



HS-Newsletter

Health Search, istituto di ricerca della S.I.M.G.
(Società Italiana di Medicina Generale)



SOMMARIO

News...

Progetto ASCO (Aggiornamento Scientifico Continuo Online) a cura di SIMG

Nuova collaborazione tra SIMG e ISTAT: lo stato di salute ed i bisogni sanitari della popolazione italiana potranno essere valutati anche sfruttando le potenzialità del database Health Search...a

continua a pag. 2

Analisi del mese...

Prescrizione di indagini diagnostico-strumentali: quale ruolo per il Medico di Medicina Generale?

L'opportunità che il MMG sia direttamente coinvolto nella richiesta di indagini di imaging strutturale (TC-RM) nella fase iniziale di sospetto diagnostico di sindrome dementigena, è supportata dalla maggior parte delle Linee Guida (LG) internazionali, anche se questo continua ad essere oggetto di discussione.

Infatti, la maggior parte degli specialisti pone l'accento sulla migliore appropriatezza e sul più rilevante risparmio di risorse se la prescrizione di queste indagini strumentali fosse di competenza esclusiva dello specialista.

Con dei dati a disposizione, se favorevoli, la posizione della medicina specialistica su questa specifica problematica potrebbe essere rimessa in discussione, confermando il ruolo attivo che il MMG deve avere nel processo diagnostico di sindrome dementigena, rispettando così le finalità assistenziali e deontologiche della SIMG e confermando, al riguardo, le impostazioni delle nuove LG dell'Istituto Superiore di Sanità-2010, di recente pubblicazione (www.snlg-iss.it)...

continua a pag. 3-4

Contatti

HEALTH SEARCH (SIMG)

Via Sestese, 61
50141 Firenze. Italia
+39 055 4590716
+39 055 494900
Orario: Lunedì - Venerdì 9.00-18.00
E-mail: info@healthsearch.it
Web: www.healthsearch.it

CEGEDIM STRATEGIC DATA

Assistenza Tecnica
Numero Verde: 800.199.846
Orario: Lunedì - Venerdì 10.30-12.30,
14.30-17.00
E-Mail: medici.thales@cegedim.com

News

Progetto ASCO: Health Search-Sissi, protocollo tra Simg e Istat per l'impiego dei dati

Analisi del mese

Prevalenza d'uso di prescrizione di indagini diagnostico-strumentali: quale ruolo per il Medico di Medicina Generale?

a cura di Francesco Mazzoleni,
responsabile Area Neurologica SIMG

Ultima pubblicazione HS

Trattamento della fibrillazione atriale con farmaci antitrombotici nel contesto della medicina generale italiana

tratto dal Journal of Thrombosis and Haemostasis

Suggerimenti per i ricercatori HS

Utilizziamo al meglio Millewin

a cura di Alessandro Filippi,
responsabile Area Cardiovascolare SIMG

Come accedere al Database: ricerche ed analisi

**INSERTO
STACCABILE**



PROGETTO ASCO: Health Search - Sissi, protocollo tra SIMG e ISTAT per l'impiego dei dati

SIMG e ISTAT insieme per studiare in modo ancora più puntuale stato di salute e bisogni sanitari della popolazione italiana. Questo, infatti, è ciò che prevede la convenzione stipulata dalla società scientifica e dall'Istituto nazionale di statistica: i dati raccolti dalla rete di Health Search, in sostanza, verranno validati dall'ente e impiegati per i suoi fini istituzionali, a partire da quella fotografia delle condizioni di salute del paese che l'ISTAT è solito scattare a ogni quinquennio. Per la SIMG questo è il secondo autorevole esempio delle potenzialità insite nel sistema Health Search; il primo è Sissi, il modello di simulazione dei costi sanitari messo a punto in collaborazione con il CEIS di Tor Vergata. E proprio al coordinatore di questo progetto, Vincenzo Atella, docente di economia nell'ateneo romano, Asconews ha chiesto quali frutti arriveranno dalla collaborazione tra SIMG e ISTAT.

Professor Atella, perché questo protocollo?

«Sissi è un database che, grazie ai dati provenienti da Health Search, consente di radiografare la spesa sanitaria per singolo paziente su un arco di tempo di dieci anni. A oggi non esiste nessun altro strumento che sappia svelare così dettagliatamente le dinamiche della spesa pubblica. Il protocollo con l'ISTAT innesca una collaborazione reciproca diretta a migliorare ricerca e analisi: l'Istituto si avvarrà dei dati Sissi per i suoi studi e, al contempo, validerà statisticamente i dati CEIS-SIMG».

