



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.3 Vol.27 Maggio-Giugno 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

Sindrome delle Apnee Notturme (OSAS) in Medicina Generale: epidemiologia e gestione del Medico di Medicina Generale.....	2
Uso pre-diagnostico di aspirina a basso dosaggio, rischio di metastasi incidente e mortalità per tutte le cause nei pazienti con carcinoma del colon-retto.....	12
Collaborazioni e Progetti Nazionali/Internazionali.....	14
Health Search Dashboard e Comunicazioni.....	16-17

ANALISI IN MEDICINA GENERALE

Sindrome delle Apnee Notturme (OSAS) in Medicina Generale: epidemiologia e gestione del Medico di Medicina Generale

La **Sindrome delle Apnee Notturme (Obstructive Sleep Apnea Syndrome - OSAS)** è una grave problematica clinica, nonché sociale ed economica, che viene annoverata, secondo i criteri della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), tra le patologie croniche respiratorie.

A cura di *Francesco Paolo Lombardo*

[continua a pag. 2](#)



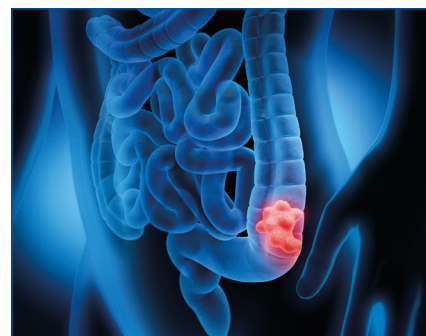
RICERCA INTERNAZIONALE

Uso pre-diagnostico di aspirina a basso dosaggio, rischio di metastasi incidente e mortalità per tutte le cause nei pazienti con carcinoma del colon-retto

Il carcinoma del colon-retto è il quarto tumore più comune al mondo, con circa 2 milioni di nuovi casi nel 2018, nonché la seconda causa di morte per cancro.

A cura di *Giovanni Giorli, Julie Rouette, Hui Yin, Francesco Lapi, Monica Simonetti, Claudio Cricelli, Michael Pollak, Laurent Azoula*

[continua a pag. 12](#)



CONTATTI

HEALTH SEARCH (SIMG)

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

IQVIA (Contact Center) Assistenza Tecnica

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

ANALISI IN MEDICINA GENERALE

Sindrome delle Apnee Notturme (OSAS) in Medicina Generale: epidemiologia e gestione del Medico di Medicina Generale

A cura di **Francesco Paolo Lombardo**¹

¹ Macroarea Cronicità SIMG, Coordinatore settore pneumologia

Panorama

La Sindrome delle Apnee Notturme (Obstructive Sleep Apnea Syndrome - OSAS) è una grave problematica clinica, nonché sociale ed economica, che viene annoverata, secondo i criteri della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), tra le patologie croniche respiratorie. Tale condizione si caratterizza da pause più o meno frequenti della respirazione durante il sonno, dovute ad una ostruzione completa (apnea) o parziale (ipopnea) della faringe in seguito ad alterazioni anatomiche e/o funzionali delle vie aeree superiori. **Difatti, una qualsiasi alterazione anatomica delle prime vie aeree combinata ad alterazioni neurofunzionali del controllo dei muscoli del distretto rino-orofaringeo ne è per definizione la causa.**

Comunemente si può parlare di OSAS quando il numero di apnee o eventi ostruttivi incompleti (ipopnee) si attestano o superano i 5 episodi per ora di sonno, con evidenza di sforzo respiratorio, associati ad altri sintomi come la sonnolenza diurna, oppure quando il numero di eventi risulta superiore o pari a 15 associati anche in questo caso a sforzi respiratori. Si considera di gravità lieve un OSAS con indice Apnea/ipopnea (AHI) fra 5 e 14, di grado moderato quando l'AHI è compreso fra 15 e 29 e grave quando l'indice Apnea/ipopnea è maggiore di 30. L'occorrenza ripetuta di apnee ed ipopnee comporta uno sforzo respiratorio nel soggetto con riduzione dei valori di saturazione ossiemoglobinica, fluttuazioni della frequenza cardiaca, aumento della

pressione arteriosa sistemica e polmonare e frammentazione del sonno. **Tra i fattori maggiormente implicati nell'insorgenza di OSAS ci sono, oltre alle alterazioni anatomiche funzionali delle prime vie aeree, l'obesità, l'abitudine al fumo, il consumo di alcol, l'età, il sesso e la menopausa.**

Dal punto di vista epidemiologico, l'OSAS è una patologia estremamente frequente a livello mondiale. Negli Stati Uniti la prevalenza nella popolazione generale è stimata al 4% degli uomini ed al 2% fra le donne, secondo altri studi che considerano un AHI > 5 la prevalenza negli Stati Uniti sale al 24% nei maschi e 9% nelle femmine nella fascia d'età fra i 30 e i 60 anni. Un recente studio (Hypnolus study) eseguito su un campione della popolazione adulta di Losanna in Svizzera effettuando un esame poligrafico ha mostrato una prevalenza di OSAS del 49,7% nella fascia d'età fra 40 e 85 anni. In Italia si stimano circa 6.000.000 di persone affette da OSAS di cui almeno 2.000.000 con patologia conclamata.

Nonostante essa sia una patologia frequente, si pensa che circa più del 70% dei possibili casi di OSAS non siano stati individuati. Questo rappresenta un elemento di notevole criticità considerando la stretta relazione tra OSAS e insorgenza di patologie respiratorie, cardiovascolari e neurocognitive. Inoltre, una delle problematiche più rilevanti associate a tale condizione è la sonnolenza secondaria, tema rilevante soprattutto nell'ambito della sicurezza stradale. **È compito del MMG o del Medico del lavoro/Medico competente identificare soprattutto i pazienti ad alto rischio, ovvero con**

grave sonnolenza diurna, e con storia di frequenti incidenti stradali.

Negli ultimi anni si è assistito ad un coinvolgimento sempre più crescente della Medicina Territoriale ed in particolare del MMG nella identificazione di interventi mirati a migliorare la governance clinica delle patologie respiratorie, compresa l'OSAS. **Difatti, il MMG rappresenta la figura chiave nella gestione delle patologie respiratorie croniche, in quanto la maggioranza delle consultazioni relative a tali problematiche coinvolge proprio il MMG. Le potenziali conseguenze patologiche dell'OSAS sottolineano proprio la necessità di una diagnosi e di un precoce trattamento.** Risulta di estrema importanza indirizzare l'assistenza di tale condizione verso un approccio multidisciplinare, costituito da una rete polispecialistica includente almeno neurologo, otorinolaringoiatra, pneumologo con competenze specifiche inerenti l'OSAS.

Comprendere il reale impatto di tale condizione nel setting della Medicina Generale, così come inquadrare la gestione di tali pazienti, è sicuramente un elemento di estrema rilevanza considerando il ruolo centrale attribuito alla Medicina Generale nei riguardi di tale patologia. Ovviamente tutto ciò richiede innanzitutto una fonte dati adeguata alla realizzazione di tale proposito. Le banche dati della Medicina Generale, come il database Health Search (HS) rappresentano difatti una preziosa fonte di informazione nello studio di tale problematica, difficilmente eguagliabile utilizzando altre fonti dati.

Sulla base di tali premesse, il seguente studio si è posto l'obiettivo di analizzare

l'OSAS nel setting della Medicina Generale, mediante l'impiego dei dati di HS, al fine di fornire il quadro epidemiologico completo e aggiornato della malattia, nonché della sua gestione da parte del MMG.

Costruzione degli indicatori

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

Prevalenza (%) di Sindrome delle Apnee Notturme, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una diagnosi di Sindrome delle Apnee Notturme (ICD9 CM: 780.57; 780.53) al 31 dicembre 2018;
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre 2018.

Incidenza (x 1000 pazienti) di Sindrome delle Apnee Notturme, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una "nuova" diagnosi di Sindrome

delle Apnee Notturme (ICD9 CM: 780.57; 780.53) al 31 dicembre 2018;

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

Distribuzione (%) dei pazienti con Sindrome delle Apnee Notturme sulla base del valore di BMI, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con BMI registrato (suddivisi in Obeso, Sovrappeso, Normopeso, Sottopeso, e Missing) nell'anno 2018;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di Sindrome delle Apnee Notturme (ICD9 CM: 780.57; 780.53) nel 2018.

