



HS-Newsletter

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



SOMMARIO

News...

Panel "Health Search/CSD LPD": il trend dei MMG ricercatori nel corso degli ultimi 10 anni

...è importante ricordare che il numero dei medici "validati" è aumentato progressivamente da 290 del 2001 all'attuale 700 del 2010...

Publicazioni	Panel Validato
Report HS 2001	290
Report HS 2002	320
Rapporto OSMED 2006	400
V Report HS 2008	450
Rapporto OSMED 2008	500
VI Report HS 2010	650
Rapporto OSMED 2010	700

continua a pag. 2

Analisi del mese...

Ipertensione secondaria nel contesto della Medicina Generale: aspetti clinici ed epidemiologici

Nella grande maggioranza dei casi l'ipertensione arteriosa non presenta una causa eziologica ed il suo trattamento non può essere finalizzato alla guarigione.

Nella pratica quotidiana, il Medico di Medicina Generale (MMG) finisce spesso per considerare tutti gli ipertesi come essenziali, trascurando che uno degli obiettivi della valutazione clinica del paziente iperteso è porre il sospetto di forma secondaria. Una diagnosi di questo tipo può consentire una guarigione definitiva evitando al paziente la necessità di una terapia medica di durata indefinita ed una considerevole riduzione dei relativi costi assistenziali....

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

Panel "Health Search/CSD LPD":
il trend dei MMG ricercatori
nel corso degli ultimi 10 anni

Analisi del mese

Ipertensione secondaria nel
contesto della Medicina Generale:
aspetti clinici ed epidemiologici

a cura di Antonio Zampogna
e Romina Casaretto
MMG Regione Liguria

Ultima pubblicazione HS

Trend prescrittivi per asma
e BPCO tra il 2006 ed il 2008
nell'ambito della Medicina
Generale italiana

tratto dal Primary Care Respiratory Journal

Progetti Internazionali e Team Operativo

Suggerimenti per i ricercatori HS

Utilizziamo al meglio Millewin

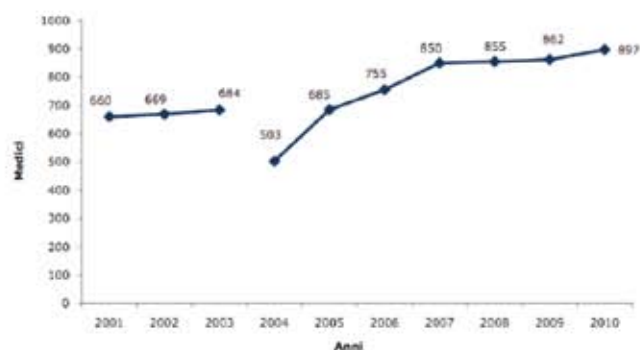
a cura di Alessandro Filippi,
responsabile Area Cardiovascolare SIMG

Come accedere al Database:
ricerche ed analisi

Il Network dei MMG

Panel "Health Search/CSD LPD": il trend dei MMG ricercatori nel corso degli ultimi 10 anni

Il coinvolgimento dei MMG ricercatori nel progetto Health Search – CSD LPD si può dividere in due fasi ben distinte. La prima fase, a gestione esclusiva della SIMG, ha visto aumentare il numero dei MMG partecipanti da 660 del 2001 a 684 del 2003. Dal 2004 la gestione del Database e del Network dei ricercatori è passata al gruppo francese CEGEDIM, leader Europeo nella produzione e distribuzione di servizi legati all'uso dei dati clinici informatizzati. Tale passaggio ha portato ad una riorganizzazione di tutto il sistema con la conseguente esclusione dei MMG che non rispettavano gli standard minimi di qualità richiesti da CEGEDIM e di quelli che hanno scelto di non aderire al nuovo progetto congiunto SIMG/CEGEDIM. A partire dal 2004 il numero dei MMG presenti nel database, rispondenti ai nuovi criteri di eleggibilità, risultava pari a 503; da allora il numero dei nuovi MMG partecipanti ha registrato una crescita continua fino ad arrivare agli 897 del 2010.



