

INDICE DEGLI ARGOMENTI

Come supportare i Medici di Medicina Generale per rilevare al meglio la sarcopenia tra gli anziani: un'analisi caso-controllo annidata	2
Sviluppo e validazione di uno schema di previsione per valutare il rischio di depressione a livello della Medicina Generale Italiana	4
Epidemiologia ed approccio diagnostico-terapeutico del paziente con lombalgia acuta in Medicina Generale.....	6
Collaborazioni e Progetti Nazionali/Internazionali	12 - 14
Health Search Dashboard	15

RICERCA INTERNAZIONALE

Come supportare i Medici di Medicina Generale per rilevare al meglio la sarcopenia tra gli anziani: un'analisi caso-controllo annidata.

A cura di **Francesco Lapi, Pierangelo Lora Aprile, Iacopo Cricelli, Davide Liborio Vetrano, Claudio Cricelli.**



[continua a pag. 2](#)

RICERCA INTERNAZIONALE

Sviluppo e validazione di uno schema di previsione per valutare il rischio di depressione a livello della Medicina Generale Italiana.

A cura di **Francesco Lapi, Ettore Marconi, Giovanni Castellini, Valdo Ricca, Iacopo Cricelli e Claudio Cricelli.**



[continua a pag. 4](#)

CONTRIBUTO SPECIALE

Epidemiologia ed approccio diagnostico-terapeutico del paziente con lombalgia acuta in Medicina Generale.

A cura di **Alfredo Ladisa e Giuseppe Di Falco.**



[continua a pag. 6](#)

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

Come supportare i Medici di Medicina Generale per rilevare al meglio la sarcopenia tra gli anziani: un'analisi caso-controllo annidata.

A cura di **Francesco Lapi**¹, **Pierangelo Lora Aprile**², **Iacopo Cricelli**³, **Davide Liborio Vetrano**^{4,5}, **Claudio Cricelli**²

¹ Health Search, Italian College of General Practitioners and Primary Care, Florence, Italy.

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

³ Genomedics SRL.

⁴ Aging Research Center, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet and Stockholm University, Stockholm, Sweden.

⁵ Stockholm Gerontology Research Center, Stockholm, Sweden.

Tratto da: **European Geriatric Medicine**

Sito web: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-024-00967-2>

IL CONTESTO

Il medico di medicina generale (MMG) rappresenta il primo e principale operatore sanitario verso cui i soggetti anziani si rivolgono, nonché svolge un ruolo chiave nella valutazione e gestione complessiva della salute del paziente, inclusa la valutazione della massa e della funzione muscolare. Tuttavia, sia tra i MMG che tra gli altri operatori sanitari, è nota una conoscenza limitata relativamente alla definizione e alla valutazione della sarcopenia; aspetto che ha ostacolato la possibilità di sottoporre i pazienti a uno screening per questa condizione a livello delle cure primarie. Secondo una recente indagine, solo il 20% degli internisti e dei MMG ha segnalato una conoscenza sostanziale della sarcopenia. Inoltre, ci sono contesti clinici, come quello della medicina generale italiana, che ancora

adotta il sistema di codifica ICD9CM, il quale non include un codice specifico per la sarcopenia. Questo limita sensibilmente la registrazione e il monitoraggio di questa condizione a livello delle cure primarie, setting che rappresenta l'ambiente ideale per una diagnosi precoce. La sarcopenia è una delle manifestazioni cliniche di fragilità nonché contribuisce a definirla. Stime recenti suggeriscono che la sarcopenia colpisce difatti dal 10% al 16% degli anziani a livello globale. In questo contesto, dovrebbero essere adottate nuove strategie per sollevare il sospetto diagnostico tra i MMG e verificare la sua associazione con la fragilità. Tuttavia, basarsi sul solo livello di fragilità potrebbe non essere sufficiente al fine di identificare i pazienti affetti da sarcopenia, poiché questo richiederebbe uno screening di numerosi pazienti, il che non è fattibile per il carico di lavoro dei

MMG.

Nel setting della medicina generale, la presenza di certi segni o sintomi negli anziani, come la storia di cadute, astenia e ambulazione compromessa, potrebbe comunque sollevare il sospetto di sarcopenia, supportando così l'identificazione di questa condizione. Partendo da tali presupposti è stata indagata l'associazione tra casi "definiti" di sarcopenia e i suoi proxy con i livelli di fragilità.

LO STUDIO

Il seguente studio è stato condotto utilizzando il database Health Search (HSD) della Società Italiana di Medicina Generale e della Cure Primarie (SIMG), in collaborazione con Karolinska Institutet di Stoccolma. Allo scopo di rispondere a tale obiettivo, è stata selezionata una coorte

di oltre 546.000 pazienti di età pari o superiore a 60 anni.

I casi "definiti" di sarcopenia sono stati definiti operativamente attraverso l'uso di codici diagnostici non specifici associati ad un'esplorazione dei test liberi. Sono stati considerati anche indicatori di sarcopenia, come l'anamnesi di cadute, astenia e problemi di deambulazione. La fragilità è stata calcolata utilizzando un indice destinato alle cure primarie, il Primary Care-Frailty Index (PC-FI).

Nella coorte selezionata, sono stati identificati 171 casi "definiti" di sarcopenia. Includendo i proxy, sono stati catturati più di 51.000 casi per una prevalenza cumulativa del 9,4%.

Mediante valutazione dell'associazione tra fragilità e le due definizioni operative per le variabili di esito, non è stata trovata alcuna associazione significativa per i casi definiti di sarcopenia quando confrontati i pazienti fit rispetto ai fragili (OR = 1,0) mentre per i casi definiti di sarcopenia associati ai suoi proxy, è stata riscontrata una associazione significativa modesta (OR = 1,12).

Quando i pazienti sono stati classificati in base al livello di fragilità, quelli caratterizzati da fragilità grave presentavano una probabilità più elevata di sarcopenia rispetto a quelli con fragilità lieve o fit (OR = 1,76).

In conclusione, la sarcopenia risultava associata a un livello di fragilità grave. La storia di cadute, astenia e problemi di deambulazione risultavano indicatori affidabili per sollevare il sospetto diagnostico di sarcopenia. Difatti, il livello di fragilità da solo non è sufficiente al fine di identificare la presenza sarcopenia, poiché richiederebbe l'indagine di numerosi (troppi) pazienti, processo non fattibile per il carico di lavoro di un MMG. In particolare, in Italia quasi il 15% dei pazienti di età pari o superiore a 60 anni presenta una fragilità di livello moderato/elevato. Si prevede, quindi, che un MMG italiano con 1.500 assistiti dovrebbe sottoporre a screening fino a circa 70 soggetti. Un tale numero potrebbe non essere compatibile con la frequenza usale di contatti (mediamente di 2 contatti al mese). Di conseguenza, uno supporto decisionale che avvisi i MMG su quando indagare la possibile presenza di

sarcopenia, in caso di astenia, storia di cadute e disturbi legati alla deambulazione (o loro combinazioni), in particolare nei pazienti altamente fragili, può essere utile e soprattutto rendere il processo compatibile con le attività quotidiane del MMG.

IL CONTRIBUTO DI HEALTH SEARCH ALLA RICERCA MEDICO-SCIENTIFICA

Il seguente studio supporta l'uso del database Health Search al fine di condurre analisi real world di notevole impatto.

I risultati ottenuti potrebbero avere importanti implicazioni nella pratica clinica del MMG, relativamente all'identificazione dei pazienti affetti da sarcopenia. Difatti, appare evidente come sia fortemente necessario intervenire mediante strategie che garantiscano un migliore rilevamento della patologia, concentrandosi su indicatori specifici focalizzati sui soggetti gravemente fragili, al fine ultimo di migliorare la gestione e il benessere dei soggetti affetti da tale condizione.

