54 anni (F: 0,22% vs. M: 0,15%) (Figura 2).

L'analisi della prevalenza a livello regionale evidenziava una localizzazione della patologia principalmente nelle regioni del Nord-Est, ed in Sardegna. La regione che ha mostrato la stima più

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

Per quanto riguarda l'incidenza del Disturbo Somatoforme, sono emersi 77

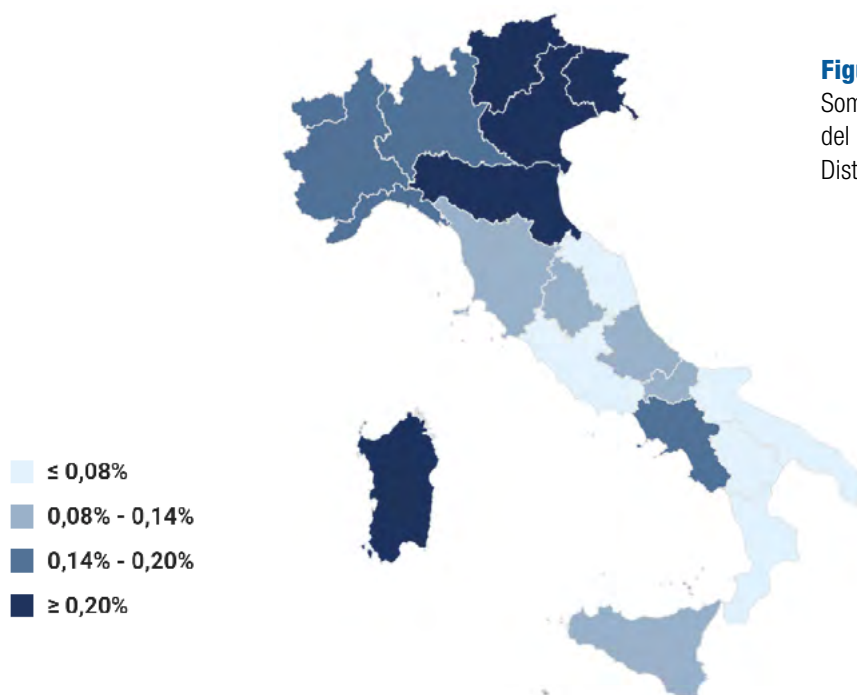
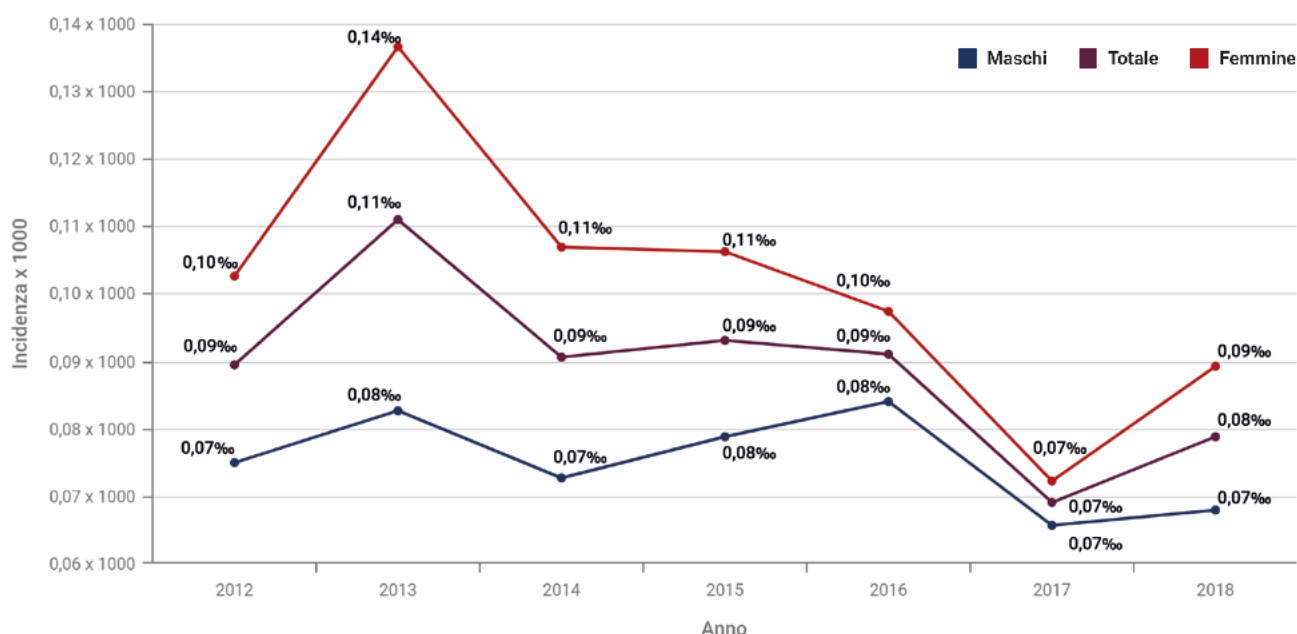