Selezione del Panel Validato

Il calcolo di un indice complessivo di qualità della registrazione (ITOT) da attribuire ad ogni singolo MMG partecipante al progetto Health Search – CSD LPD rappresenta la condizione fondamentale per garantire una numerosità ed un'affidabilità sufficiente per condurre studi di coorte, studi caso-controllo e studi di prevalenza anche su malattie rare.¹ Inoltre, per rispondere a criteri di rappresentatività della popolazione generale, ci deve essere sovrapposibilità per quanto concerne sesso, fasce d'età ed area geografica, con la popolazione italiana adulta, secondo quanto descritto dall'ISTAT. Per questa ragione, attraverso le informazioni contenute nel database di ogni singolo MMG, viene stimato annualmente un indice di qualità e selezionato un campione di MMG che rappresenta il nucleo sul quale vengono condotti la maggior parte degli studi epidemiologici. Sul totale degli 897 MMG partecipanti alla fine del 2010 ne sono stati validati 700, ovvero coloro che assicuravano sia un dato affidabile sia una rappresentatività geografica su base regionale. In realtà circa il 70% dei MMG possiede delle informazioni sufficientemente valide da poter essere incluse nel campione dei "validati". Come elemento positivo è importante ricordare che rispetto al passato il numero dei medici "validati" è aumentato progressivamente da 290 del 2001 all'attuale **700 del 2010**.

- **1018 Ricercatori - circa 900 attivi**
- **2.185.572 Pazienti***
- **29.417.628 Diagnosi**
- **285.101.656 Esami di laboratorio**
- **183.412.379 Prescrizioni di farmaci**

Ultimo
aggiornamento
2° Semestre 2010



* La popolazione riportata include tutti i pazienti, anche revocati e/o deceduti, calcolata sugli archivi dei ricercatori anche non più attivi e senza limiti temporali

¹ Sessa E, Samani F, Niccolai C, Pecchioli S, Ventriglia G, Mazzaglia G. La creazione di un campione validato di medici di medicina generale nel database di Health Search. SIMG 2004; 3; 10-14.

Analisi del mese

Iipertensione secondaria nel contesto della Medicina Generale: aspetti clinici ed epidemiologici

Premessa

Nella grande maggioranza dei casi l'ipertensione arteriosa non presenta una causa eziologica ed il suo trattamento non può essere finalizzato alla guarigione.

Nella pratica quotidiana, il Medico di Medicina Generale (MMG) finisce spesso per considerare tutti gli ipertesi come essenziali, trascurando che uno degli obiettivi della valutazione clinica del paziente iperteso è porre il sospetto di forma secondaria. Una diagnosi di questo tipo può consentire una guarigione definitiva evitando al paziente la necessità di una terapia medica di durata indefinita ed una considerevole riduzione dei relativi costi assistenziali. La prevalenza dell'ipertensione arteriosa secondaria varia in base alle caratteristiche dei gruppi di ipertesi esaminati: gli studi effettuati in ambienti specialistici mostrano alti valori (8 -10%) molto probabilmente dovuti a bias di selezione. Studi di comunità forniscono stime intorno all'1%, probabilmente sottostimate: ciò potrebbe essere dovuto al fatto che una diagnosi precisa comporterebbe la selezione di un gran numero di soggetti da sottoporre ad esami talvolta invasivi, che risulterebbero difficilmente eseguibili su larga scala per ovvi motivi etici e gestionali. Ad oggi, sono scarse le informazioni sull'epidemiologia, e quindi sul potenziale impatto clinico dell'ipertensione secondaria, nell'ambito della medicina generale italiana.

Il Metodo

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

Il calcolo della prevalenza annuale (2009) dell'ipertensione secondaria per categorie diagnostiche e per singola causa è stato effettuato considerando la popolazione (**Denominatore**) HS attiva al 31/12/2009 (n=959077; per i migliori 650 medici in base alla qualità dell'inserimento dei dati) di età compresa fra i 18 ed i 95 anni.

I codici ICD9CM utilizzati (**Numeratore**) comprendevano:

- *IPERTENSIONE RENALE O NEFROPARENCHIMALE : 403.0,403.1,403.10,403.11,403.91*
- *IPERTENSIONE NEFROVASCOLARE 405.01,405.11,405.91*
- *IPERTENSIONI ENDOCRINE :*
 - IPERALDOSTERONISMO 255.1*
 - S. DI CUSHING 255.0*
 - FEOCROMOCITOMA 255.6*
 - ACROMEGALIE 253.0*
- *SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NOTTURNE 780.57*
- *IPERTENSIONI VASCOLARI (COATAZIONE AORTICA) 747.1*
- *IPERTENSIONE SECONDARIA MALIGNA 405.0*
- *IPERTENSIONE SECONDARIA MALIGNA ALTRA ORIGINE 405.9*
- *IPERTENSIONE SECONDARIA BENIGNA ALTRA ORIGINE 405.19*
- *IPERTENSIONE SECONDARIA 405.9*
- *IPERTENSIONE SECONDARIA ALTRA ORIGINE 405.99*