Distribuzione (%) dei pazienti con Sindrome delle Apnee Notturme in base all'abitudine al fumo, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con registrazione dell'abitudine al fumo (suddivisi in Fumatore, Ex fumatore, Non fumatore e Missing) al 2018;
- **denominatore:** numero di pazienti

con una diagnosi di Sindrome delle Apnee Notturme (ICD9 CM: 780.57; 780.53) al 2018.

Prevalenza d'uso (%) di visite specialistiche e accertamenti tra i pazienti con Sindrome delle Apnee Notturme, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti con una richiesta di visita specialistica/accertamento (suddivise per le diverse discipline) nel 2018;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di Sindrome delle Apnee Notturme (ICD9 CM: 780.57; 780.53) nel 2018

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

Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di assistiti degli 800 MMG ricercatori HS attivi al 31 Dicembre 2018 sono stati identificati 11.672 pazienti affetti da OSAS, per una prevalenza pari all'1,15%. La malattia ha mostrato un trend in crescita negli ultimi 10 anni, passando dallo 0,26% nel 2009 al 1,15% nel 2018 (Figura 1). La prevalenza risultava superiore

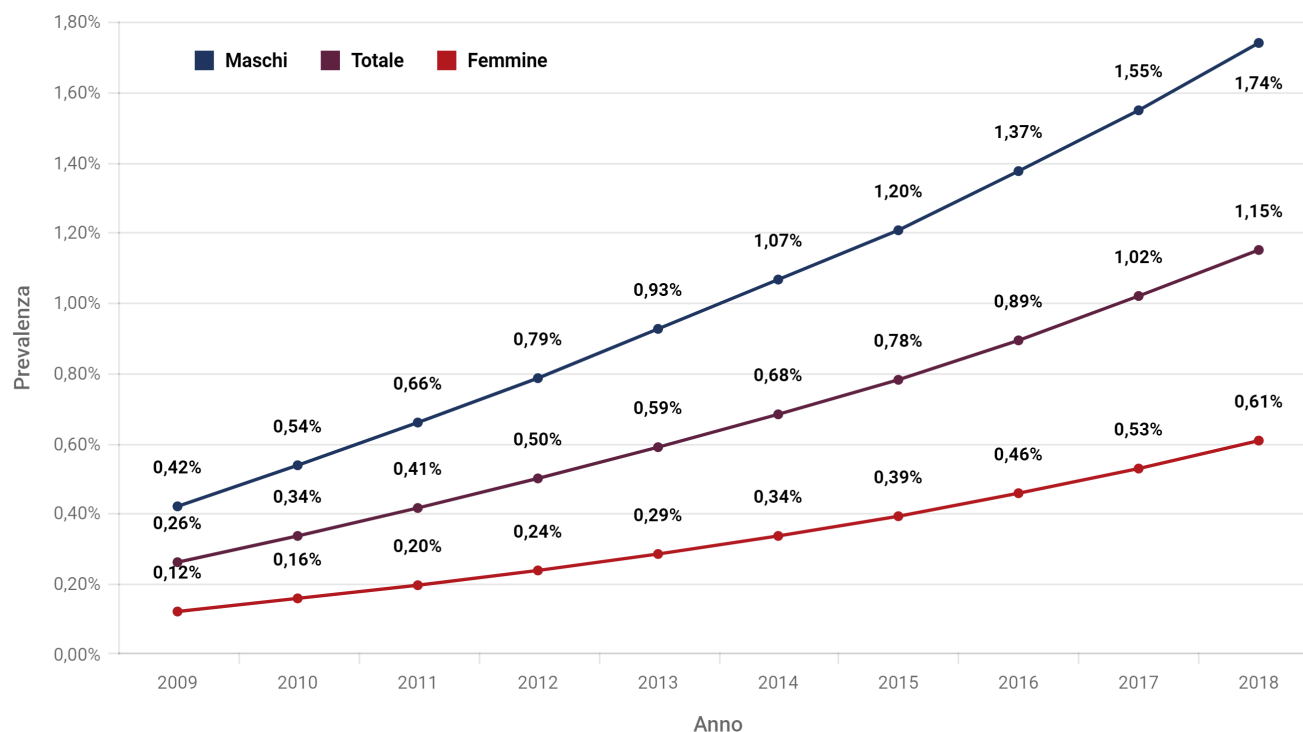
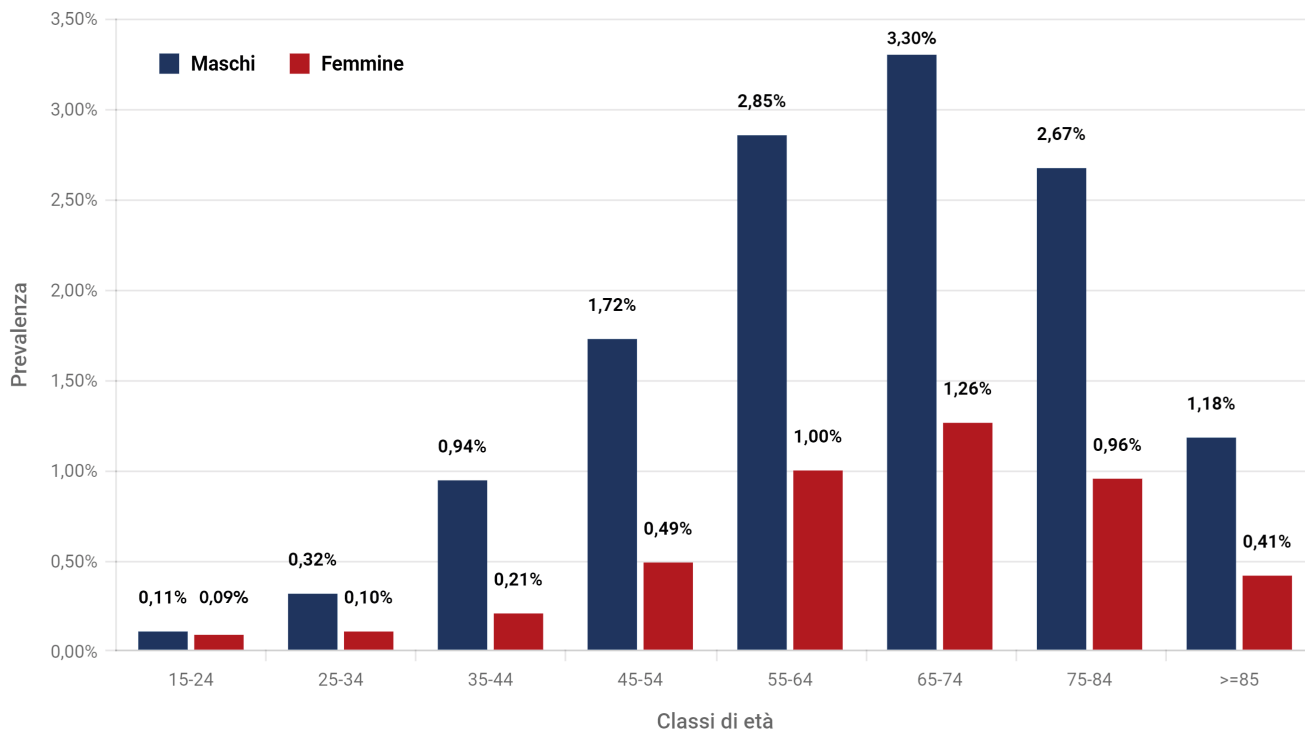


Figura 1. Prevalenza (%) della Sindrome delle Apnee Notturme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2009 - 2018.

Figura 2. Prevalenza (%) della Sindrome delle Apnee Notturme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.



negli uomini rispetto alle donne (M: 1,74% vs. F: 0,61%). Considerando le diverse fasce d'età, per entrambi i sessi, si osservava un **progressivo incremento nella prevalenza all'aumentare dell'età**, con il picco, sia per i maschi che per le femmine, **nei pazienti di età compresa tra i 65 ed i 74 anni (M: 3,30% vs. F: 1,26%)**, per poi tornare a decrescere nei più anziani (Figura 2).

L'analisi della prevalenza a livello regionale evidenziava una maggiore localizzazione della patologia principalmente nelle regioni del Centro,

ed in Sicilia (Figura 3). La regione che ha mostrato la stima più elevata è risultata essere l'Umbria (1,76%), seguita dal Lazio (1,61%), Abruzzo (1,48%), Emilia Romagna (1,43%) ed infine la Sicilia (1,23%).