Validerà statisticamente? Cioè?

«In altri termini l'ISTAT controllerà i campioni di riferimento dei dati di Sissi per garantire la massima attendibilità delle sue informazioni. Già oggi i nostri modelli sono statisticamente significativi, ma la validazione dell'ISTAT fornirà un autorevole "bollino blu"».

Chi finora criticava i dati di Health Search mettendone in dubbio la significatività sarà zittito...

«Sì, ma non è che fosse quello il nostro obiettivo. Il protocollo con l'ISTAT, infatti, rappresenta solo la prima tappa di un percorso diretto a fare di Sissi una fonte obbligata per tutte le ricerche che trattano di spesa sanitaria e di bisogni di salute della popolazione. Altre seguiranno a breve».

Prof. Vincenzo Atella



Analisi del mese

Prescrizione di indagini diagnostico-strumentali: quale ruolo per il Medico di Medicina Generale?

IL METODO

Fonte dati: Database Health Search (HSD) della SIMG.

Definizione dell'Indicatore 1: rapporto tra il numero di soggetti con una o più registrazioni di TAC e/o RM dell'encefalo con e senza mezzo di contrasto nei soggetti affetti da una qualunque forma di demenza.

Definizione dell'Indicatore 2: rapporto tra il numero di soggetti con almeno una visita specialistica geriatrica o neurologica nei soggetti affetti da una qualunque forma di demenza.

Periodo di osservazione: 1 gennaio-31 dicembre 2009.

Numeratore 1: numero di pazienti di età ≥ 50 anni con diagnosi di demenza (Codici ICD9CM: 331.0 Malattia di Alzheimer; 290.0 Demenza senile; 290.4 Demenza arteriosclerotica; 290.1 Demenza presenile; 290.2 Psicosi senile; 293.0 Stato confusionale acuto; 293.1 Stato confusionale cronico; 310.1 Deficit memoria) nel periodo precedente l'anno di osservazione con una o più registrazioni di TAC e/o RM dell'encefalo con e senza mezzo di contrasto nell'anno di osservazione.

Numeratore 2: numero di pazienti di età ≥ 50 anni con diagnosi di demenza nel periodo precedente l'anno di osservazione con una o più visite specialistiche geriatriche e neurologiche nell'anno di osservazione.

Denominatore 1/2: numero di pazienti di età ≥ 50 anni con diagnosi di demenza nel periodo precedente l'anno di osservazione.

I RISULTATI

Dall'analisi di HSD risultano, nel periodo precedente al 2009, 14663 (9971 di sesso femminile) soggetti con diagnosi di demenza: per 1080 (7,37%) di essi è stata prescritta almeno una TAC o RM dell'encefalo nel corso del 2009. In particolare, nel 5,03% dei soggetti è stato richiesto un accertamento TAC, mentre nel 2,01% di essi una RM. Come si osserva dalla Tabella 1 la maggior parte delle prescrizioni riguarda il sesso maschile e la fascia di età compresa tra i 60 e gli 80 anni.

Per quanto riguarda le visite specialistiche, per 6381 (43,52%) dei soggetti con diagnosi di demenza è stata prescritta una visita geriatrica, mentre per 2506 (17,09%) una visita di tipo neurologico. Infine, per 1487 (10,14%) pazienti, è stato prescritto sia un consulto geriatrico che neurologico. Anche in questo caso il maggior numero di visite riguarda il sesso maschile e la fascia di età tra i 60 e gli 80 anni (**Figura 1**).

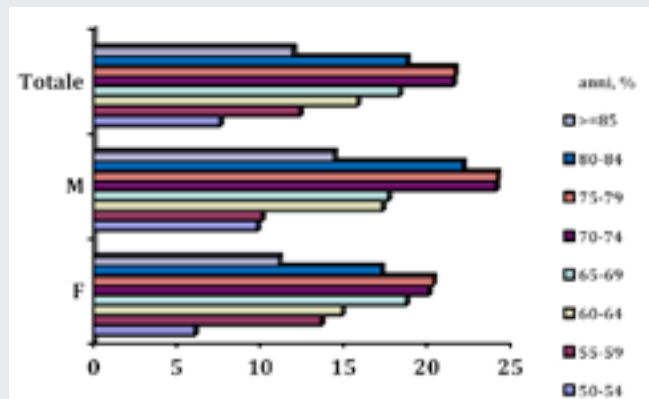
Figura 1.