I Risultati

Le stime di prevalenza dell'ipertensione secondaria sono riportate in Tabella 1. L'ipertensione secondaria dovuta a sindrome delle apnee ostruttive notturne risulta essere quella con prevalenza maggiore, seguita dall'acromegalia, dall'ipertensione secondaria specificamente diagnosticata, dall'iperaldosteronismo e dalla sindrome di Cushing. Complessivamente le ipertensioni endocrine riportano valori di prevalenza superiori alle ipertensioni 'secondarie', come definito dai codici ICD9CM.

Analisi del mese

Tabella 1. Proporzione (x 10000) di pazienti con diagnosi di ipertensione secondaria (per categoria diagnostica principale ed eziologia-specifici) al 31/12/ 2009 nel database di Health Search.

PATOLOGIE	N	Prevalenza
IPERTENSIONE RENALE O NEFROPARENCHIMALE	62	0,65
IPERTENSIONE NEFROVASCOLARE	72	0,75
IPERALDOSTERONISMO	239	2,49
SINDROME DI CUSHING	225	2,35
FEOCROMOCITOMA	28	0,29
ACROMEGALIE	549	5,72
TOTALE IPERTENSIONI ENDOCRINE	1.037	10,81
SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NOTTURNE (IPERTENSIONE SECONDARIA)	2.348	24,48
IPERTENSIONI VASCOLARI (COARTAZIONE AORTICA)	135	1,41
TOTALE	2.483	25,89
IPERTENSIONE SECONDARIA MALIGNA	30	0,31
IPERTENSIONE SECONDARIA MALIGNA ALTRA ORIGINE	1	0,01
IPERTENSIONE SECONDARIA BENIGNA ALTRA ORIGINE	5	0,05
IPERTENSIONE SECONDARIA	545	5,68
IPERTENSIONE SECONDARIA ALTRA ORIGINE	15	0,16
TOTALE IPERTENSIONI* SECONDARIE	594	6,19

*come descritto dai codici ICD9CM

Il parere del medico di medicina generale

Se prendiamo in considerazione i dati di HSD e li confrontiamo con dati di studi specialistici (Kaplan NM ed. Clinical Hypertension, 7th ed.) notiamo una accettabile vicinanza dei valori di prevalenza, e in particolare se esaminiamo alcune forme di ipertensione secondaria quali l'ipertensione nefroparenchimale (1.0 - 5.0 su 10000 in letteratura), l'ipertensione nefrovascolare (0.1 - 0.8), l'iperaldosteronismo (0.3 - 0.5), la sindrome di Cushing (0.1 - 0.2), il feocromocitoma (0.1 - 0.2), la coartazione aortica (1.0 - 0.2).

Soffermandosi sul numero dei casi di ipertensione secondaria da sindrome delle apnee notturne, il numero assoluto di 900.000, riportato dai dati ISTAT 2003, è inferiore, se traslato ai dati di prevalenza, a quanto presente in HS per il 2009. Entrambi i valori sono comunque elevati, e siccome la diagnosi di questa patologia secondaria, più che per altre forme di ipertensione secondaria, riveste notevole importanza nell'attività quotidiana del MMG, è corretto focalizzarsi su quelli che sono i segni e sintomi che il clinico deve prendere in considerazione in questo ambito assistenziale. Questo quadro clinico rappresenta spesso una complicazione dell'obesità (oltre il 60% nell'obesità grave) e possiede un elevato rischio cardio vascolare che include le aritmie maligne e lo scompenso cardiocircolatorio.

Clinicamente, questi sono gli aspetti sostanziali da tenere in considerazione:

Anamnesi: russamento, apnea durante il sonno, risvegli frequenti, crisi dispnoiche, nicturia, alterata attività durante il sonno, eccessiva sonnolenza diurna, cefalee, perdita della memoria, depressione.

Esame obiettivo: ipertensione, sovrappeso (soprattutto viscerale), alterazioni della cavità orale (ipertrofia tonsillare, ugola ispessita).