Figura 3. Prevalenza (%) del Disturbo Somatoforme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

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



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

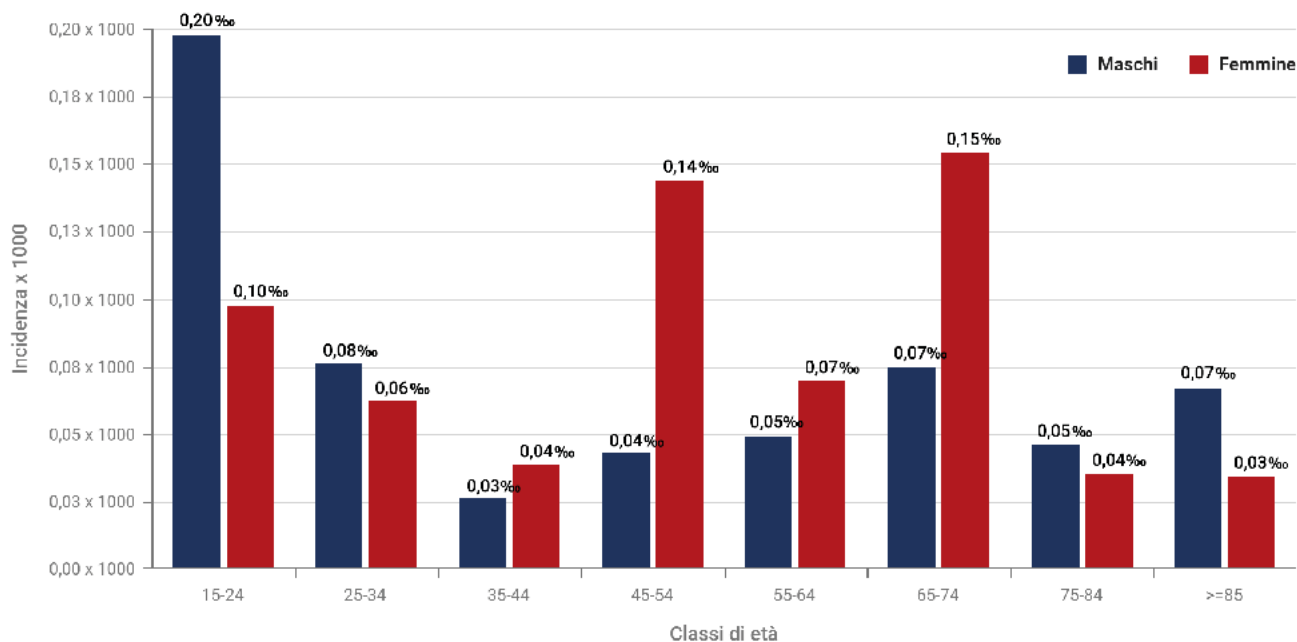
nuovi casi di malattia per una incidenza nel 2018 pari al 0,08‰. L'incidenza è progressivamente diminuita nel corso degli anni, con un trend relativamente costante (Figura 4).