Proporzione di pazienti, suddivisi per età e sesso, con diagnosi di demenza e con almeno una prescrizione, nel corso del 2009, sia di visita specialistica geriatrica che neurologica.

Fasce d'età	Esami TAC e/o RM, %		Totale
	sesso		
	M	F	
50-54	4,92	4,97	4,95
55-59	3,37	8,28	6,50
60-64	8,67	8,57	8,61
65-69	9,34	8,11	8,57
70-74	10,62	9,96	10,20
75-79	11,51	9,38	10,11
80-84	8,36	7,44	7,73
≥ 85	5,00	3,40	3,80
Totale	8,38	6,89	7,37

Tabella 1

Proporzione di pazienti, suddivisi per età e sesso, con diagnosi di demenza e con almeno una richiesta di TAC e/o RM dell'encefalo nel corso del 2009.



Analisi del mese

Il parere del Medico di Medicina Generale

Le nuove LG dell'Istituto Superiore di Sanità "Impiego delle tecniche di imaging nelle demenze-2010" delineano, in modo chiaro e in sintonia con le principali LG internazionali, il ruolo dell'imaging nelle demenze:

"È raccomandato l'impiego di TC e RM strutturali nella diagnosi di sindrome demenziale.

In tale fase diagnostica l'impiego delle tecniche di imaging è finalizzato all'esclusione di patologie quali tumori, ematomi subdurali e idrocefalo normoteso, in forza della predittività negativa ottimale fornita da tali tecniche in questo specifico momento del percorso diagnostico".

Le stesse LG definiscono lo specialista quale figura professionale che si deve fare carico della prescrizione di imaging nella fase di sospetto diagnostico di sindrome demenziale anche se, in controtendenza rispetto a quanto sostenuto in precedenza, introducono un importante elemento di novità basato sul concetto di "flessibilità territorio-specifica" che, di fatto, consente anche al MMG di gestire l'intera fase di screening nella maggior parte dei casi.

Infatti, nelle realtà territoriali dove la relazione tra MMG e specialista esperto nella diagnosi di demenza è costante ed affidabile e/o inserita in un percorso strutturato, oppure dove esistono lunghe liste d'attesa per l'accesso ai centri specialistici (>1 mese), il MMG che esegue una valutazione cognitiva mediante test (MMSE), può gestire interamente la prima fase del percorso diagnostico procedendo con la richiesta diretta di imaging strutturale.

Questo lavoro di ricerca di HS dimostra quello che accade nella pratica clinica corrente, con dati che vanno in direzione opposta a quella dell'ipotesi di maggiore induzione di spesa dovuta a presunte prescrizioni eccessive da parte dei MMG, peraltro mai supportata da dati oggettivi.

Riguardo all'appropriatezza prescrittiva, questa può essere valutata soltanto in relazione all'aderenza alle LG e l'indagine di HS consente alcune valutazioni.

I dati di HS evidenziano innanzitutto che la prevalenza di demenza nel setting della Medicina Generale è in linea con i dati di prevalenza di letteratura. Questo significa che il MMG entra in contatto e quindi gestisce un numero congruo di pazienti affetti da demenza.

Oltre a questo, nei soggetti con sospetta sindrome demenziale, TC/RM vengono richieste dal MMG nel 7,37% dei casi, mentre le consulenze specialistiche nel 60,6%.

Il database di HS non consente di distinguere le indagini suggerite dagli specialisti da quelle prescritte direttamente dai MMG.

In ogni caso i MMG ricercatori di HS registrano sistematicamente in cartella gli esami suggeriti/ prescritti dagli specialisti in occasione di contatti successivi con i pazienti o con i loro familiari, anche se è verosimile che alcuni dati possano mancare.

Tutto questo significa che, ai pazienti inviati per una consulenza, lo specialista non prescrive alcuna indagine di imaging almeno nella metà dei casi che giungono alla sua osservazione.

Da ciò ne deriva che un dato di inappropriatezza prescrittiva può essere dedotto indirettamente per gli specialisti che, verosimilmente, applicano in misura non adeguata le raccomandazioni delle attuali LG, che sono univoche riguardo al ruolo di prescrittori di imaging degli specialisti.