Sviluppo e validazione di uno schema di previsione per valutare il rischio di depressione a livello della Medicina Generale Italiana.

A cura di **Francesco Lapi**¹, **Ettore Marconi**¹, **Giovanni Castellini**², **Valdo Ricca**², **Iacopo Cricelli**³ e **Claudio Cricelli**⁴

¹ Health Search, Italian College of General Practitioners and Primary Care, Florence, Italy.

² Psychiatric Unit, Department of Health Sciences, University of Florence, Italy.

³ Genomedics SRL, Florence, Italy.

⁴ Italian College of General Practitioners and Primary Care, Florence, Italy.

Tratto da: **Journal of Affective Disorders**

Sito web: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032724005846?via%3Dihub>

IL CONTESTO

La depressione maggiore è il disturbo mentale più frequente nei paesi occidentali, con una prevalenza annuale del 4%.

La medicina generale è un setting che ha un ruolo estremamente importante al fine di riconoscere precocemente la depressione. Inoltre, la cooperazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) con gli specialisti dovrebbe essere favorita nell'identificazione e nel trattamento della depressione secondo linee guida cliniche. Tra i MMG, difatti, l'utilità percepita delle linee guida cliniche è stata positivamente associata (con un aumento del 4,7 volte) all'uso delle linee guida stesse. La maggior parte dei soggetti che cercano aiuto per sintomi depressivi viene trattata a livello della medicina generale e quasi il 25% dei pazienti segnala attuali sintomi depressivi. Infatti, è stato dimostrato che la prima presentazione di un disturbo dell'umore è spesso preceduta o accompagnata da segni/

sintomi somatici, come sintomi funzionali gastrointestinali o urologici e/o mal di testa. La necessità di indicatori ben calibrati sui segni e/o sintomi suggestivi di depressione a livello del setting delle cure primarie è stata dimostrata dal fatto che non è stata osservata una riduzione rilevante del tasso di prevalenza per questa condizione, nonostante la disponibilità di trattamenti di efficacia comprovata e il miglioramento nello screening e nella rilevazione della sintomatologia depressiva. Al netto di questo, l'uso di uno approccio preventivo e proattivo che supporti la ricerca di casi è considerato utile per avviare un approccio terapeutico individualizzato.

Nonostante i miglioramenti nelle strategie di intervento terapeutico e nell'intero processo di cura della depressione, la medicina generale ha comunque bisogno di strategie di prevenzione per ridurre l'impatto di questa condizione. Infatti, ci sono diverse criticità legate al riconoscimento del disturbo depressivo nel contesto delle

cure primarie. In particolare, la mancanza di valutazione routinaria così come la valutazione incompleta dei fattori di rischio potrebbero portare a un ritardo nel riconoscimento della depressione. Nonostante la presenza di algoritmi predittivi come il predicD, nel setting delle cure primarie sono tuttavia disponibili un numero nettamente inferiore di variabili cliniche specifiche. Al netto di questo, i dati della medicina generale hanno il vantaggio di includere popolazioni rappresentative ed eterogenee con diversi anni di follow-up, con variabili di stile di vita e cliniche che vengono aggiornate longitudinalmente nel tempo. Per questo motivo, un algoritmo affidabile e facile da usare al fine di rilevare la depressione in medicina generale potrebbe consentire di sollevare il sospetto o facilitare la diagnosi della malattia nelle fasi iniziali, di valutare il rischio, di verificare la diagnosi e la relativa gravità e di prevenire le ricadute. Inoltre, un sistema di supporto decisionale clinico (CDSS) che includesse questo tipo di

algoritmo potrebbe migliorare la capacità dei MMG di riconoscere i casi di depressione. Utilizzando questo strumento, i MMG possono concentrarsi su particolari sottogruppi di pazienti a rischio più elevato di sviluppare depressione, gestendo al contempo efficacemente il loro carico di lavoro. Difatti, una volta identificati questi pazienti ad "alto rischio", possono essere condotte ulteriori valutazioni utilizzando strumenti maggiormente specializzati, come il PHQ-2/9 al fine di confermare la diagnosi, valutarne la gravità e determinare se è necessario un invio allo specialista.

LO STUDIO

Il seguente studio è stato condotto utilizzando il database Health Search (HSD) della Società Italiana di Medicina Generale e della Cure Primarie (SIMG), in collaborazione con l'Università degli Studi di Firenze, e si poneva l'obiettivo di sviluppare e validare uno score predittivo di depressione incidente, denominato DEPRESSION Health Search score (DEP-HScore).

Il DEP-HScore è stato sviluppato selezionando una coorte di pazienti di età pari o superiore a 18 anni e seguita fino all'insorgenza di depressione, decesso o fine della disponibilità dei dati (dicembre 2019). Le variabili sociodemografiche, i segni/sintomi suggestivi di somatizzazione e le comorbidità psichiatriche/mediche sono state inserite in una regressione multivariata di Cox per predire il rischio di depressione. I coefficienti sono stati combinati per ottenere il DEP-HScore per i singoli pazienti.

Entrando nel merito dei risultati, un totale di oltre 1.300.000 pazienti ha soddisfatto i criteri di inclusione dello studio. Durante il follow-up, sono stati ottenuti tassi di incidenza complessivi di 50,74 (coorte di sviluppo) e 50,81 (coorte di validazione) per 10.000 pazienti-anno. Il tasso di depressione risultava il doppio nelle donne rispetto agli uomini, inoltre aumentava con l'età, raggiungendo picco nei pazienti di età compresa tra 75 e 84 anni.

Per quanto riguarda i determinanti di rischio, il genere femminile, l'obesità e i fumatori correnti hanno mostrato

un'associazione positiva con una maggiore incidenza di depressione.

Tra i segni/sintomi somatici inclusi nel modello finale, le associazioni più forti con l'insorgenza di depressione sono state riscontrate per la stanchezza e l'insonnia. Solo la psicalgia mostrava un'associazione non significativa con l'insorgenza della depressione. Per quanto riguarda le "comorbidità mediche", le associazioni più forti sono state trovate per la malattia celiaca e l'emi/paraplegia. Gli altri fattori di rischio hanno mostrato un aumento del rischio di insorgenza della depressione dall'1,07 all' 1,29 (HR). Al contrario, la presenza di malattia renale era associata a una riduzione del rischio di depressione. Tra le "comorbidità psichiatriche", i disturbi alimentari presentavano un'associazione positiva con l'insorgenza di depressione. Al contrario, i disturbi nevrotici e i disturbi correlati allo stress sembravano essere associati a un rischio ridotto di depressione. Attraverso la combinazione dei coefficienti beta, il DEP-HScore spiegava il 18,1% della variazione nell'insorgenza della depressione con un valore di discrimination pari al 67%. Per quanto riguarda la calibrazione, con un orizzonte temporale degli eventi di tre mesi emergeva una calibrazione ideale in termini di casi predetti e osservati. Difatti, il DEP-HScore presentava una buona accuratezza in termini di predizione della depressione nel setting delle cure primarie. Il design dello studio al fine di sviluppare il modello è stato in grado di identificare predittori ben definiti e riproducibili, aumentando così la generalizzabilità del modello, come confermato dalle calibrazioni dello score quando applicati alle coorti selezionate nel 2020, 2021 e 2022.