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

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

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

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



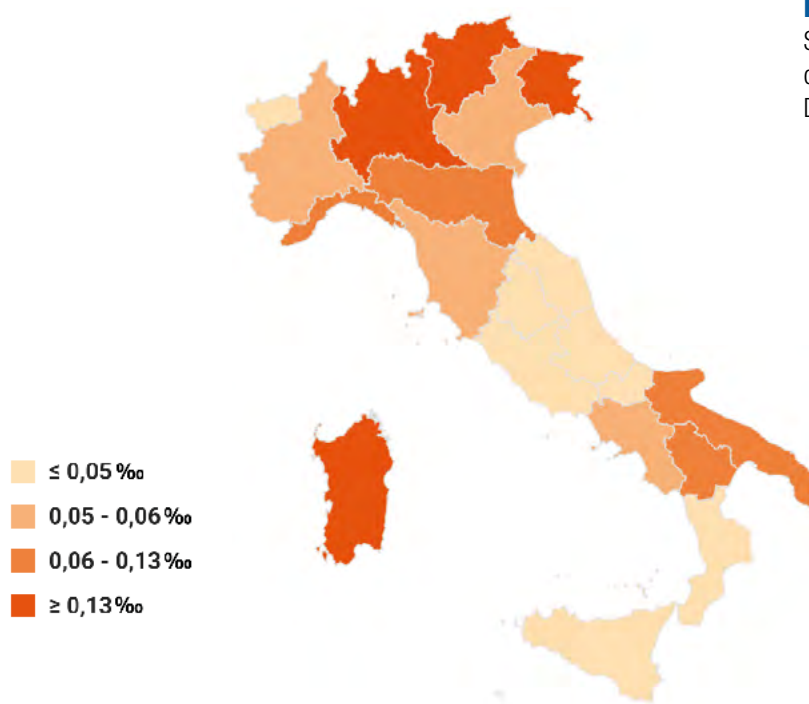


Figura 6. Incidenza (x 1000) del Disturbo Somatoforme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

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

Il parere del Medico di Medicina Generale

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

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

I Disturbi Somatoformi possono avere un andamento cronico, se non riconosciuti e non trattati; inducono il paziente ad essere un assiduo frequentatore dell'ambulatorio medico, con continue richieste di esami, visite e giorni di

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

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

I pazienti con un Disturbo Somatoforme tendono ad attribuire i loro sintomi a disordini fisici e la proposta di trattare tale corteo sintomatologico con un intervento sulla sfera psicologica non sempre viene accettato. **Un paziente che**

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

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

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

1. **Rassicurare il paziente di avere compreso le sue sensazioni:** per fare questo è necessario fornire al paziente il tempo di descrivere i suoi sintomi, di intervistarlo, di esaminarlo in modo attento, sapendo che rassicurare questi pazienti è più difficile rispetto agli altri. **L'abilità consiste nel riuscire**

a non minimizzare i suoi sintomi e le sue preoccupazioni e a convincere il paziente del fatto di essere compreso

2. **Partire dai sintomi somatici per arrivare ai sintomi psicologici:** è opportuno fare domande progressive, del tipo "Ha notato altri problemi?", "Si è sentito giù, malinconico o triste negli ultimi tempi?". Oppure "Ha perso interesse nel fare cose che prima le interessavano?" (per indagare un eventuale depressione), "Si sente teso, nervoso o molto preoccupato?" (per indagare sul versante ansioso). "Quanto alcol beve ultimamente?"
3. **Aiutare il paziente ad accettare una spiegazione non-fisica per i suoi sintomi rendendolo consapevole di essere affetto in realtà da un disturbo psichico (PSICOTERAPIA):** innanzitutto, è fondamentale rassicurarlo che i sintomi sono reali e non immaginari. Il fatto che non siano supportati da una causa fisica non significa che i sintomi non esistano. C'è sicuramente una ragione, che è costituita da un problema non esclusivamente organico, ma che va ricercata in fattori che determinano la sofferenza fisica. Al paziente va inoltre spiegato con accuratezza che lo stress, la tensione, l'insoddisfazione prolungata possono produrre conseguenze e sintomi somatici

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

Gli obiettivi da perseguire sono invece:

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

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

Per approfondire...

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

RICERCA INTERNAZIONALE

Incidenza, fattori di rischio e tasso di riesacerbazione asmatica severa in uno studio pediatrico di coorte, internazionale e multi-database.