Alla luce dei dati di HS, i motivi addotti (induzione di spesa, inappropriatezza prescrittiva) per escludere i MMG dalla prescrizione diretta di indagini di imaging strutturale in caso di sospetto diagnostico di sindrome demenziale, non trovano conferma, come peraltro recepito dal panel di esperti dell'ISS che ha redatto le nuove LG.

Un ulteriore commento riguarda la scelta sul tipo di imaging strutturale da richiedere: TC o RM?

Al riguardo le LG non forniscono indicazioni ma, secondo il parere degli esperti, le nuove TC multistrato sono in grado di escludere/evidenziare, senza il ricorso al mezzo di contrasto, le patologie per le quali è previsto il ricorso alla diagnostica per immagini (tumori, ematomi sub-durali, idrocefalo normoteso).

Gli stessi esperti rimarcano l'importanza di precisare i quesiti specifici per cui l'indagine viene richiesta e di verificare con i radiologi le apparecchiature esistenti a livello locale.

**A cura di Francesco Mazzoleni
Responsabile Area Neurologica SIMG
e dei ricercatori di Health Search**

Trattamento della fibrillazione atriale con farmaci antitrombotici nel contesto della Medicina Generale Italiana

Mazzaglia G, Filippi A, Alacqua M, Cowell W, Shakespeare A, Mantovani LG, Bianchi C, Cricelli C.

Razionale. La Fibrillazione Atriale (FA) è la forma di aritmia cardiaca più comune che il Medico di Medicina Generale (MMG) deve affrontare nella pratica clinica quotidiana. I pazienti affetti da FA possiedono un rischio fino a 5 volte superiore di incorrere in ictus ischemico, con un conseguente aumento del rischio di ospedalizzazione e/o del suo prolungamento, nonché di maggiori spese per il sistema sanitario. L'uso appropriato dei farmaci Anticoagulanti Orali (AO) così come degli AntiAggreganti (AA) rappresenta la prima strategia terapeutica da impiegare in prevenzione primaria per i soggetti con FA. Malgrado ciò numerosi studi osservazionali hanno dimostrato un sottoutilizzo (dal 30 al 60% dei soggetti in terapia) dei farmaci AO per questa categoria di pazienti. Ciò potrebbe essere spiegato da un' inadeguata persistenza del trattamento farmacologico una volta iniziato, spesso collegato ad una sovrastima del rischio di emorragia per l'impiego di AO.

Scopi. Calcolare il trend dell'incidenza di FA negli anni 2001-2004 e valutare, per i soggetti con FA, i determinanti di prescrizione di AA nonché stimare la persistenza d'uso di AO.

Risultati. Tra i 488231 (nelle liste di assistenza di 400 MMG) pazienti selezionati, l'incidenza di FA, standardizzata per età, risultava tra 3.9 (2001) e 3.0 (2004), 3.6 (2001) e 3.0 (2004) casi per 1000 anni-persona, rispettivamente per il sesso maschile e femminile. Per i 5420 pazienti affetti da FA l'utilizzo degli AA era scarsamente influenzato dal rischio di ictus valutato con lo score CHADS2. Soltanto il 31% dei soggetti ad alto rischio risultava in trattamento con antiaggreganti.

Relativamente agli AO la prevalenza dei soggetti persistenti si riduceva significativamente passando dal 42.5 al 24.3% ($p < 0.0001$) nei primi due anni di follow up. Il numero dei soggetti che interrompeva il trattamento aumentava sensibilmente dal 32.8 al 49.1%.

Per quanto concerne i fattori di rischio, i soggetti trattati con AO presentavano anamnesi positiva di patologia valvolare, scompenso cardiaco e frattura. Per contro, ipertensione ed ulcera peptica erano associati ad una ridotta probabilità d'uso di AO. I soggetti ultra85enni possedevano una maggiore probabilità di ricevere AA ma non AO. La patologia valvolare e la frattura erano associate con un ridotta propensione all'utilizzo di AA. Sia il trattamento con AO che quello con AA erano significativamente associati alla presenza di polifarmacoterapia.