I risultati dello studio indicano che il DEP-HScore può essere implementato in medicina generale per la predizione del rischio di depressione. I MMG potrebbero quindi beneficiare di uno strumento decisionale che allerta automaticamente in merito al rischio di depressione, insieme alla visualizzazione di questa previsione.

IL CONTRIBUTO DI HEALTH SEARCH ALLA RICERCA MEDICO-SCIENTIFICA

Il seguente studio supporta l'uso del database Health Search al fine di condurre

analisi real world, in grado di portare alla realizzazione di strumenti ad hoc per il setting della medicina generale italiana, anche in contesti complessi come la depressione.

Solo mediante una fonte dati rappresentativa e con una lunga copertura di dati come Health Search, è possibile realizzare uno score come il DEP-HScore in grado di garantire un supporto gestionale all'inquadramento del sospetto diagnostico così come facilitare una presa in carico precoce del paziente al fine di evitare un aggravamento ed un peggioramento della condizione stessa.

Epidemiologia ed approccio diagnostico-terapeutico del paziente con lombalgia acuta in Medicina Generale.

A cura di **Alfredo Ladisa** - SIMG Pescara, **Giuseppe Di Falco** - SIMG Chieti.

INTRODUZIONE

L'ultimo rapporto pubblicato Con il termine lombalgia, classicamente s'intende una sintomatologia dolorosa localizzata alla regione posteriore del tronco, compresa tra il margine inferiore della XII costa e la plica glutea.

Talvolta, viene indicata come "condizione" e non come "patologia" data la sua genesi strettamente legata all'evoluzione del genere umano verso una postura eretta.

La prevalenza della lombalgia è in costante crescita. È stato difatti evidenziato come nella popolazione tra 20 e 44 anni ne soffre circa un quarto dei soggetti; tra 45 e 64 anni un terzo e tra gli over-65 circa il 50%. In linea generale, l'80% della popolazione mondiale, almeno una volta nella vita, ha dovuto fare i conti con questa condizione.

La patologia ha un forte impatto oltre che sulla qualità della vita (QoL) dei soggetti colpiti, anche sul carico di lavoro del Medico di Medicina Generale (MMG), essendo tra le più frequenti cause di accesso negli studi di medicina generale.

Nonostante la prognosi favorevole, assistiamo a un abnorme ricorso alla diagnostica strumentale di primo, ma anche di secondo, spesso inappropriata e incapace di portare un reale beneficio alla storia naturale della patologia.

In tal senso, è opportuno ricordare che il dolore lombare può essere classificato come "specifico", nel caso la sintomatologia sia causata da meccanismi documentati (ad es. ernia del nucleo polposo, infezioni, fratture da fragilità, spondilite anchilopoietica,

tumori, ecc.) o "aspecifico" se non si riescono a identificare con certezza i meccanismi fisiopatologici che hanno condotto alla condizione morbosa. Nella stragrande maggioranza dei casi, circa il 90% dei casi la lombalgia è da inquadrare come aspecifica.

Difatti, è ampiamente dimostrato come anamnesi e diagnostica strumentale, senza un esame obiettivo eseguito con un approccio moderno, comportino scarsi risultati in termini di accuratezza diagnostica. La SIMG negli anni ha studiato, elaborato, migliorato e formalizzato un approccio diagnostico moderno che con semplici strumenti e una seria formazione, permette di individuare il *pain generator* che dà inizio alla nocicezione e anche di fare diagnosi causale e quindi, terapia specifica, mirata.

A livello eziologico, la causa muscolare è frequente, difatti il dolore muscolare origina sempre dai terminali tissutali dei nocicettori e a livello delle corna posteriori del midollo spinale e può essere amplificato e coinvolgere gruppi muscolari e tessuti vicini. Il dolore è di tipo nocicettivo e si genera per stimolazione del recettore tissutale e si accompagna a sintomi positivi nell'area di lesione (allodinia primaria e iperalgesia). Inoltre, il sistema somatosensoriale è integro.

La terapia farmacologica è spesso necessaria; tuttavia, frequentemente l'assistito ripone una grande fiducia verso questo approccio dimenticando l'importanza della terapia non farmacologica: controllo del peso corporeo,

attività fisica ed ergonomia per evitare sovraccarico strutturale, cronicizzazione del quadro clinico e le, spesso numerose, recidive.

Partendo da tali presupposti, in questo articolo abbiamo voluto indagare il tasso di lombalgia acuta, nonché la prevalenza d'uso di farmaci e di accertamenti diagnostici a livello del setting della medicina generale italiana.

Basandosi sui dati della Medicina Generale presenti all'interno del database *Health Search* (HSD), questi sono stati valutati in funzione delle raccomandazioni presenti nelle Linee Guida della Società Scientifiche di riferimento (Royal College of Physicians (RCP) e American College of Physicians (ACP)].

COSTRUZIONE DEGLI INDICATORI

A partire dalla popolazione attiva al 31 dicembre 2022, in carico ai MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

Tasso (%) di lombalgia acuta, calcolata nel modo seguente:

- Numeratore: numero di pazienti con una diagnosi di lombalgia acuta nell'anno.
- Denominatore: numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS

Prevalenza d'uso di accertamenti calcolata nel modo seguente:

- **Numeratore:** numero di pazienti con almeno una prescrizione di Rx lombo sacrale, TC rachide LS, RM rachide e RM rachide con mdc nell'anno.
- **Denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS e con una diagnosi di lombalgia acuta nell'anno.

Prevalenza d'uso di farmaci, calcolata nel modo seguente:

- **Numeratore:** numero di pazienti

con almeno una prescrizione di FANS, paracetamolo, Oppioidi, Corticosteroidi, Gabapentinoidi e Miorilassanti nell'anno.

- **Denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS e con una diagnosi di lombalgia acuta nell'anno.

ANALISI DEI RISULTATI

Guardando i dati ricavati dal database

HS relativi al decennio 2013-2022 possiamo ricavarne alcune interessanti considerazioni.

A partire dalla popolazione di assistiti dei MMG ricercatori HS attivi al 31 dicembre 2022 sono stati identificati 3633 pazienti con una diagnosi di lombalgia acuta nel 2022 (F: 0,21 % vs M: 0,29 %). Questa mostrava un trend crescente negli ultimi 10 anni passando dall'0,21% del 2013 al 0,35 % nel 2022 (Figura 1).

Stratificando l'analisi per fasce d'età

Figura 1 - Tasso (%) di lombalgia acuta nella popolazione attiva del campione dei medici HS. Anni 2013-2022.