Marjolein Engelkes¹, Esme J. Baan¹, Maria A. J. de Ridder¹, Elisabeth Svensson², Daniel Prieto-Alhambra^{3,4}, Francesco Lapi⁵, Carlo Giaquinto⁶, Gino Picelli⁷, Nada Boudiaf⁸, Frank Albers⁹, Lee A. Evitt¹⁰, Sarah Cockle¹⁰, Eric Bradford¹⁰, Melissa K. Van Dyke¹¹, Robert Suruki¹², Peter Rijnbeek¹, Maria C. J. M. Sturkenboom¹³, Hettie M. Janssens¹⁴, Katia M. C. Verhamme^{1,15}

¹ Medical Informatics, ErasmusMC, Rotterdam, The Netherlands; ² Dept. of Clinical Epidemiology, Aarhus University, Aarhus, Denmark; ³ Jordi Gol Primary Care Research Institute, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain; ⁴ Centre for Statistics in Medicine, NDORMS, University of Oxford, Oxford, UK; ⁵ Health Search, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG), Florence, Italy; ⁶ University of Padova, Padova, Italy; ⁷ Pédianet, Padova, Italy; ⁸ Research and Development, GlaxoSmithKline, Middlesex/UK; ⁹ Research and Development, GlaxoSmithKline, Research Triangle Park, North Carolina, USA; ¹⁰ Research and Development, GlaxoSmithKline, Brentford, UK; ¹¹ Research and Development, GlaxoSmithKline, Collegeville, Pennsylvania, USA; ¹² UCB Biosciences, Raleigh, NC, USA; ¹³ Julius Global Health, Utrecht University Medical Center, Utrecht, The Netherlands; ¹⁴ Pediatrics div Respiratory Medicine and Allergology, ErasmusMC-Sophia Children's Hospital, University Medical Center Rotterdam, The Netherlands; ¹⁵ Dept. of Infection Control & Epidemiology, OLV Hospital, Aalst, Belgium

Tratto da: ***Pediatric Allergy and Immunology***

Sito web: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/pai.13237>

Il contesto

L'asma è un importante problema di salute pubblica e comporta significative limitazioni fisiche, sociali e professionali soprattutto nei casi in cui non è controllata. Le esacerbazioni dell'asma rappresentano un declino della funzione polmonare associate ad un peggioramento dei sintomi respiratori come difficoltà respiratoria, tosse e/o senso di oppressione al torace. Secondo l'European Respiratory Society e dell'American Thoracic Society, una esacerbazione asmatica severa (severe asthma exacerbation, SAE) è definita come l'uso di corticosteroidi sistemici, visita del pronto soccorso o ricovero ospedaliero, tutto per motivi legati all'asma. Ad oggi, sono scarsi i dati anche a livello internazionale in merito

all'incidenza di esacerbazione asmatica severa nei pazienti pediatrici. Lo studio AIRE (The Asthma Insights and Reality in Europe), condotto sui pazienti asmatici di sette differenti paesi Europei attraverso interviste telefoniche, ha messo in evidenza una notevole eterogeneità nel tasso di esacerbazioni gravi. Difatti, circa il 7 ed il 40% dei bambini con asma riferiva un accesso in pronto soccorso per tale patologia, mentre dal 3 al 12% presentava un ricovero negli anni precedenti lo studio. Tuttavia, questa tipologia di studio può essere soggetta alla presenza di bias. Diversamente, la conduzione di studi clinici randomizzati, nonostante consentano di stimare l'incidenza di tali esacerbazioni, queste risulterebbero tuttavia molto ridotte rispetto alle stime reali a causa di rigidi criteri di inclusione ed esclusione e di

follow-up brevi.

Inoltre, ad oggi i fattori di rischio di SAE sono stati studiati principalmente nei pazienti adulti, mentre i dati sui pazienti pediatrici sono molto limitati.

Quello che appare evidente in numerosi studi condotti sul tema, è che il predittore migliore di insorgenza di SAE sia avere in anamnesi una storia precedente di tale evento. Fattore che implica quindi, un aumento nel rischio di re-ospedalizzazione.