Per quanto riguarda l'incidenza di OSAS nel 2018, emergevano 1.334 nuovi casi di malattia per una incidenza pari al 1,33‰. L'incidenza si è mantenuta sostanzialmente stabile nel corso degli anni, con un trend in lieve

crescita (Figura 4). Come nel caso della prevalenza, l'incidenza è risultata **più elevata nei maschi rispetto alle femmine (M: 1,92‰ vs. F: 0,79‰)**. Stratificando l'analisi anche per fasce d'età, per entrambi i sessi l'incidenza aumentava al crescere dell'età e raggiungeva il picco nei pazienti di età compresa tra i 65 ed i 74 anni (M: 3,36‰ vs. F: 1,60‰) (Figura 5). Analizzando l'incidenza di OSAS su

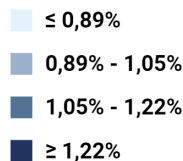
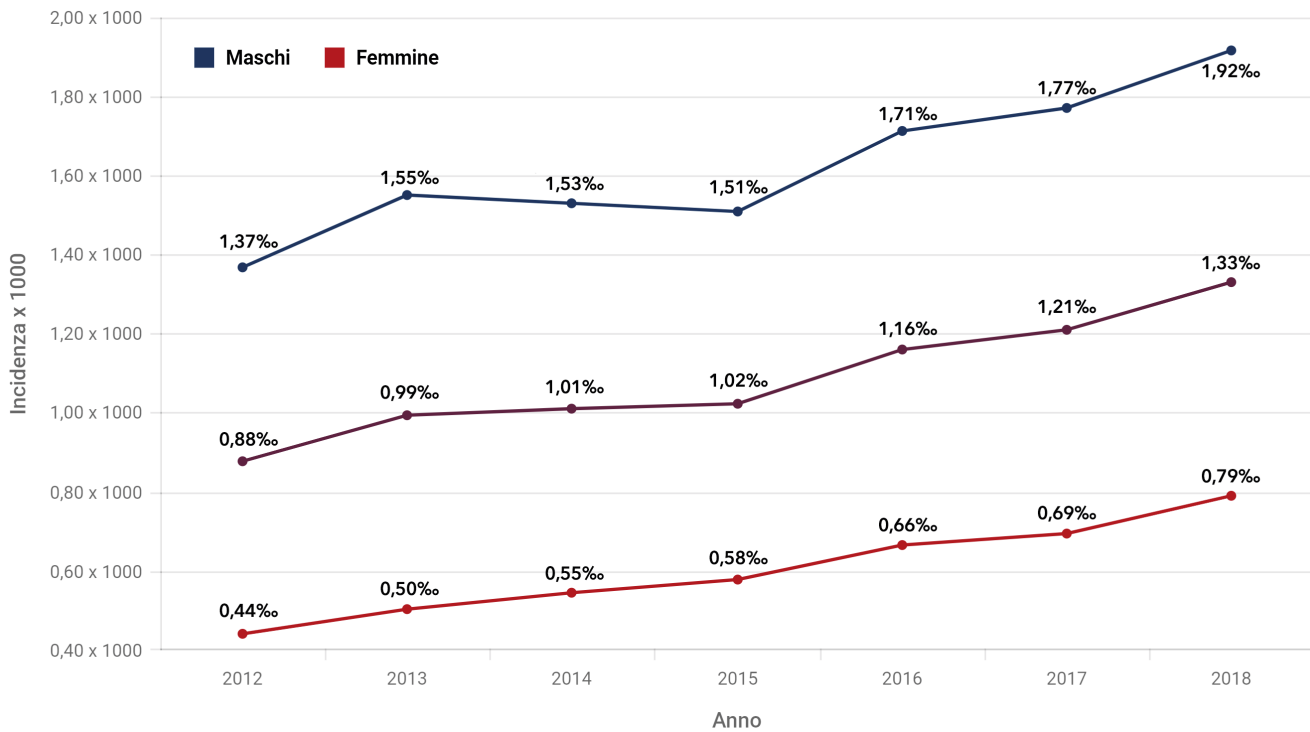


Figura 3. Prevalenza (%) della Sindrome delle Apnee Notturme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

Figura 4. Incidenza (x 1000) della Sindrome delle Apnee Notturme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2009 - 2018.



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

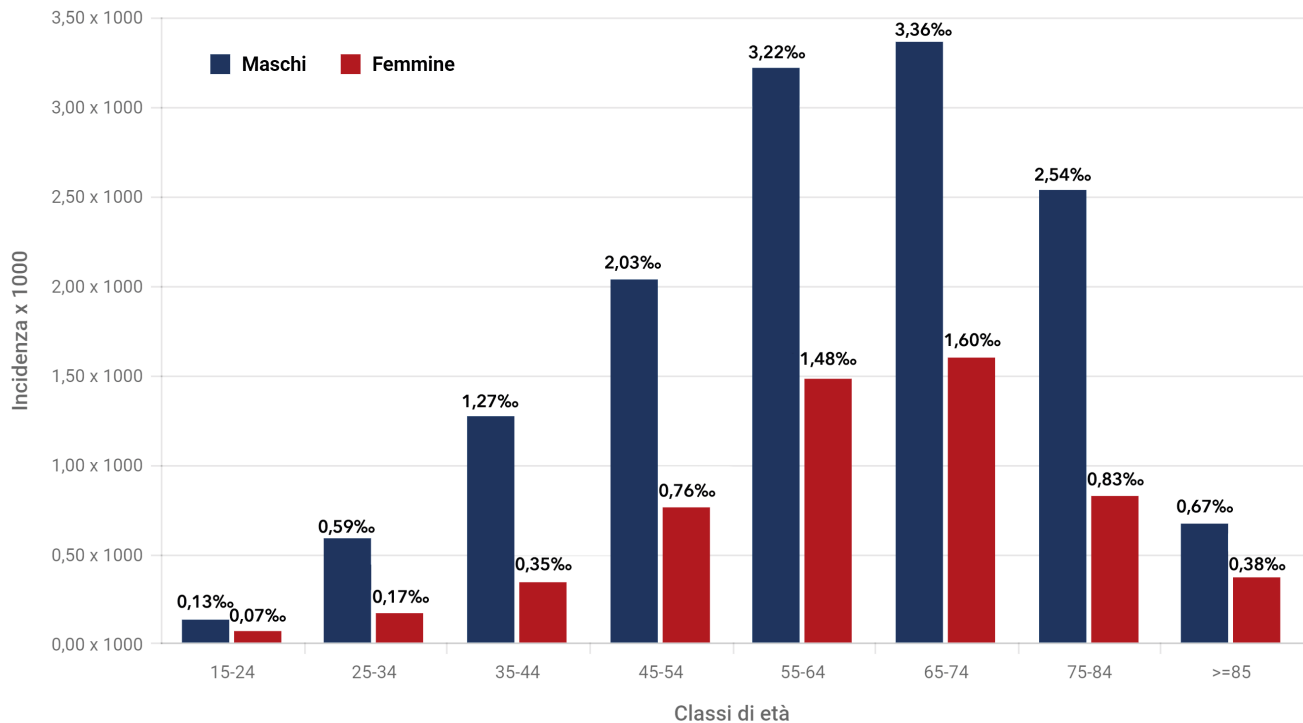
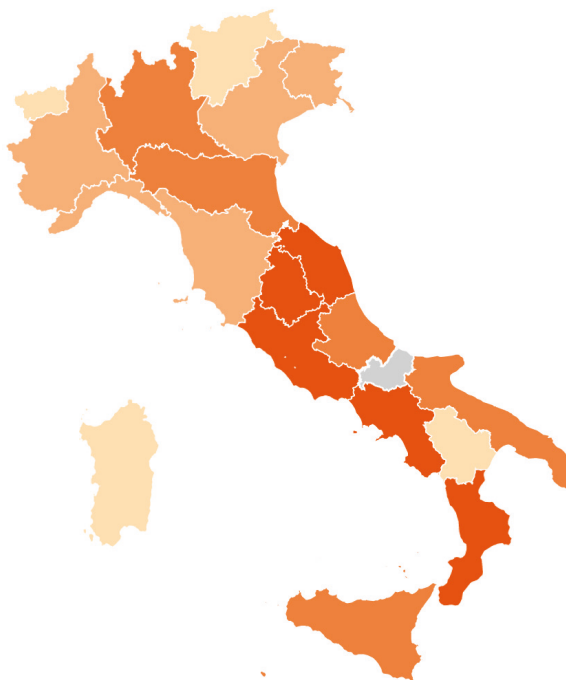


Figura 5. Incidenza (x 1000) della Sindrome delle Apnee Notturme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.