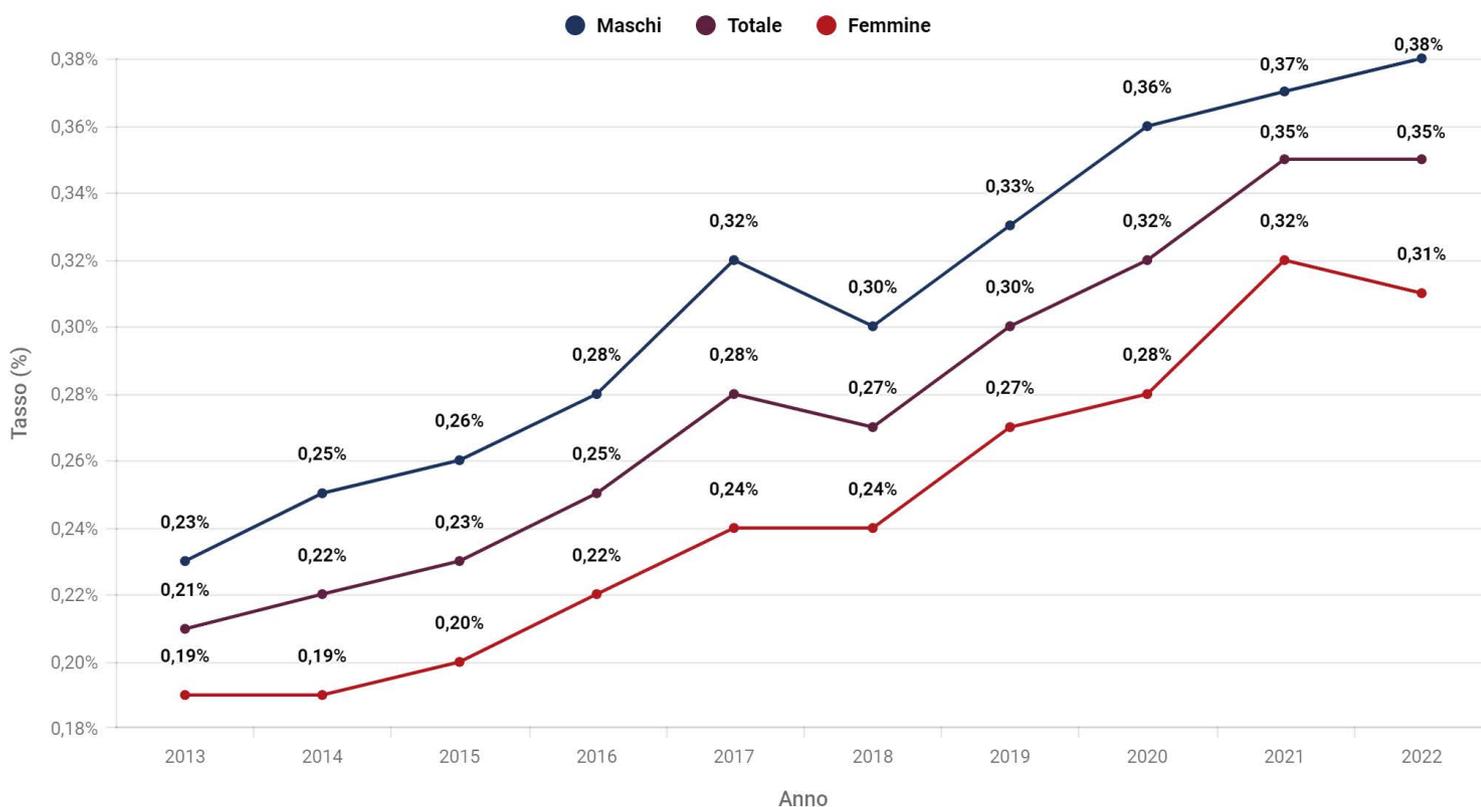
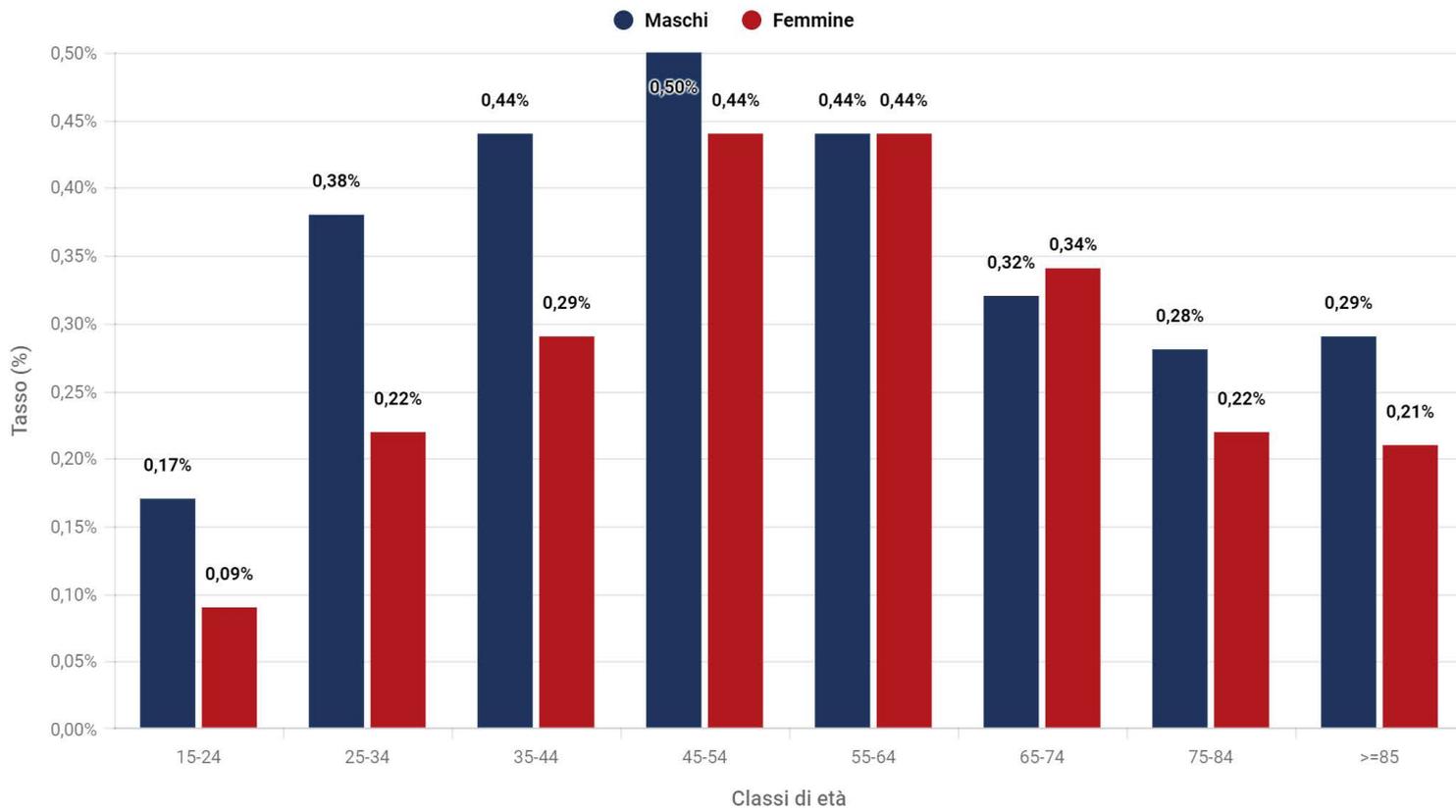


Figura 2 - Tasso (%) di lombalgia acuta nella popolazione attiva del campione di medici HS. Distribuzione per classi di età e sesso. Anno 2022.



emergeva un progressivo aumento della stima percentuale all'aumentare dell'età, con il picco i 45 e i 54 anni (Figura 2).