L'obiettivo dello studio è stato quello di stimare i tassi di incidenza e i fattori di rischio di SAE, nonché studiare il tasso e l'incidenza cumulativa di ri-ospedalizzazioni legate all'asma nei bambini con asma e asma grave attraverso più fonti di dati provenienti da cinque diversi paesi europei.

Lo studio

Allo scopo di mettere in luce i suddetti aspetti a livello Europeo, nonché italiano, è stato condotto uno studio di coorte retrospettivo attraverso la partnership di sei differenti database Europei, compreso il database Health Search, messo a disposizione da SIMG.

A partire da una coorte di 212.060 pazienti con asma, sono stati identificati un totale di 14.283 tra bambini ed adolescenti, con un massimo di 17 anni (età media 10,4 anni), ed affetti da asma grave. **Di tutti i pazienti asmatici indentificati, tra il 3% ed il 29% di questi presentavano almeno una esacerbazione riscontrata durante il follow-up dello studio.** L'utilizzo di corticosteroidi sistemici variava da circa il 100% fino ad un minimo del 25%. **Globalmente, l'incidenza di SAE variava da 17 a 198 per 1000 persone-anno, mentre risultava più elevata nei pazienti con asma grave (46-375 per 1000 persone-anno).** Inoltre, questa diminuiva all'aumentare dell'età.

Nei pazienti che non presentavano una storia di esacerbazione, il tasso di incidenza di SAE variava tra 11 e 131 per 1.000 persone-anno. Diversamente, nei bambini con asma grave ed in quelli con esacerbazione precedente, l'incidenza aumentava ulteriormente (283-1.000 per 1.000 persone-anno). Questa elevata variabilità nel tasso di incidenza di SAE era emersa anche in altri studi che però si basavano su di una raccolta dati tramite questionario o intervista. In linea con lo studio appena descritto, l'Italia e la Spagna mostravano tassi di SAE più elevati rispetto alla Gran Bretagna. Allo stesso modo emergeva un maggior tasso di accessi al pronto soccorso in Spagna sempre rispetto a quello rilevato in Gran Bretagna.

Le ragioni di tale variazione, che venivano delucidate dagli autori riguardavano differenze nella gestione della malattia, nella misurazione della funzione polmonare così come nelle

prescrizioni di farmaci o nella scelta della specifica terapia nonché nei fattori ambientali e culturali.

In generale, è comunque complesso riuscire a confrontare i risultati di questo studio rispetto ad altri presenti in letteratura, in quanto quest'ultimi consideravano solo le ospedalizzazioni per asma o venivano presi in considerazione i corticosteroidi sistemici ma senza conoscerne l'indicazione d'uso oppure limitando lo studio su popolazioni eccessivamente selezionate.

Per quanto concerne l'identificazione dei fattori di rischio, la presenza di atopia, malattia da reflusso gastroesofageo e obesità



incrementava il rischio di SAE in alcuni database. Per quanto riguarda l'associazione tra età e storia di esacerbazione alcuni database mostravano un aumento del rischio di esacerbazioni all'aumentare dell'età, altri mostravano invece una associazione opposta.

Analizzando i tassi di re-ospedalizzazioni per asma, questi si riducevano all'aumentare del tempo dalla precedente ospedalizzazione. Globalmente, il tasso di re-ospedalizzazione si attestava tra il 5,4 ed il 7,7 per 10 persone-anno nei soggetti con asma e tra il 14,3 ed il 5,8 per 10 persone-anno. Per quanto riguarda l'incidenza

cumulativa di re-ospedalizzazione ad 1 anno questa risultava pari al 17-29% nei bambini con asma, mentre aumentava notevolmente (33-79%), considerando quelli con asma grave.

Il contributo di Health Search alla ricerca medico-scientifica

Lo studio descritto mette in luce sia la rilevanza scientifica del database Health Search che, al pari di pochi altri database europei, viene impiegato per condurre analisi real world di grande rilevanza clinica ed epidemiologica che l'utilità di tale fonte dati anche per lo studio di fenomeni tipici dell'età pediatrica.