Figura 6. Incidenza (x 1000) della Sindrome delle Apnee Notturme nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

- ≤ 1,06 ‰
- 1,06 - 1,32 ‰
- 1,32 - 1,44 ‰
- ≥ 1,44 ‰



base regionale, come emerso dalla precedente analisi, questa risultava maggiore nelle ragioni del Centro-Sud e Sud Italia (Figura 6). In particolare, la regione che ha mostrato la stima più elevata è risultata essere la Calabria

(2,13‰), seguita dal Lazio (1,58‰), Marche (1,55‰) e Umbria (1,51‰). Analizzando la distribuzione dei pazienti con OSAS in base all'indice di BMI, emergeva come il 12,25% dei pazienti fosse obeso, il 5,83% sovrappeso, il

2,12% normopeso mentre lo 0,05% risultava sottopeso. È importante però sottolineare come il 79,74% dei pazienti con OSAS non possedesse un dato di BMI registrato in cartella (Figura 7). Per quanto concerne l'abitudine al fumo,

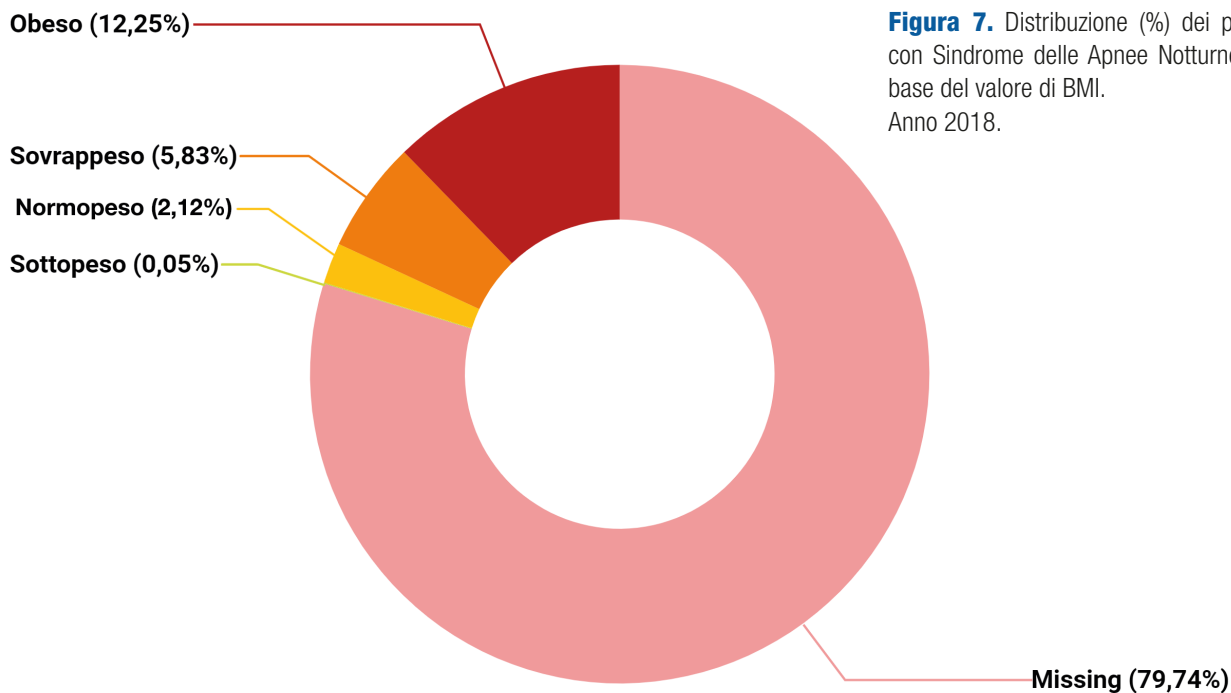
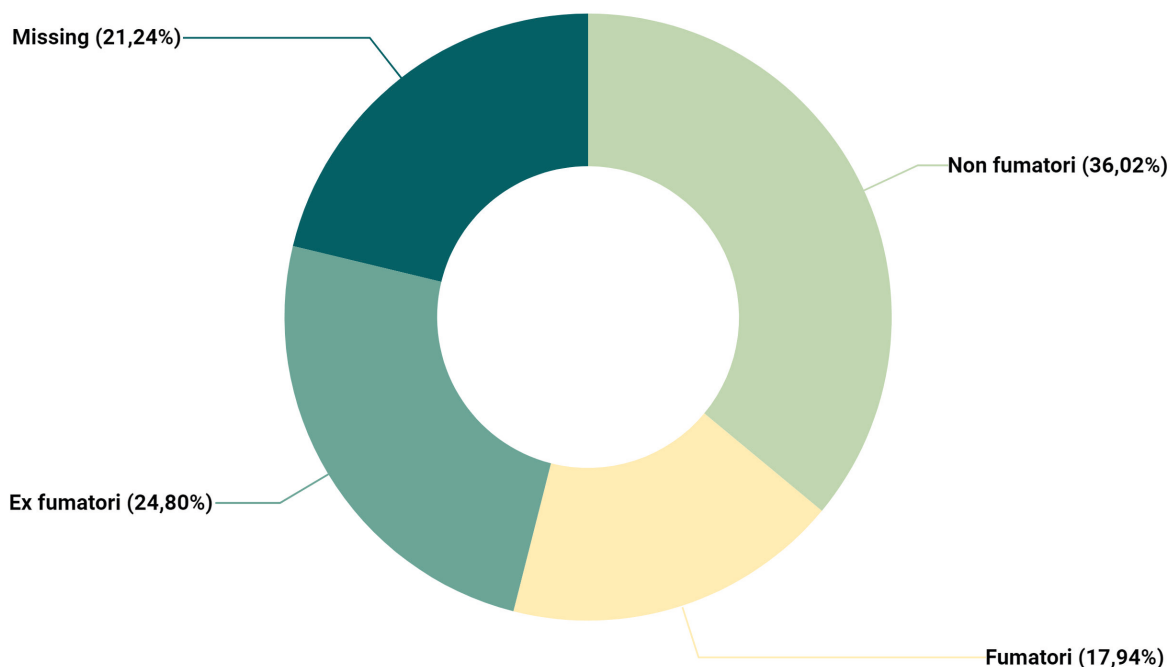


Figura 7. Distribuzione (%) dei pazienti con Sindrome delle Apnee Notturme sulla base del valore di BMI. Anno 2018.

Figura 8. Distribuzione (%) dei pazienti con Sindrome delle Apnee Notturme sulla base dell'abitudine al fumo. Anno 2018.



la percentuale di dato mancante era inferiore rispetto al BMI, attestandosi al 21,24%. **Valutando l'abitudine al fumo nei pazienti con OSAS, il 36,02% risultava non fumatore, il 24,80% ex fumatore ed infine il 17,94% veniva indicato come fumatore (Figura 8).**

Per quanto riguarda la gestione della malattia da parte del MMG, la visita specialistica maggiormente richiesta risultava essere la visita pneumologica nel 36,5% dei pazienti con OSAS, seguita da quella otorinolaringoiatrica (31,4%) ed infine dalla visita odontoiatrica

(6,4%). **L'accertamento maggiormente richiesto dal MMG nei pazienti con OSAS era il polisonnogramma, prescritto nel 23,9% dei pazienti,** seguito dalla poligrafia (1,5%) e dal controllo della saturimetria (0,4%) (**Figura 9**). Analizzando le distribuzioni di visite