Diagnosi: è indispensabile uno Studio Polisonnografico notturno col quale è possibile distinguere tre gradi di apnea notturna, e la registrazione della pressione arteriosa nelle 24 che dimostra valori pressori più alti durante la notte e incremento dei valori pressori al mattino con eccessiva variabilità dei valori pressori stessi e picchi pressori eccessivi notturni.

Trattamento: il paziente con sindrome delle apnee notturne presenta un rischio cardiovascolare molto elevato e richiede un intervento terapeutico efficace per correggere la desaturazione di ossigeno e le sue conseguenze. Tra queste rientra l'ipertensione resistente che richiede l'impiego di 3 o più farmaci antipertensivi; in questo contesto anche il calo ponderale è fondamentale per il raggiungimento dei target terapeutici.

Analisi del mese

In conclusione è possibile affermare che, alla luce del ruolo cardine della Medicina Generale nel monitoraggio e trattamento dell'ipertensione secondaria, la corretta codifica e registrazione di questa malattia, ancora non perfettamente in linea con le stime attese di prevalenza per alcune specifiche sotto-categorie diagnostiche, potrebbe essere funzionale a valutare e migliorare l'approccio assistenziale di diagnosi e trattamento per questa specifica patologia.

A cura del Dott. Antonio Zampogna, MMG, Direttore del corso di formazione in Medicina Generale - Regione Liguria, della Dott.ssa Romina Casaretto, MMG, scuola di Medicina Generale - triennio 2006/2009 e dei ricercatori di Health Search

Ultima pubblicazione HS

Trend prescrittivi per asma e BPCO tra il 2006 ed il 2008 nell'ambito della Medicina Generale italiana

Cazzola M, Segreti A, Bettoncelli G, Calzetta L, Cricelli C, Pasqua F, Rogliani P.

Le indicazioni per un corretto trattamento dei pazienti con asma e BPCO sono ad oggi disciplinate da numerose Linee Guida (LG). Nello specifico, mentre il trattamento del paziente asmatico si focalizza sulla riduzione dello stato infiammatorio, la terapia della BPCO si basa primariamente sulla riduzione della sintomatologia e/o sulla prevenzione della progressione della malattia. Clinicamente, entrambe le patologie prevedono un approccio "passo-passo" per ogni singolo paziente, che tenga in considerazione la gravità della patologia e la minima dose efficace di farmaco per il mantenimento di un alto rapporto beneficio/rischio.

Una delle problematiche di maggior rilievo che il Medico di Medicina Generale (MMG) può incontrare nel paziente con patologia respiratoria, riguarda la difficoltà diagnostica. Sia asma che BPCO infatti, pur presentando caratteristiche fisiopatologiche differenti, possiedono un profilo sintomatologico simile che può essere causa di mis-diagnosi. Sempre a tale riguardo sono molti gli studi presenti letteratura a riscontrare elevati livelli di sotto-diagnosi e sotto-e/o mis-trattamento farmacologico della malattia respiratoria. Ciò può comportare sia rischi per il paziente che maggiori costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Alla luce di questo background, l'obiettivo del presente studio consiste nel valutare l'andamento prescrittivo (anni 2006-2008) dei farmaci per l'apparato respiratorio (sottogruppo con codice ATC: R03*) nei pazienti con asma e BPCO, nel contesto della medicina generale italiana. L'analisi dei dati è stata effettuata attraverso l'impiego del Database Health Search (HSD) della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG).

Nel 2008 la percentuale di pazienti con BPCO trattati con broncodilatatori risultava maggiore rispetto al 2006 (38.6 vs. 38.3%; 1.28 vs. 1.21 prescrizioni/paziente/anno -p/p-). A fronte di un aumento dell'utilizzo del tiotropio (52.4 vs. 34.7%), l'uso degli agonisti beta2 long-acting (LABA) e degli antagonisti muscarinici short-acting risultava diminuito (19.1 vs. 23.6%; 9.2 vs. 20.0%). Tuttavia, il 55,9% dei pazienti con BPCO nel 2006 ed il 47,8% nel 2008, era trattato con un corticosteroide per via inalatoria (ICS) principalmente sotto forma di associazione fissa LABA/ICS.

Per quanto riguarda l'asma, rispetto al 2006, il 2008 mostrava un aumento delle prescrizioni di LABA/ICS come associazione fissa (35,4 vs. 30,4%; 0.61 vs. 0.51 p/p); per contro, soltanto il 54,5% delle prescrizioni complessive includeva un ICS.