L'analisi della prevalenza a livello regionale evidenziava come il Veneto (0,60 %), l'Emilia-Romagna (0,47 %) ed il Friuli-

Venezia Giulia (0,46%) fossero le regioni caratterizzate dalla stima più elevata (Figura 3). Relativamente alla prevalenza

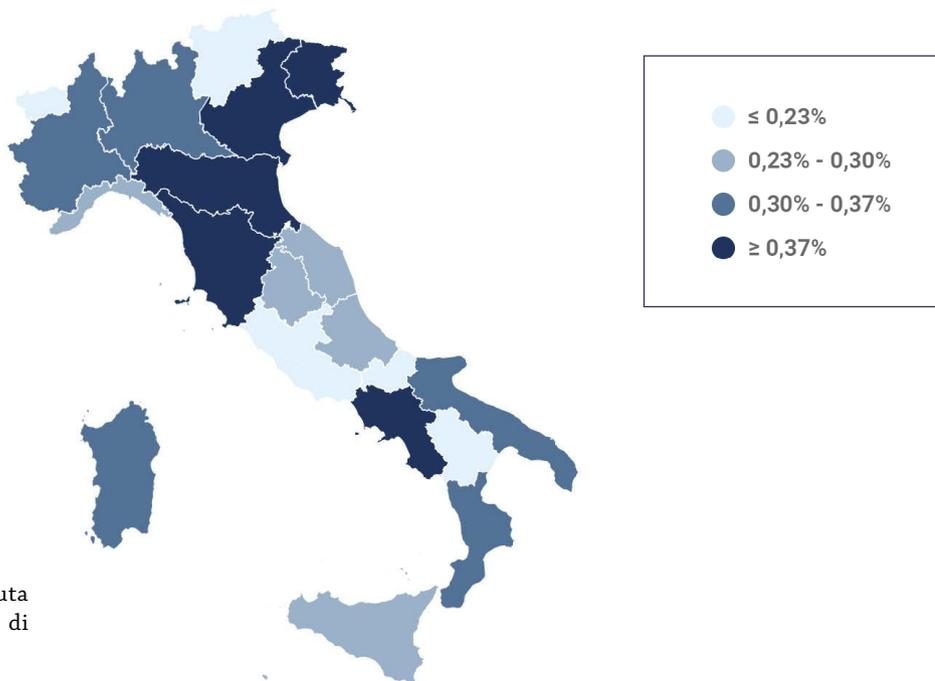
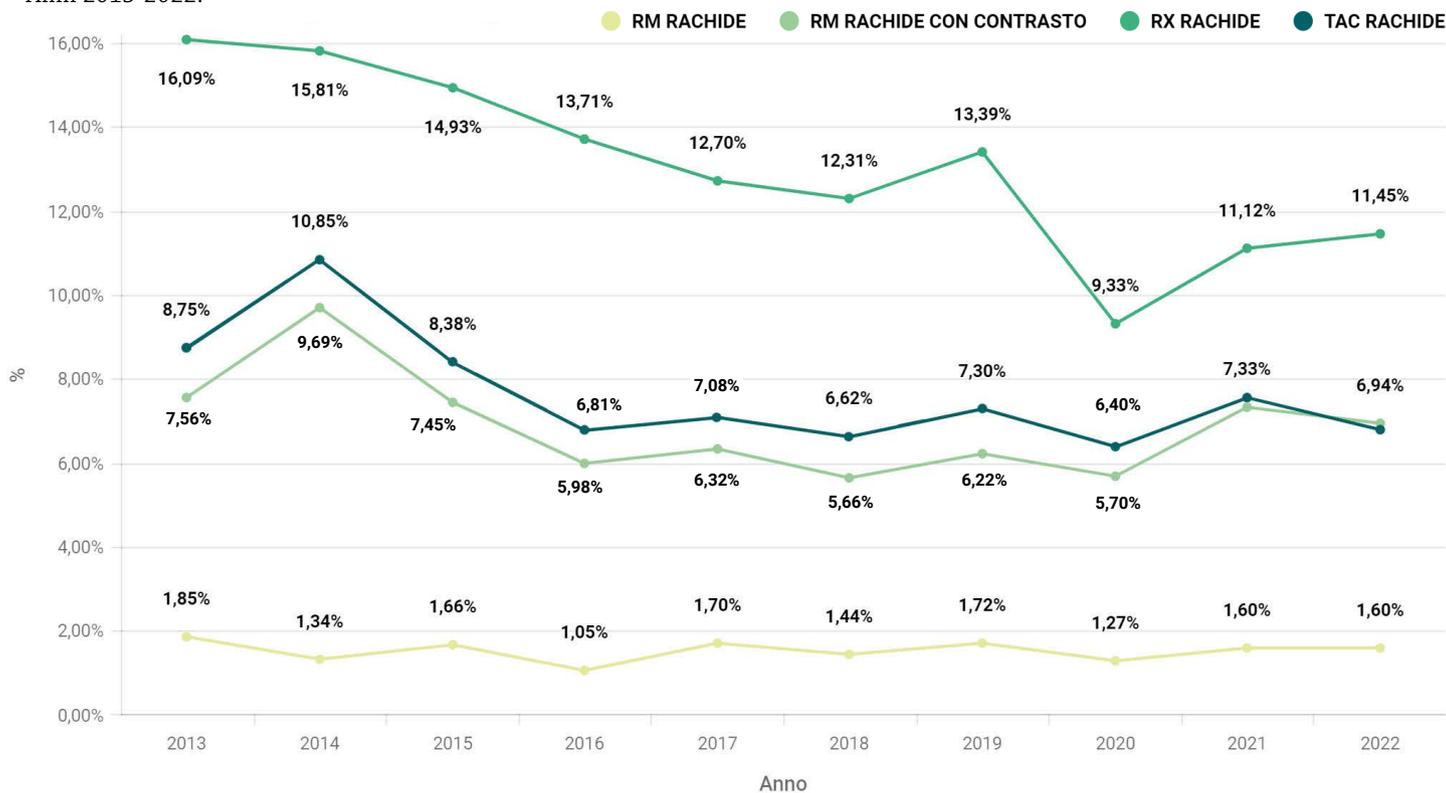


Figura 3 - Tasso (%) di lombalgia acuta nella popolazione attiva del campione di medici HS. Distribuzione regionale. Anno 2022.

Figura 4 - Prevalenza d'uso (%) di Rx lombo sacrale, TC rachide LS, RM rachide e RM rachide con mdc nel paziente con lombalgia acuta. Anni 2013-2022.



d'uso dei vari accertamenti (Rx lombo sacrale, TC rachide, RM rachide e RM rachide con mdc), è interessante notare come l'accertamento diagnostico più prescritto

nel 2022 sia stato l'Rx rachide lombo sacrale 11,45% seguito dalla Risonanza rachide con mdc 6,94% mentre TC rachide si è attestata al 6,8% mentre la RM rachide

al 1,6% come si evince dalla Figura 4-5. Per quanto riguarda invece le terapie farmacologiche somministrate i FANS sono risultati i farmaci più prescritti con 41,81%