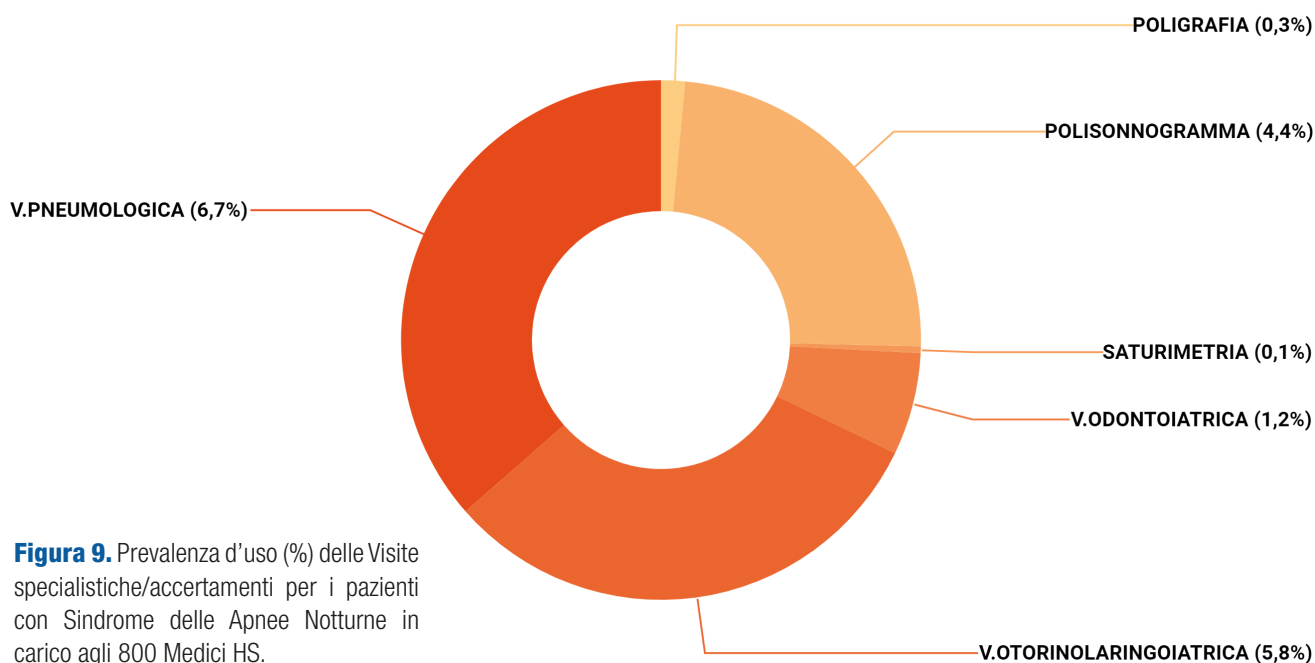
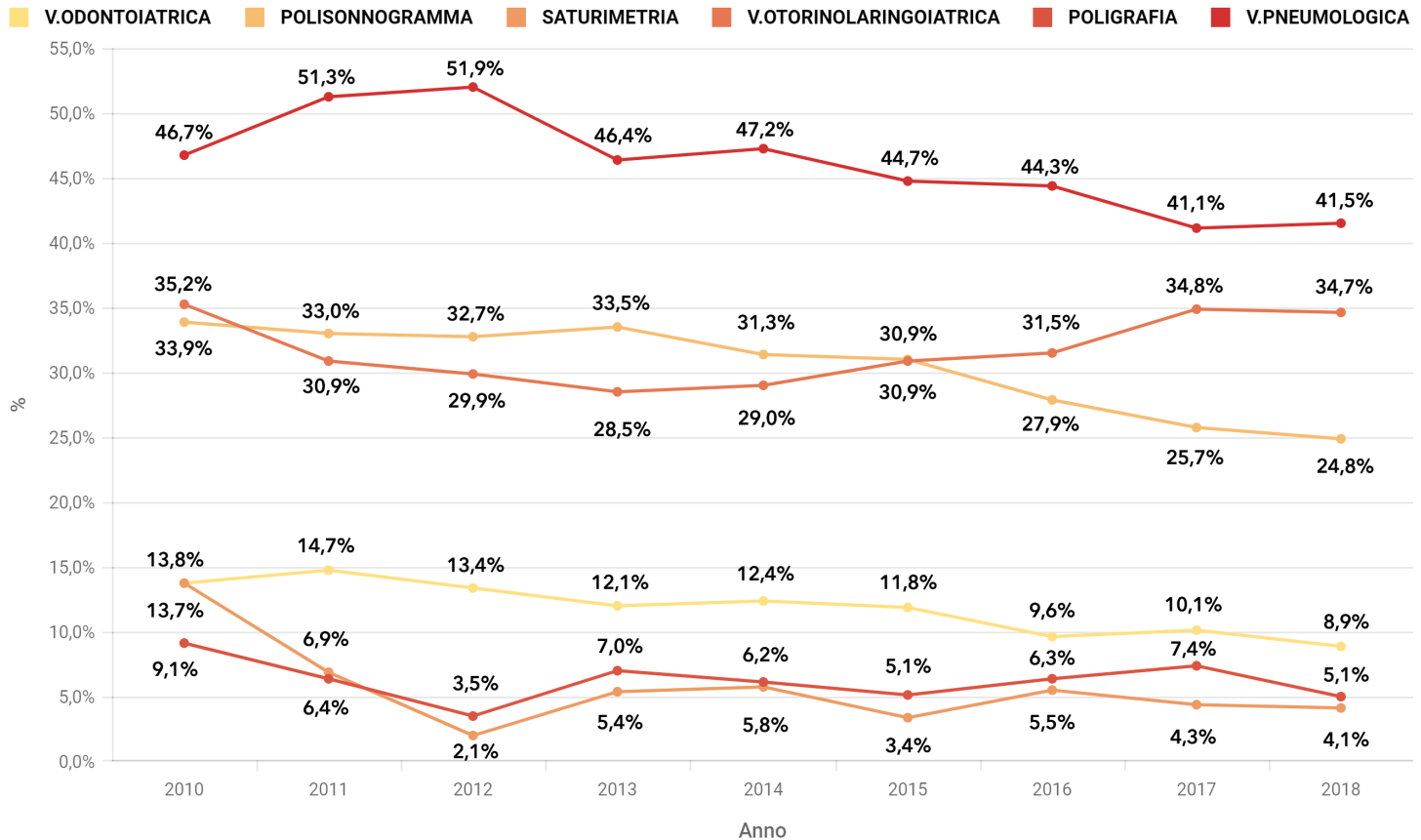


Figura 9. Prevalenza d'uso (%) delle Visite specialistiche/accertamenti per i pazienti con Sindrome delle Apnee Notturme in carico agli 800 Medici HS. Anno 2018.

Figura 10. Analisi del trend di prevalenza d'uso (%) delle visite specialistiche/accertamenti per i pazienti con Sindrome delle Apnee Notturne in carico agli 800 Medici HS. Anni 2009 - 2018.



specialistiche/accertamenti prescritte nei pazienti con OSAS stratificando l'analisi per anno (2009-2018), si osservava un trend costante caratterizzato solo da lievi oscillazioni (Figura 10).

Infine, la modalità di gestione del paziente con OSAS in termini di prescrizione di visite specialistiche/accertamenti è stata valutata a livello regionale (Figura 11). Emergeva un certo grado di eterogeneità tra le varie Regioni soprattutto per quando riguarda le richieste di polisonnogramma, così come relativamente alle prescrizioni di visite specialistiche, in particolare quella otorinolaringoiatrica.