Infatti, solo mediante fonti di dati di buona qualità, con una grande diversità di informazioni (cliniche e non), e che riguardano un'ampia popolazione, è possibile contribuire ad analizzare anche problematiche che per loro natura potrebbero essere difficilmente tracciate dai MMG.

Così facendo si impiegano i dati del mondo reale o real world data per descrivere in maniera così estesa l'epidemiologia di un fenomeno clinicamente impattante, e riuscire a definire quelli che sono i possibili determinanti. Questi risultati, nonché i dati sui quali sono stati estrapolati, sono di estremo interesse non solo per il mondo della ricerca, ma anche perché mettono in luce le criticità sulle quali è necessario intervenire così da migliorare la gestione di tali pazienti e raggiungere quello che è l'obiettivo più importante, cioè prevenire gli episodi di esacerbazione nei pazienti asmatici.

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'adequazione 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 degli antibiotici in Italia. Rapporto Nazionale 2018.

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 inappropriatelyzza. 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.

Collaborazioni e Progetti Internazionali

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 Institute

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.

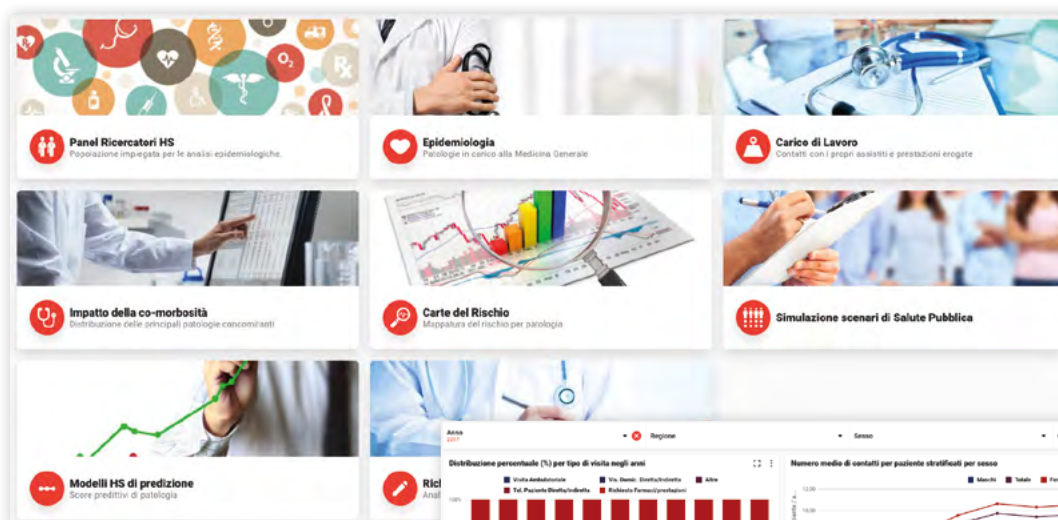
Health Search Dashboard



Health Search Dashboard

www.healthsearch.it/dashboard