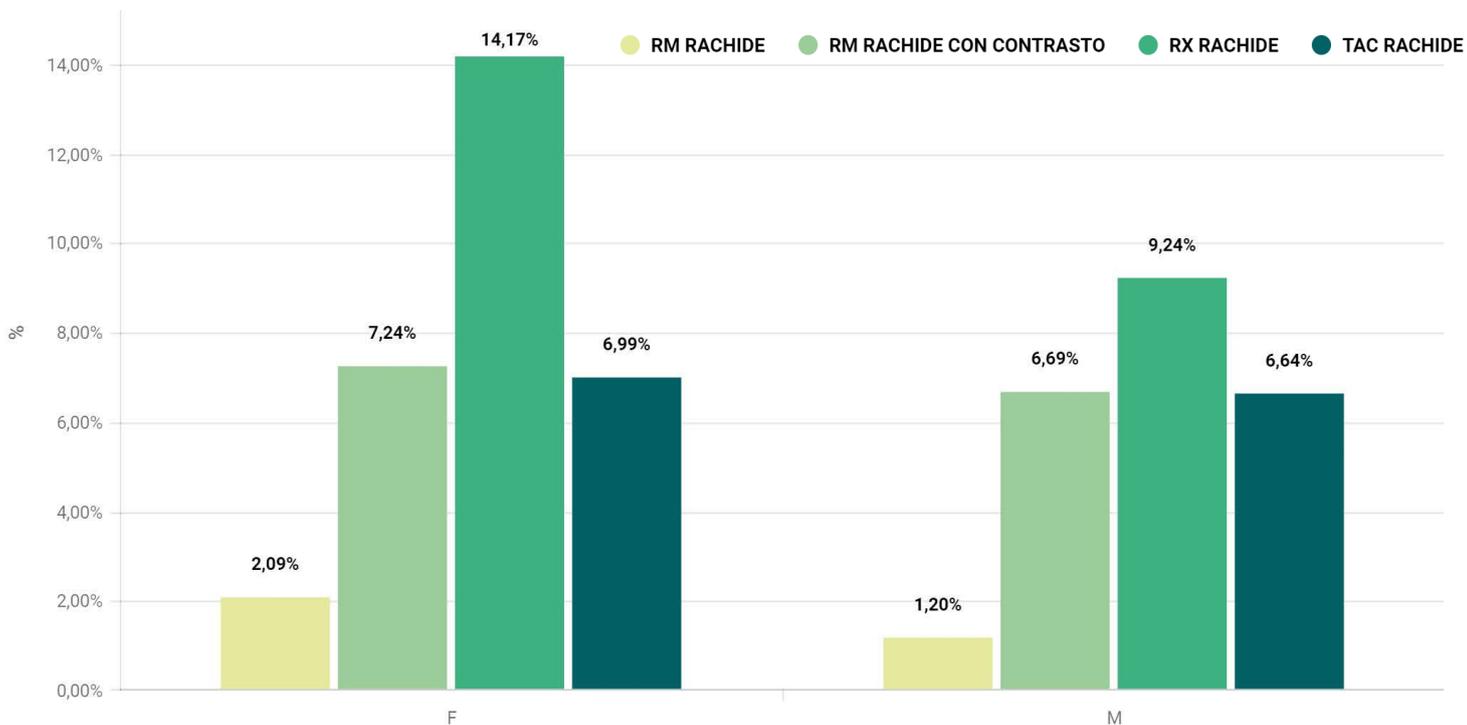
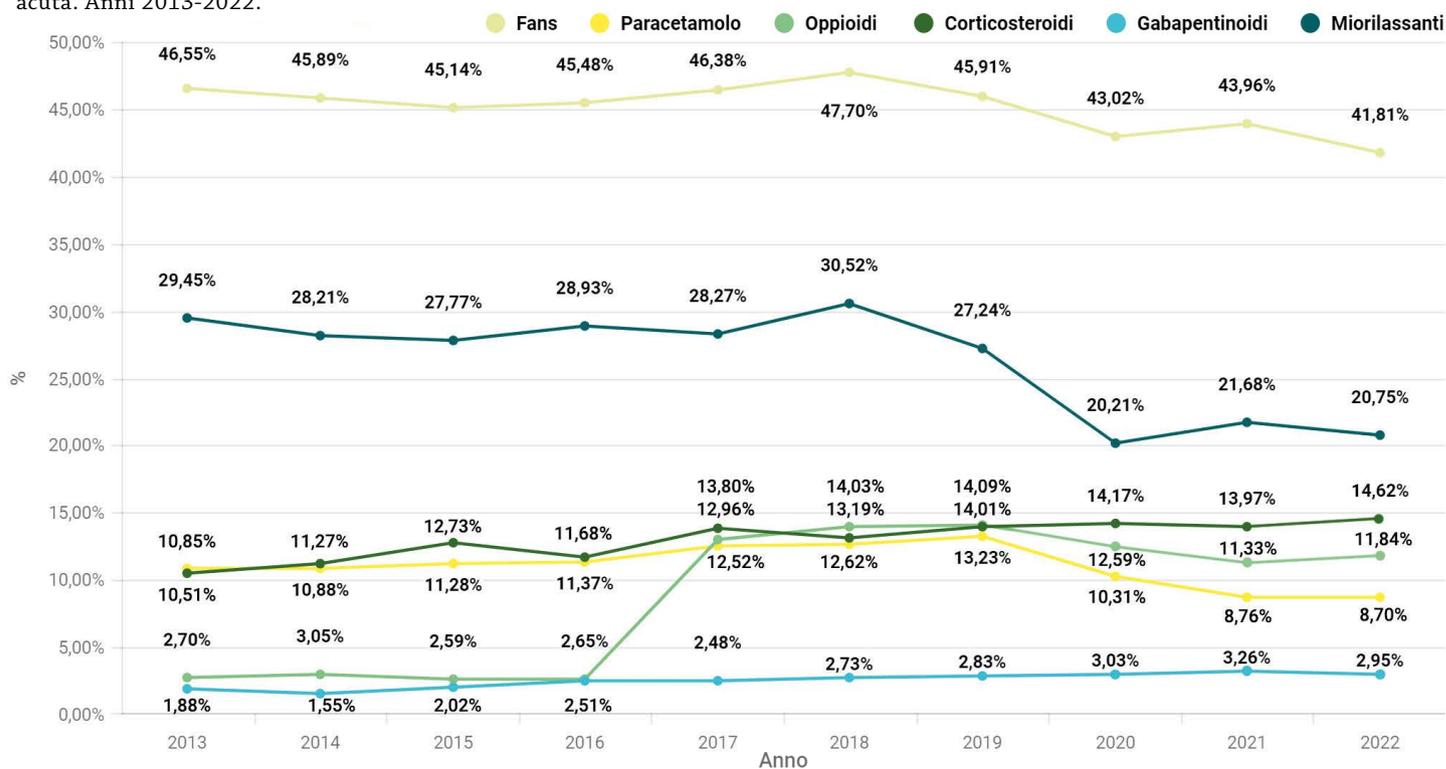


Figura 5 - Prevalenza d'uso (%) di Rx lombo sacrale, TC rachide LS, RM rachide e RM rachide con mdc nel paziente con lombalgia acuta. Distribuzione per sesso. Anno 2022.

Figura 6 - Prevalenza d'uso (%) di FANS, paracetamolo, oppioidi, corticosteroidi, gabapentinoidi e miorilassanti nel paziente con lombalgia acuta. Anni 2013-2022.



nel 2022, seguiti dai miorilassanti 20,75%, corticosteroidi 14,62%, oppioidi 11,84%, paracetamolo 8,7 % e gabapentinoidi

2,95%. Il trend prescrittivo si è rivelato sostanzialmente stabile nei vari anni per tutte le classi farmacologiche analizzate

tranne per i miorilassanti che sono passati dal 29,45% nel 2013 al 20,75% nel 2022 come mostrato in Figura 6-7.