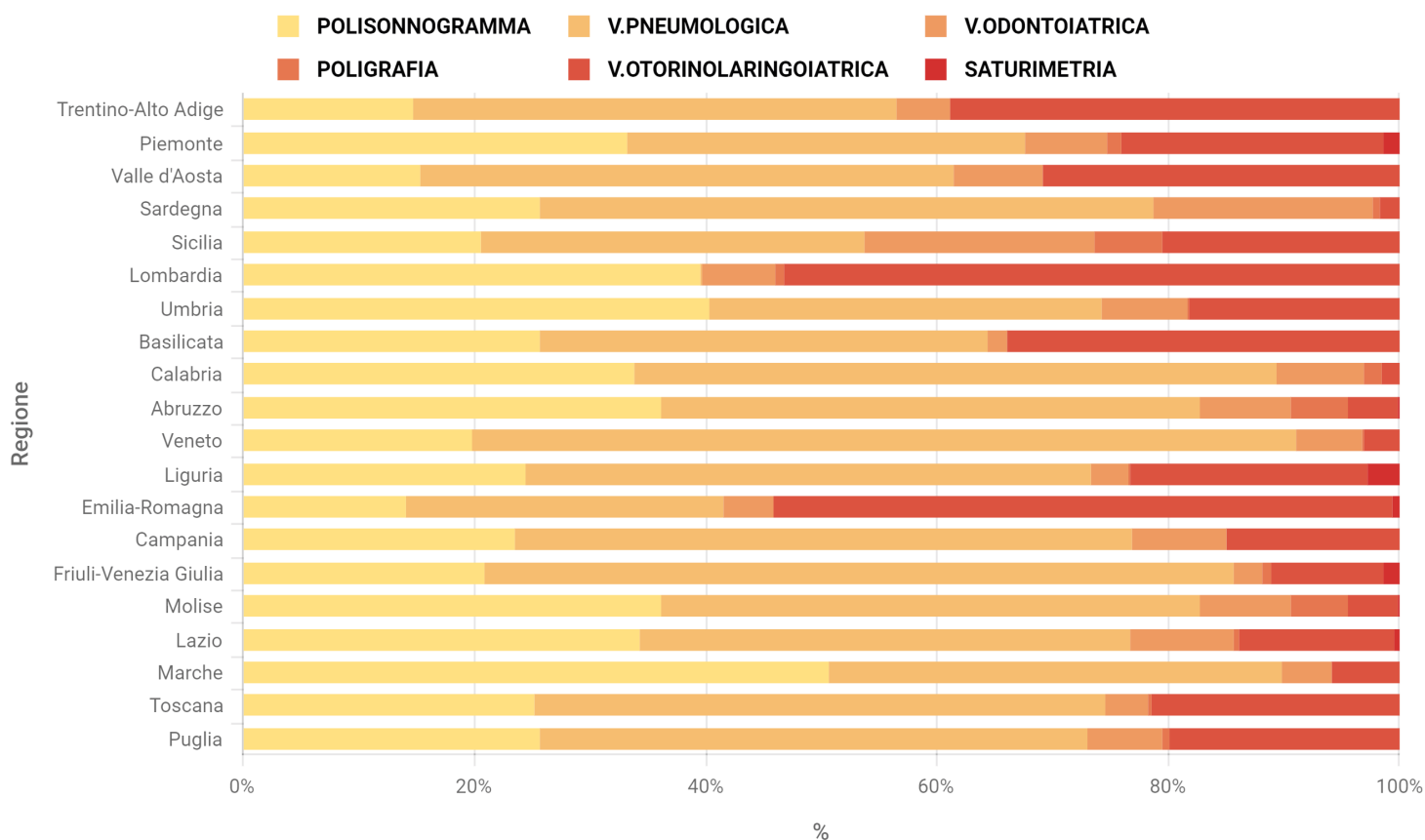
Il parere del Medico di Medicina Generale

La sindrome delle Apnee notturne (OSAS) è una patologia caratterizzata da interruzioni temporanee della respirazione durante il sonno, dovute all'ostruzione parziale o totale delle prime vie aeree (massimamente alla faringe) con conseguente riduzione della concentrazione di ossigeno nel sangue. È presente in età adulta, ma frequentemente anche nell'età pediatrica. La gravità dell'OSAS è convenzionalmente indicata dall'indice apnea/ipopnea per ora di sonno. Si definisce apnea nel sonno

l'interruzione del flusso oro-nasale per almeno 10 secondi associata ad una desaturazione di O2 superiore al 4% del basale (3% secondo altri autori). L'ipopnea nel sonno è invece definita come una riduzione del flusso oro-nasale superiore al 50% associata a riduzione della saturazione di O2 del 4% del basale (3% secondo altri autori).

Globalmente, l'OSAS è una patologia ampiamente sottodiagnosticata, ma soprattutto fortemente sottovalutata vista la sua associazione con un maggior rischio di patologie cardiovascolari, neurologiche, metaboliche ed anche oncologiche.

Figura 11. Prevalenza d'uso (%) delle visite specialistiche/accertamenti per i pazienti con Sindrome delle Apnee Notturme in carico agli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.



Inoltre, tale condizione comporta dei costi diretti e indiretti elevatissimi che si attestano in Italia intorno a 2,9 miliardi di Euro.

La prevalenza in HS, nel 2018, risulta pari all'1,15%, indicando una forte sottodiagnosi della patologia, considerando anche il fatto che l'85% dei pazienti affetti OSAS non riceve mai una diagnosi nel corso della sua vita. Difatti, ogni MMG con 1000 assistiti dovrebbe avere da 100 a 240 soggetti affetti da OSAS. A conferma però del crescente interesse per questa patologia i dati di HS segnalano come negli ultimi anni la prevalenza di OSAS in Medicina

Generale si sia quasi decuplicata.

Ma perché il MMG può e deve avere un ruolo importante nella gestione di tale patologia?

Da un lato perché è in grado di valorizzare i sintomi e la presenza di patologie che possono evocare il sospetto di OSAS, dall'altro perché tale condizione ha forti ricadute sociali.

Spesso è associata al russamento notturno, una delle cause principali di separazione del letto coniugale, così come all'eccessiva sonnolenza diurna, causa spesso di possibili incidenti stradali (anche se bisogna ricordare che non è l'unica causa e nemmeno la

più importante di incidenti della strada), incidenti sul lavoro e più in generale di minore rendimento in ambito lavorativo. **Inoltre l'OSAS è un fattore di rischio per molte patologie cardiovascolari, neurologiche, metaboliche e secondo studi recenti anche di neoplasie.** Già nel 2011, uno studio pubblicato sulla rivista "Hypertension" ha mostrato come l'OSAS sia la causa più comune di ipertensione resistente a terapia medica nonché, come ormai già noto, sia fortemente associata a fibrillazione atriale e ad aritmie cardiache in generale, cardiopatia ischemica, ictus cerebrale, scompenso cardiaco, ma anche a dislipidemia, diabete, deficit

Colpi di sonno, un problema da più di 12mila incidenti all'anno



attentivo-mnesico, neoplasie, sindrome ansioso depressiva.

A tal proposito è importante sottolineare che solo l'esecuzione di un monitoraggio cardiorespiratorio notturno o una polisonnografia, può confermare la diagnosi di OSAS. Pertanto, nel caso in cui un MMG abbia il sospetto della presenza di tale patologia deve inviare il paziente al Centro di riferimento per i disturbi del sonno per la conferma diagnostica e l'eventuale terapia, che nella maggioranza dei casi, pur con diverse modalità, è la CPAP (Continuous Positive Airways Pressure).

Quali elementi e quali strumenti possono essere utili e devono essere valorizzati dal MMG nel sospetto diagnostico OSAS?

La valutazione di fattori di rischio, di sintomi determinati dalla presenza di OSAS, la presenza di comorbidità, se correttamente interpretati, possono guidare nella identificazione di quali pazienti inviare al Centro di riferimento per la conferma diagnostica.

- **Fattori di rischio per OSAS:**

Età, sesso, razza, obesità, roncopia, patologie di pertinenza

otorinolaringoiatrica, morfologia cranio-facciale (micro-retrognazia), fumo, alcool, utilizzo di farmaci (es. benzodiazepine, ma non solo), circonferenza del collo (>43 cm nei maschi, >41 cm nelle femmine) e aumento del tessuto linfoide del collo in età giovanile.

- **Sintomi diurni:**

Eccessiva sonnolenza diurna, mancato sollievo dal sonno, deficit di concentrazione, turbe mnesiche e di attenzione, cefalea mattutina al risveglio (più frequente nelle donne), riduzione della libido, deficit erettile, disturbi dell'umore (irritabilità, irascibilità), ridotta performance lavorativa.

- **Sintomi notturni:**

Russamento, apnee nel sonno (riferite dal o dalla partner), sonno frammentato con frequenti risvegli e movimenti del corpo, risvegli notturni con sensazione di soffocamento (choking), nicturia, sudorazione notturna, risvegli con sensazione di bocca asciutta, tosse e enuresi.

- **Presenza di comorbidità:**

Ipertensione (maggiormente se resistente a terapia medica), fibrillazione atriale

o altre aritmie, cardiopatia ischemica, ictus, diabete, dislipidemia, asma e BPCO. I dati di HS mostrano come più di un terzo dei pazienti con OSAS abbiano 3 o più comorbidità e che solo poco più del 20% di essi non ha riportata in cartella almeno una comorbidità.

- **Esame obiettivo:**

BMI, presenza di micro o retrognazia, patologie otorinolaringoiatriche, esame della faringe (macroglossia, ipertrofia tonsillare (score di Mallampati), misurazione della pressione arteriosa, esame obiettivo di cuore e polmone e misurazione della circonferenza del collo.