Conclusioni. Questo studio ha messo in luce come la stratificazione del rischio per l'insorgenza di ictus abbia un ruolo marginale nell'impiego del trattamento con AA. Il numero dei soggetti non persistenti nell'uso di AO si riduce nel corso del follow up. Questi risultati rappresentano un elemento di allerta per il MMG. Strategie educazionali ad hoc dovrebbero essere attuate al fine di ridurre la sottoutilizzazione di farmaci AA e AO nel paziente con FA.

tratto da

jth
journal of
thrombosis and haemostasis

2010 May;103(5):968-75

Suggerimenti per i ricercatori HS

Utilizziamo al meglio Millewin®

a cura di Alessandro Filippi
Responsabile Area Cardiovascolare SIMG

Stimare il filtrato glomerulare e classificare l'insufficienza renale

La stima del filtrato glomerulare è di grande importanza ed è raccomandata ormai da tutte le linee guida come metodo per valutare la funzionalità renale al posto della sola creatininemia. Questo parametro, infatti non consente d'identificare un danno renale significativo soprattutto nei soggetti anziani

Non fidarsi della creatininemia...

Insufficienza Renale = Creatininemia > 1.5 mg/dl
Filtrato Glom. < 60 ml/min (lieve)
Filtrato Glom. < 30 ml/min (grave)

Formula di Cockcroft-Gault = (U) (140-età) X peso/ (72 X Creatininemia) ; D idem x 0,85

Esempio: Uomo di 81 aa. 70 Kgr. Creatinina 1,0
VFG = 57,3 ml/min

Esempio: Donna 81 aa. 60 Kgr. Creatinina 1,0
VFG = 41,7 ml/min

La formula di Cockcroft-Gault è presente in Millewin ed il calcolo è possibile se si dispone della registrazione del peso del paziente.

Dopo aver registrato il valore di creatininemia in accertamenti (in mg/dl), sempre in accertamenti ridigitare "creatinina" e scegliere "clearance creatinina (cockcroft)"; clickare poi sul campo del risultato ed il valore verrà automaticamente calcolato e registrato.

Se si desidera poi classificare il livello di funzione renale, aprendo "Test" (barra in alto) si può scegliere "stadiazione dell'insufficienza renale" e verificare la situazione del paziente rispetto alla classificazione internazionale. In un prossimo futuro sarà disponibile anche un'altra formula di calcolo; la cosa verrà a suo tempo comunicata con gli aggiornamenti del programma.

Codifica della cardiopatia ischemica

A) Infarto miocardico

Aprendo un nuovo problema (mano rossa) digitare infarto: compariranno, per quanto riguarda l'infarto miocardico, queste scelte "infarto miocardico acuto" e "infarto miocardico progressivo" Sempre in caso di infarto miocardico acuto, inserire questa diagnosi con la data dell'evento; eseguire questa codifica anche per infarti miocardici acuti accaduti in passato, in caso di diagnosi certa.

Il problema infarto miocardico acuto può poi essere modificato (mano gialla),divenendo una malattia cronica immediatamente dopo il superamento della fase acuta (dopo la dimissione). Questo cambiamento è a discrezione del medico, a seconda che trovi più utile nella sua pratica personale mantenere il problema aperto "infarto miocardico acuto" o trasformarlo in altro problema aperto indicativo di situazione di cronicità (mano gialla: scegliere infarto miocardico progressivo). Nel caso sia presente esenzione per patologia A02 (che, per legge riconosce solo codici 414 per cardiopatie ischemiche) e sia attivato MAC (nelle opzioni di mille-utilità), il problema "infarto miocardico progressivo", che ha codice 412, non sarà riconosciuto come correlato all'esenzione e comparirà un avviso in merito. Se ciò costituisse un problema possibile inserire altro problema "stenosi coronarie" (che ha codifica 414). Quest'ultimo problema dovrà essere mantenuto attivo per essere riconosciuto da MAC. In sintesi, per non avere la ripetizione dell'avviso di MAC ogni volta, in caso di esenzione A02, a) mantenere come solo problema attivo "infarto miocardico acuto", anche se non completamente corretto dal punto di vista clinico, o mantenere contemporaneamente attivi "infarto miocardico progressivo" e "stenosi coronarie"

Suggerimenti per i ricercatori HS

B) Angina pectoris

Inserire il problema (mano rossa) digitando angina e scegliere angina pectoris. Mantenere questo problema aperto anche se il paziente è divenuto asintomatico in seguito a terapia medica (se asintomatico per rivascolarizzazione vedi dopo). Anche per angina pectoris (codice 413) c'è lo stesso problema di riconoscimento con MAC se c'è esenzione A02. Valgono quindi le stesse considerazioni riportate sopra per infarto.