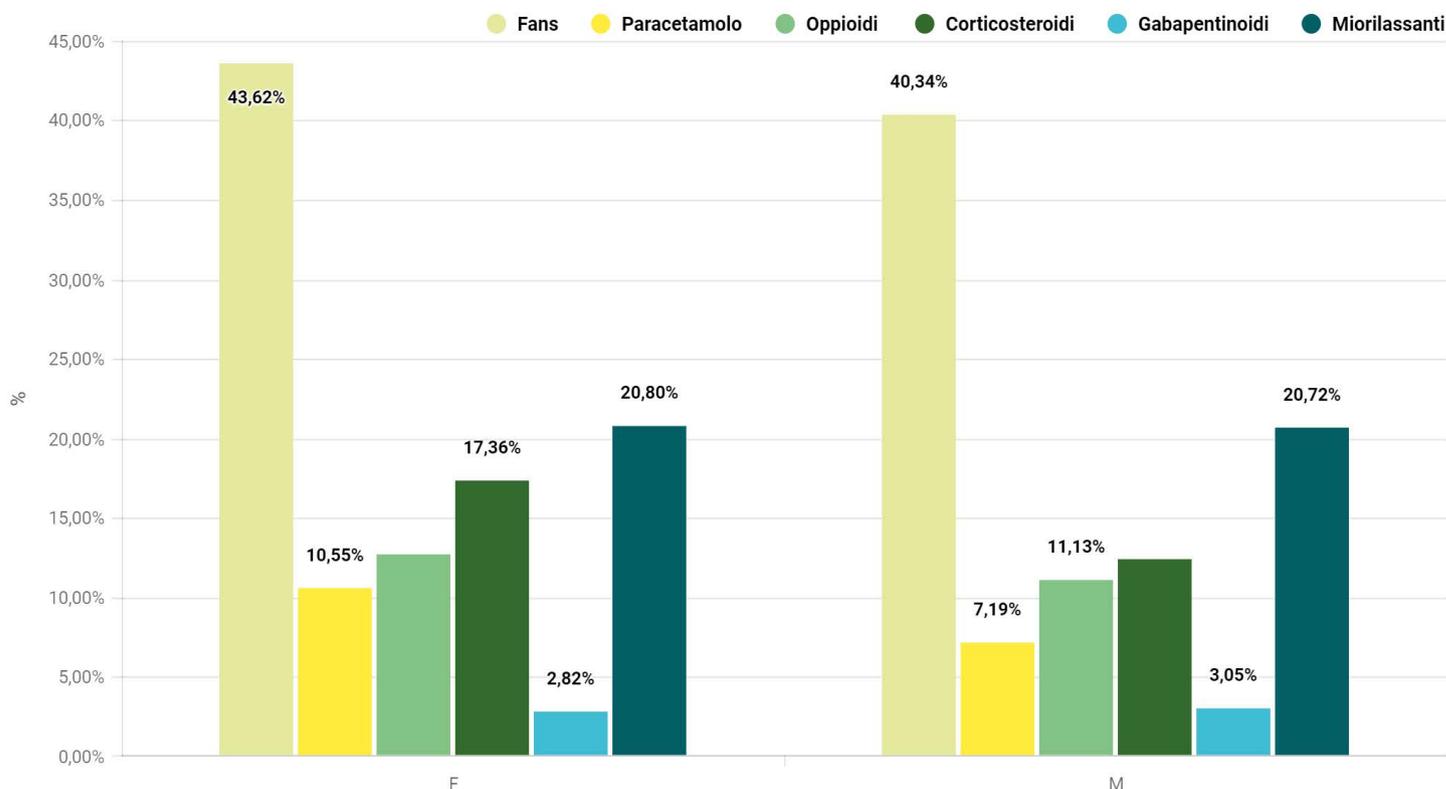


Figura 7 - Prevalenza d'uso (%) di FANS, paracetamolo, oppioidi, corticosteroidi, gabapentinoidi e miorilassanti nel paziente con lombalgia acuta. Distribuzione per sesso. Anno 2022.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Dalla seguente analisi emerge un tasso di diagnosi di lombalgia acuta non trascurabile e con una tendenza in crescita. L'osservazione dei dati epidemiologici consente al MMG un approccio condiviso tale per cui, in linea con le evidenze più recenti della letteratura, possono essere adottate strategie diagnostiche e terapeutiche in grado di ridurre l'impatto, sempre maggiore, che questa patologia ha sulla qualità della vita.

I dati, nel loro complesso, giustificano l'attuazione di strategie di prevenzione primaria non solo per ridurre la prevalenza della condizione ed il conseguente miglioramento della qualità della vita ma anche per ridurre l'impatto economico prevedibile alla luce dei dati relativi alla prevalenza d'uso degli accertamenti e delle terapie. Le strategie di prevenzione primaria hanno ragion d'essere in ogni fascia di età considerata, anche in quella dove il valore della prevalenza è inferiore. Come già accennato non esistono delle linee europee condivise sull'approccio diagnostico-terapeutico sebbene le attuali evidenze indichino che l'*imaging* di II e III livello sono utili solo in un sottogruppo di pazienti (che non superano il 10% del totale), ovvero coloro che presentano *red-flags*:

- fratture
- patologia neoplastica
- infezioni
- malattie infiammatorie
- gravi deficit neurologici

Il *Royal College of Physicians* ritiene che il ricorso all'*imaging* debba essere riservato al setting specialistico. Nel setting della Medicina Generale questo ricorso ad esami strumentali avanzati dovrebbe essere utilizzato solo qualora l'esame strumentale abbia un'alta probabilità di modificare e/o indirizzare la scelta terapeutica. Inoltre, non bisogna dimenticare che l'OMS sostiene e promuove il modello bio-psico-sociale nel quale è la persona, e non la patologia, che dovrebbe essere il centro, il focus del nostro agire, con un inquadramento globale del paziente.

Per quanto concerne l'approccio farmacologico, che dovrebbe essere complementare a quello non farmacologico, questo prevede l'utilizzo di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) o miorilassanti. In caso di insuccesso di questo trattamento di prima linea si considera il trattamento farmacologico di seconda linea, oppioidi (tramadolo) o antidepressivi (duloxetina) [fonte LG dell'*American College of Physicians* (ACP)].

Dalla seguente analisi si possono trarre delle conclusioni interessanti soprattutto per quanto concerne l'ambito diagnostico strumentale e prescrittivo.

In ambito diagnostico emerge una sostanziale appropriatezza rispetto a quanto indicato nelle linee guida, prescrivendo pochi accertamenti diagnostici, nei pazienti con lombalgia acuta, in assenza di *red flags*. Tra questi l'accertamento più prescritto rimane la radiografia del rachide 11,45% nel 2022.

In ambito farmaco-terapeutico, abbiamo notato come i FANS siano la categoria più prescritta in accordo con le linee guida indicate in precedenza.

Per concludere e per mostrare quanto, in tempi recenti, la terapia della lombalgia acuta abbia nel proprio arsenale nuovi strumenti terapeutico, è giusto fare un breve accenno a nuove, poco utilizzate, terapie studiate e cresciute nell'ambito della radiologia interventistica verso cui sarebbe opportuno indirizzare alcuni casi di lombalgia acuta.

Pensiamo all'infiltrazioni di farmaci (anestetici e cortisonici) a livello intraforaminale ovvero in prossimità della radice nervosa che determina il dolore sotto controllo radiologico oppure alla terapia delle faccette interapofisarie mediante posizionamento di aghi spinali ed impulsi di radiofrequenza.

Chiaramente, come già indicato, le terapie mininvasive di Radiologia Interventistica elencate non sono indicate per tutte le patologie che determinano lombalgia acuta; permangono indicazioni anche per la terapia chirurgica classica o, in caso di spondilolistesi di grado elevato dei corpi vertebrali la terapia chirurgica con stabilizzazione dei corpi vertebrali è la terapia più corretta.

Tutto ciò conferma ulteriormente che solo la formazione continua del MMG e l'analisi dei risultati ottenuti nel tempo – obiettivo di questo articolo – possono renderlo capace di affrontare la complessità della patologia "lombalgia acuta".