Molti dei sintomi e segni appena descritti potrebbero tuttavia non essere riferiti dai pazienti stessi, inoltre alcuni di essi potrebbero avere un effetto confondente nei riguardi di altre patologie (es. la nicturia, legata alla secrezione di fattore natriuretico atriale nelle apnee notturne, spesso attribuita nel maschio all'ipertrofia prostatica, ma facilmente distinguibile se indagata correttamente). È opportuno quindi che la visita, in caso di sospetto di OSAS, sia effettuata alla presenza del partner, che può riferire meglio la presenza o assenza di sintomi

tipici e soprattutto della presenza di apnee nel sonno.

Quali strumenti sono a disposizione del MMG nel sospetto di OSAS?

L'utilizzo di questionari, validati, che indagano sui sintomi e sull'eccessiva sonnolenza diurna. Anche se la maggior parte di essi non sono spesso compatibili con l'attività della Medicina Generale, alcuni di questi (esempio il questionario **STOP-BANG**), più semplici e con poche domande, possono essere utilizzati nel setting delle cure primarie con funzione di screening dei pazienti, i quali dovranno comunque poi eseguire una poligrafia per la conferma diagnostica.

Strumenti fondamentali di aiuto per il MMG sono inoltre le cartelle cliniche elettroniche. Nelle più recenti versioni sono quasi sempre presenti strumenti di supporto decisionale basati sui dati registrati (sintomi, patologie presenti, età, peso corporeo) che suggeriscono al MMG la valutazione di una possibile OSAS.

Di non secondaria importanza la possibilità per il MMG di registrare in cartella clinica i valori del punteggio STOP – BANG e la circonferenza del collo, **parametri che possono essere successivamente valutati per finalità di Audit Clinico e integrati con le**

misurazioni derivanti dall'eventuale utilizzo di dispositivi medicali. Infatti, sono presenti in commercio alcuni device che non possono in nessun modo confermare il sospetto diagnostico di OSAS, ma possono essere d'aiuto per lo screening dei pazienti a rischio misurando oltre al flusso nasale, anche la saturimetria notturna.

Infine, è importante sottolineare quella che è una delle principali criticità nella gestione di tale patologia, cioè quella legata alle lunghe liste d'attesa per eseguire la consulenza specialistica, l'esame polisonnografico per la conferma diagnostica, e la prescrizione della corretta terapia.

Per approfondire...

- World Health Organization. **Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases. A comprehensive approach.** 2007. Disponibile all'indirizzo <http://www.who.int/gard/publications/GARD%20Book%202007.pdf> (ultimo accesso marzo 2017)
- White DP, Younes MK. **Obstructive sleep apnea.** Compr Physiol 2012; 2: 2541-94; <https://doi.org/10.1002/cphy.c110064>; <https://doi.org/10.1002/9781118704493.ch7>
- Maspero C, Giannini L, Galbiati G, Rosso G, Farronato G. **Obstructive sleep apnea syndrome: a literature review.** Minerva Stomatol. 2015 Apr;64(2):97-109.
- Silva KV, Rosa ML, Jorge AJ, Leite AR, Correia DM, Silva Dde S, Cetto DB, Brum Ada P, Silveira Netto P, Rodrigues GD. **Prevalence of Risk for Obstructive Sleep Apnea Syndrome and Association With Risk Factors in Primary Care.** Arq Bras Cardiol. 2016 Jun;106(6):474-80.

RICERCA INTERNAZIONALE

Uso pre-diagnostico di aspirina a basso dosaggio, rischio di metastasi incidente e mortalità per tutte le cause nei pazienti con carcinoma del colon-retto.

Giovanni Giorli^{1,3*}, Julie Rouette^{1,2}, Hui Yin¹, Francesco Lapi⁴, Monica Simonetti⁴, Claudio Cricelli⁴, Michael Pollak^{5,6}, Laurent Azoula^{1,2,6}

¹ Centre for Clinical Epidemiology, Lady Davis Institute, Jewish General Hospital, Montreal, Canada; ² Department of Epidemiology, Biostatistics, and Occupational Health, McGill University, Montreal, Canada; ³ Department of Statistics and Quantitative Methods, Unit of Biostatistics and Epidemiology, University of Milano-Bicocca, Milano, Italy; ⁴ Health Search, Italian College of General Practitioners and Primary Care – SIMG, Firenze, Italy; ⁵ Segal Cancer Center, Lady Davis Institute for Medical Research, Jewish General Hospital, Montreal, Canada; ⁶ Gerald Bronfman Department of Oncology, McGill University, Montreal, Canada; * Present affiliation: Experimental Medicine and Rheumatology, William Harvey Research Institute, Queen Mary University of London, London, UK

Tratto da: **British Journal of Clinical Pharmacology**

Sito web: <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bcp.14329>

Il contesto

Il carcinoma del colon-retto è il quarto tumore più comune al mondo, con circa 2 milioni di nuovi casi nel 2018, nonché la seconda causa di morte per cancro.

Attualmente la United States Preventive Task Force raccomanda l'uso di aspirina a basso dosaggio per la prevenzione primaria del carcinoma del colon-retto negli adulti di età compresa tra 50 e 59 anni con un rischio a 10 anni di malattie cardiovascolari pari o superiore al 10%. Questa raccomandazione si basa sull'evidenza che l'uso di aspirina può ridurre l'incidenza del carcinoma del colon-retto dopo 5-10 anni di utilizzo in quella specifica popolazione di pazienti.

Tuttavia ancora non è chiaro se il beneficio di tale terapia possa essere esteso alla prevenzione secondaria.

Alcune ricerche hanno studiato l'associazione tra l'uso pre-diagnostico dell'aspirina a basso dosaggio e la prognosi del cancro ed hanno mostrato risultati incoerenti, mentre altri hanno evidenziato come l'uso pre diagnosi di aspirina a basso dosaggio fosse

associato ad una riduzione nella mortalità, così come del rischio di metastasi, nonostante molti di questi studi fossero però caratterizzati da importanti lacune metodologiche.

Tutto ciò fa sì che l'uso di aspirina a basse dosi precedente la diagnosi

osservazionali che affrontino i limiti degli studi precedenti e si concentrino sull'uso dell'aspirina a basso dosaggio prima di una diagnosi di carcinoma del colon-retto così da mettere in luce i suoi effetti sulla prognosi della malattia.



di carcinoma del colon-retto sia ancora fortemente dibattuto, nonché limitatamente sostenuto da deboli evidenze.

Sono quindi necessari ampi studi

Lo studio

Allo scopo di mettere in luce il beneficio nell'uso di aspirina a basso dosaggio pre-diagnosi di carcinoma del colon-retto, SIMG, in collaborazione con l'Università di Milano-Bicocca e con la McGill University (Montreal, Canada), ha condotto un'analisi volta a determinare se l'uso di tale farmaco prima della diagnosi del carcinoma del colon-retto fosse associata ad una riduzione nel rischio di metastasi e di mortalità per tutte le cause.

Analizzando il database Health Search (HS), nel periodo 2000 e 2013, sono stati identificati 7.478 pazienti con diagnosi di carcinoma del colon-retto non metastatico, dei quali 1.509 trattati con aspirina a basso dosaggio antecedente la diagnosi di carcinoma.

Durante il follow-up sono emersi 314 casi di metastasi incidente, di cui più del 50% a livello del fegato, e 2.189 decessi.

Come si poteva supporre i pazienti trattati con aspirina erano generalmente più anziani, non fumatori o passati fumatori, così come più frequentemente obesi e maggiormente trattati con farmaci legati a patologie cardiovascolari e metaboliche.

Per quanto riguarda la riduzione nel rischio di metastasi in seguito all'uso di aspirina a basso dosaggio, le analisi non mostravano un'associazione statisticamente significativa e quindi un effetto protettivo dell'antiaggregante su tale outcome.

Allo stesso modo, **valutando l'associazione tra uso di aspirina a basso dosaggio precedente la diagnosi di carcinoma del colon-retto e riduzione della mortalità per tutte le cause, l'analisi suggeriva un debole effetto protettivo dell'aspirina senza però raggiungere la significatività statistica.** Solo nei soggetti che presentavano più di 4 anni di uso cumulativo di aspirina a basso dosaggio si evidenziava un effetto protettivo, anche se, è importante sottolineare, che questo effetto è emerso considerando un ridotto numero di soggetti facenti parte di questa categoria.

L'effetto protettivo associato all'uso di aspirina, come emerso in altri studi, probabilmente era legato all'effetto di confondimenti o "bias", come ad esempio il "bias" di sorveglianza.