Sono il bypass e l'angioplastica. Se bypass, inserire il problema (mano rossa) digitando bypass e scegliere "bypass coronaria" o "bypass aortocoronarica"; la prima diagnosi (bypass coronaria) ha il vantaggio di avere codifica 414 e, quindi, di essere riconosciuta da eventuale esenzione per patologia A02. Se angioplastica, inserire il problema (mano rossa) digitando angioplastica e scegliere "angioplastica coronarica". Anche per angioplastica (codice V45.8) c'è lo stesso problema di riconoscimento con MAC se c'è esenzione A02. Valgono quindi le stesse considerazioni riportate sopra per infarto. Nel caso la rivascolarizzazione sia stata eseguita per angina pectoris e il paziente sia diventato asintomatico, possibile, se ritenuto opportuno, chiudere il problema angina e mantenere aperto il solo problema legato al tipo di rivascolarizzazione

C) Procedure di rivascolarizzazioni cardiache

Sono il bypass e l'angioplastica. Se bypass, inserire il problema (mano rossa) digitando bypass e scegliere "bypass coronaria" o "bypass aortocoronarica"; la prima diagnosi (bypass coronaria) ha il vantaggio di avere codifica 414 e, quindi, di essere riconosciuta da eventuale esenzione per patologia A02. Se angioplastica, inserire il problema (mano rossa) digitando angioplastica e scegliere "angioplastica coronarica". Anche per angioplastica (codice V45.8) c'è lo stesso problema di riconoscimento con MAC se c'è esenzione A02. Valgono quindi le stesse considerazioni riportate sopra per infarto. Nel caso la rivascolarizzazione sia stata eseguita per angina pectoris e il paziente sia diventato asintomatico, possibile, se ritenuto opportuno, chiudere il problema angina e mantenere aperto il solo problema legato al tipo di rivascolarizzazione

Codifiche ICD 9

410 infarto miocardico acuto
412 infarto miocardico pregresso
413 angina pectoris
414.05 bypass coronaria
414.0 stenosi coronarie
V45.81 bypass aortocoronarica
V45.82 angioplastica coronarica

Come accedere al database

Ricerche, Analisi e Studi

L'Istituto Health Search (HS) mette a disposizione le proprie informazioni e le proprie risorse ai fini di un'attività di promozione della ricerca scientifica "no profit". Poiché ogni richiesta di estrazione richiede un carico di lavoro aggiuntivo rispetto alle attività "istituzionali" proprie della struttura è importante fornire alcune brevi linee guida atte a facilitare i soggetti proponenti la ricerca.

Al fine di una corretta programmazione ogni richiesta dovrebbe contenere le seguenti informazioni: *finalità della richiesta (ad es. congressi, lavori per ASL, pubblicazioni scientifiche); obiettivi dell'indagine; scadenze; periodo di riferimento; caratteristiche della popolazione in studio; uso dei codici internazionali di classificazione delle patologie (ICD-9 CM) e delle prescrizioni (ATC); la richiesta di accertamenti, ricoveri, visite specialistiche deve essere effettuata precisando l'esatta dicitura con cui le prestazioni sono definite in Millewin®; le informazioni da ricavare dagli accertamenti con valore necessitano di ulteriori specifiche di estrazione, ad esempio: *ultimo valore rispetto ad una determinata data; * media dei valori in un determinato arco temporale*

Richieste "Semplici" (www.healthsearch.it sezione "**Database Thales/HS**" da compilare e rispedire a info@healthsearch.it)

In particolare rientrano in questa categoria tutte quelle richieste che si limitano alla valutazione di un evento di tipo descrittivo, come ad esempio:

- Prevalenza di patologia
- Incidenza cumulativa o Rischio
- Prevalenza d'uso di farmaci
- Prevalenza d'uso di prescrizione di indagini diagnostico-strumentali

Richieste "Articolate" (www.healthsearch.it sezione "**Database Thales/HS**" da compilare e rispedire a info@healthsearch.it)

Se la richiesta del medico ricercatore, alla luce della maggiore articolazione della ricerca (es. studio caso-controllo o coorte, valutazioni di efficacia di interventi formativi, studi di valutazione economica) non rientra in tali modelli si renderà necessario un processo di revisione da parte di un apposito comitato scientifico per l'approvazione finale della ricerca.