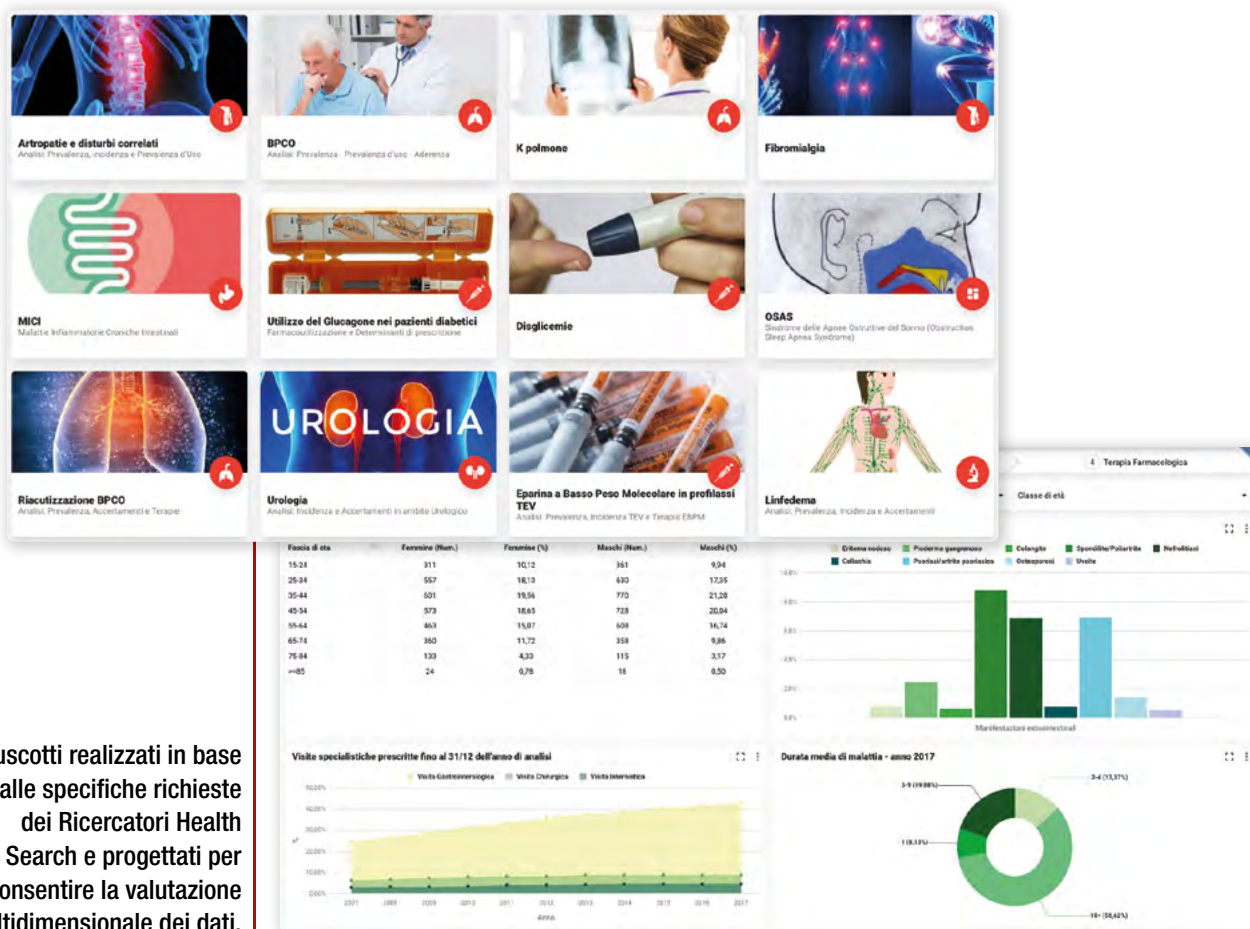
UN INNOVATIVO STRUMENTO DI REPORTISTICA E
ANALISI EPIDEMIOLOGICA BASATO SUL DATABASE HEALTH SEARCH



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

Comunicazioni



Il Team di Ricerca SIMG-Health Search partecipa attivamente allo sviluppo del software MilleGPG. A voi ricercatori Health Search, Millennium ha dedicato un listino speciale ed esclusivo di tale programma, offrendo licenza gratuita e canone ad un costo ridotto del 50% al fine di premiare lo sforzo che quotidianamente fate per consentire lo sviluppo della nostra rete di ricerca.

Per ulteriori informazioni vi invitiamo a contattare l'ufficio commerciale Millennium al numero verde:

NUMERO VERDE GRATUITO
800 949502



Listino riservato esclusivamente ai Ricercatori Health Search SIMG

Licenza d'uso MilleGPG: € 200,00 + IVA

GRATUITO

Canone annuo: € 200,00 + IVA

€ 100 + IVA

Le condizioni economiche sopra indicate sono riservate esclusivamente ai Ricercatori Health Search/IQVIA HEALTH LPD che sottoscriveranno personalmente il "contratto di cessione in licenza d'uso del prodotto software MilleGPG e prestazioni dei servizi connessi"

genomedics
health care consultants

Millennium
NATURAL ART & MEDICINE QUALITY



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.

Informativa Regolamentare

Ai sensi della legge 24 art 5,

- qualunque raccomandazione contenuta nelle comunicazioni/ riviste/pubblicazioni/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".