BIBLIOGRAFIA

1. Casiano, Vincent E., and Nikhilesh K. De. "Back Pain." StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing, 2019.
2. Low back pain: dall'inquadramento patologico al corretto approccio terapeutico, Giovanni Iolascon, Antimo Moretti, Rivista SIMG 2021, n°4.
3. Between guidelines and clinical trials: evidence-based advice on the pharmacological management of non-specific chronic low back pain, Filippo Migliorini et al. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06537-0>
4. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Diagnosis and Treatment of Low Back Pain - <https://www.iss.it/-/lg-int-areaortopedica>
5. Percorsi diagnostico terapeutici per l'assistenza ai pazienti con mal di schiena, a cura di Stefano Govannoni, Silvia Minozzi, Stefano Negrini, Pacini Editore.
6. L'associazione ibuprofene/codeina nel trattamento della lombalgia acuta nell'ambulatorio del medico di medicina generale, Gallelli L., Rivista SIMG 2020 n° 3.
7. Bonezzi C, Ventriglia G, Lora Aprile P, et al. La diagnosi di dolore: il metodo SIMG. Rivista SIMG 2021;28(2):34-40
8. Classificazione e inquadramento del paziente con dolore non oncologico, Alberto Magni, Pierangelo Lora Aprile, Giuseppe Ventriglia, Rivista SIMG 2016 n° 5.
9. Un percorso innovativo in Medicina Generale, Area Terapia del Dolore, 30° Congresso SIMG, Firenze, 21-23 novembre 2013.
10. Qaseem A, et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians Ann Intern Med 2017;166: 514-530.

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.ot1ot2.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 da Patto per la Salute, attraverso strumenti di monitoraggio e verifica relativi all'adeguatezza dell'offerta dei fattori produttivi (personale, beni e servizi), che assicuri l'equità del sistema e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). All'interno del progetto una delle linee di intervento prevede lo sviluppo di un modello predittivo a supporto della programmazione sanitaria con l'obiettivo di indirizzare una corretta allocazione delle risorse economiche-finanziarie nell'ottica delle diverse attività assistenziali, nonché il calcolo dei costi per patologia. Le informazioni contenute nel database Health Search/IQVIA HEALTH LPD saranno di estrema utilità in tale processo.

OsMed (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali)



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

www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2022

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

OsMed (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali)



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

www.aifa.gov.it/-/l-uso-degli-antibiotici-in-italia-rapporto-nazionale-anno-2021

Il Rapporto "L'uso degli antibiotici in Italia - 2021", dedicato agli antibiotici a uso umano, consente di monitorare l'andamento dei consumi e della spesa in Italia e al contempo di identificare le aree di potenziale inappropriata d'uso.

Le analisi presentate riguardano l'uso degli antibiotici in regime di assistenza convenzionata, con focus sui consumi nella popolazione pediatrica, sulla prescrizione degli antibiotici negli anziani, sulle prescrizioni di fluorochinoloni in sottogruppi specifici di popolazione.

In aggiunta, sono state incluse le analisi sull'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero, quelle relative all'acquisto privato di antibiotici di fascia A, un'analisi sul consumo degli antibiotici ad uso non sistemico e la valutazione degli indicatori di appropriatezza prescrittiva nell'ambito della Medicina Generale; utilizzando i dati contenuti nell'Health Search/IQVIA HEALTH LPD messo a disposizione da SIMG.

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



EHDEN (European Health Data & Evidence Network)

www.ehden.eu

L'European Health Data & Evidence Network (EHDEN) è un consorzio IMI 2 composto da università, piccole e medie imprese (PMI), associazioni di pazienti, autorità di regolamentazione e aziende farmaceutiche, che opererà in Europa nell'ambito dell'Innovative Medicines Initiative. La missione di EHDEN è fornire un nuovo paradigma per l'analisi dei dati sanitari in Europa, costruendo una rete federata su larga scala di data partner in tutta Europa. Fondamentale per EHDEN è la standardizzazione dei dati sanitari verso un modello di dati comune (OMOP-CDM) e l'utilizzo di strumenti analitici.

The European Health Data & Evidence Network has received funding from the Innovative Medicines Initiative 2 Joint Undertaking (JU) under grant agreement No 806968. The JU receives support from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme and EFPIA.



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

Ricercatori HS
Popolazione impiegata per le analisi epidemiologiche

Epidemiologia
Patologie in carico alla Medicina Generale

Carico di Lavoro
Contatti con i propri assistiti e prestazioni erogate

Impatto della co-morbidità
Distribuzione delle principali patologie concomitanti

Modelli HS di predizione
Score di patologie

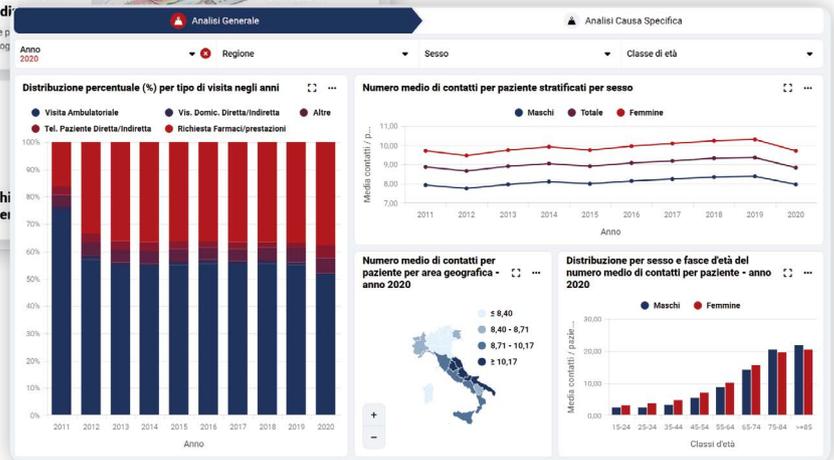
Carte del Riciclo

Simulazione scenari di Salute Pubblica

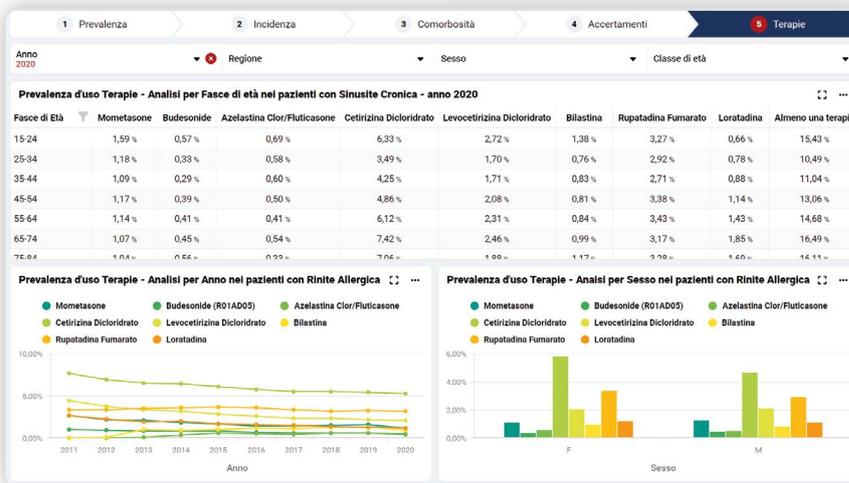
Richieste di Ricerca

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.



I dati e le analisi derivanti da Health Search, incluse le informazioni desumibili dal servizio "Health Search Dashboard", possono essere ESCLUSIVAMENTE impiegati per le seguenti finalità:

- Uso interno (formazione/aggiornamento professionale individuale e delle proprie medicine di gruppo).
- Presentazioni a congressi o attività didattica ECM.
- Pubblicazione su Riviste Scientifiche peer-reviewed (Nazionali o Internazionali) previa valutazione ed approvazione scritta da parte del comitato scientifico di SIMG.

Per ragioni di coerenza di tutte le attività di ricerca di SIMG si chiede di notificare gli elaborati finali al personale del centro di ricerca Health Search.