Difatti, un individuo in trattamento con aspirina a basso dosaggio potrebbe avere maggiori probabilità di avere sanguinamento e sangue nelle feci, condizione che potrebbe richiedere interazioni più frequenti con il medico o con lo specialista. Tutto ciò potrebbe facilitare una diagnosi precoce di carcinoma e di conseguenza una migliore prognosi del paziente.

Poiché non era possibile escludere a priori che i pazienti in trattamento

con aspirina avessero un rischio iniziale più basso di andare incontro a carcinoma, gli autori hanno condotto un'ulteriore analisi includendo solo quei pazienti trattati con aspirina a basso dosaggio entro cinque anni prima della diagnosi di carcinoma. Anche in questo caso, si confermava il mancato effetto protettivo nell'uso di aspirina a basso dosaggio, in linea con l'analisi principale.

Ovviamente, come concludono gli autori, è auspicabile la conduzione di ulteriori studi caratterizzati da avere una maggiore estensione del follow-up così da poter valutare senza l'ombra di possibili elementi distorsivi il possibile un effetto positivo associato all'uso prolungato di tale farmaco.

Il contributo di Health Search alla ricerca medico-scientifica

Lo studio appena descritto permette di ottenere una maggiore comprensione, nonché fornire evidenze scientifiche, circa l'effetto protettivo di aspirina a basso dosaggio per quanto concerne il carcinoma del colon-retto, tema ancora fortemente dibattuto e controverso ma di grande rilevanza ed attualità.

La realizzazione di uno studio come quello sopra descritto, necessita di strumenti e di banche dati peculiari, proprio come il database HS che per ogni singolo individuo, consente di collegare le informazioni sulle prescrizioni e le diagnosi (entrambe appositamente codificate), alla presenza o meno di comorbidità ed eventuali dettagli clinici riportati nel diario clinico dal MMG.

La molteplicità di dati presenti in HS, così come la continua raccolta di dati nel corso degli anni, hanno permesso di comprendere e quantificare un effetto estremamente complesso da studiare.

Difatti uno degli aspetti di maggiore rilevanza è proprio l'estensione del follow-up a disposizione del database HS che garantisce di studiare fenomeni ed eventi osservabili solo in tempi molto

ampi.

In conclusione, questo studio conferma l'estrema utilità del database HS nel mondo della ricerca nazionale e internazionale, nonché mostra come il database rivesta un ruolo centrale nella conduzione di studi di "real-world evidence".

Collaborazioni e Progetti Nazionali



CEIS Tor Vergata

www.ceistorvergata.it

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



IQVIA Italia

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

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



ISTAT

www.istat.it

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



Istituto Superiore di Sanità

www.iss.it

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



Ministero della Salute

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

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

Il progetto nasce dalla necessità di potenziare e consolidare la modernizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), prevista dal Patto per la Salute, attraverso strumenti di monitoraggio e verifica relativi all'adeguatezza dell'offerta dei fattori produttivi (personale, beni e servizi), che assicurino 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 inappropriata. Le analisi riguardano l'uso degli antibiotici in regime di assistenza convenzionata, con focus sui consumi nella popolazione pediatrica e sulle prescrizioni di fluorochinoloni in sottogruppi specifici di popolazione. Oltre all'analisi sull'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero, è stata inclusa anche quella sull'acquisto privato di antibiotici di fascia A e la valutazione degli indicatori di appropriatezza prescrittiva. Nel gruppo di lavoro comprendente oltre ad AIFA, anche l'ISS, l'ARSS dell'Emilia Romagna e SIMG la quale ha sviluppato tramite Health Search/IQVIA HEALTH LPD indicatori atti a determinare su base regionale il profilo di appropriatezza prescrittiva dei Medici di Medicina Generale.

Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane

www.osservasalute.it



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

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 Pharmacoeconomics and Pharmacovigilance

www.encepp.eu



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



The EU-ADR Alliance

A federated collaborative framework for drug safety studies

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

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



The PHARMO Insitute

www.pharmo.nl

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

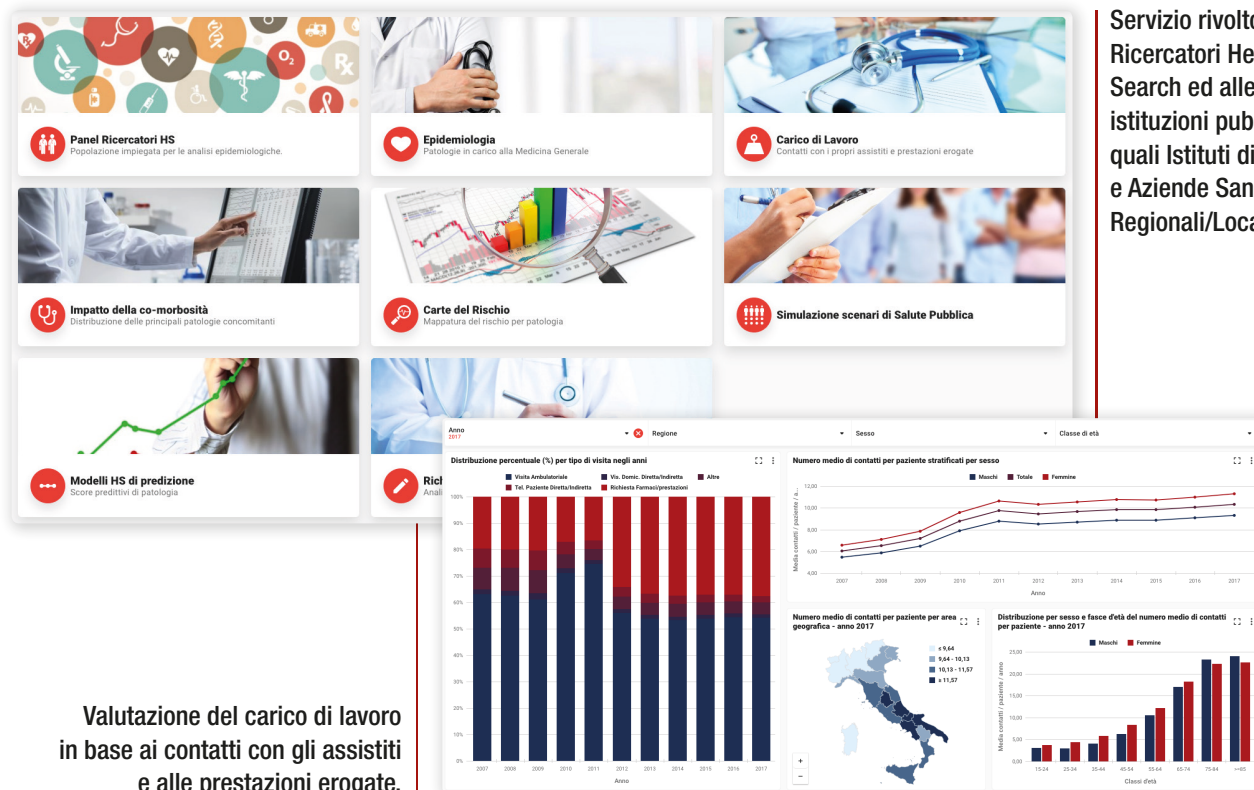
Health Search Dashboard



Health Search Dashboard

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.



Artropatie e disturbi correlati

Analisi: Prevalenza, Incidenza e Prevalenza d'uso

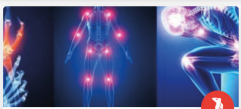


BPCO

Analisi: Prevalenza - Prevalenza d'uso - Aderenza



K polmone



Fibromialgia



MICI

Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali



Utilizzo del Glucagone nei pazienti diabetici

Farmacoutilizzazione e Determinanti di prescrizione



Diaglicemie



OSAS

Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (Obstruction Sleep Apnea Syndrome)



Riacutizzazione BPCO

Analisi: Prevalenza, Accertamenti e Terapie



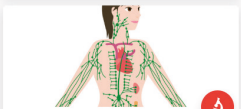
Urologia

Analisi: Incidenza e Accertamenti in ambito Urologico



Eparina a Basso Peso Molecolare in profilassi TEV

Analisi: Prevalenza, Incidenza TEV e Terapia EBPM



Linfedema

Analisi: Prevalenza, Incidenza e Accertamenti



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 core consultants

Millennium
servizi per la medicina generale