I risultati del presente lavoro, pur dimostrando un riduzione nel tempo dei trattamenti inappropriati per le patologie respiratorie, indicano livelli di aderenza alle LG ufficiali per quanto concerne BPCO ed asma, che potrebbero essere ulteriormente incrementati. Tuttavia, alla luce del trend favorevole dimostrato dal trattamento con tiotropio per la BPCO e per il lieve aumento riscontrato nell'uso di ICS per l'asma, nuove strategie educazionali e/o supporti informatici specificamente destinati al MMG, potrebbero ulteriormente migliorare la qualità dell'assistenza in questo contesto clinico.

A cura dei ricercatori di Health Search

tratto da
20 Aprile 2011

Primary Care
RESPIRATORY JOURNAL

Progetti internazionali



VAESCO II: Harmonizing Vaccine Safety in Europe

<http://vaesco.net/internet/en/index.html>

VAESCO rappresenta un network di ricercatori provenienti da diversi paesi Europei nato con l'obiettivo di facilitare ed accelerare la cooperazione tra le varie agenzie di sanità pubblica in Europa. Uno degli obiettivi strategici è rappresentato dallo sviluppo di strumenti, infrastrutture e modelli capaci di ottimizzare l'analisi integrata sulla sicurezza dei vaccini.



EU-ADR: Exploring and Understanding Adverse Drug Reactions by Integrative Mining of Clinical Records and Biomedical Knowledge

www.alert-project.org

Il progetto EU-ADR ha come obiettivo lo sviluppo di un innovativo sistema di identificazione delle ADR a supporto dei sistemi di segnalazione spontanea. Per il raggiungimento di tale obiettivo EU-ADR utilizza informazioni provenienti da database che forniscono informazioni cliniche su oltre 30 milioni di cittadini europei di 4 Paesi (Olanda, Danimarca, Regno Unito, Italia).



ARITMO: Arrhythmogenic potential of drugs

www.aritmo-project.org

Il progetto ARITMO si propone di analizzare il profilo di rischio aritmogenico di circa 250 farmaci antipsicotici, anti-infettivi, ed anti-istaminici. La strategia consiste nell'utilizzo di dati provenienti da studi prospettici, database, tra i quali anche Health Search CSD LPD, e studi in-silico. Tutte queste informazioni verranno armonizzate con l'obiettivo di fornire un rapporto finale sul profilo di rischio aritmogenico dei farmaci osservati e sui determinanti clinici e genetici di tale rischio.

Il team operativo

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

Direttore Generale

Iacopo Cricelli



Direttore della Ricerca

Giampiero Mazzaglia



Consulente Scientifico

Francesco Lapi



Analisi Statistiche e Data Management

Alessandro Pasqua



Serena Pecchioli



Monica Simonetti



Suggerimenti per i ricercatori HS

Utilizziamo al meglio Millewin®

a cura di Alessandro Filippi
Responsabile Area Cardiovascolare SIMG

Miglioriamo la codifica delle nostre diagnosi

Trombosi venosa profonda: digitare "trombosi" e scegliere "trombosi venosa profonda (ICD IX 451.1/41). Si consiglia, per motivi di uniformità di diagnosi, di utilizzare questo termine per la trombosi venosa profonda degli arti inferiori, la più comune, e di non utilizzare termini alternativi quali "tromboflebite vene profonde estremità inferiori" o "tromboflebite estremità inferiori".

Nel caso la trombosi venosa profonda interessi altri distretti è invece possibile utilizzare altre codifiche: "trombosi vena cava", "trombosi vena renale", "trombosi della vena porta". Nel caso si desideri specificare altre vene, ricercare il termine "tromboflebite" con associata la vena in questione. In caso di tromboflebite superficiale degli arti inferiori digitare "tromboflebite" e scegliere appunto "tromboflebite superficiale degli arti inferiori" (ICD IX 451.0). Esiste anche il codice "tromboflebiti estremità superiori" (ICD IX 451.84).

Per trombosi venosa profonda è presente in millewin una guida alla terapia anticoagulante orale in MMG. Cliccare il "?" nella barra in alto a destra, scegliere "guida al programma", scendendo troverete la "guida alla terapia anticoagulante orale". Lavorando on line è possibile accedere alla guida per la diagnosi e terapia della trombosi venosa profonda presente sul sito SIMG: www.simg.it->aree cliniche->area CV>supporti professionali->in fondo alla pagina si trova TVP linee guida. Nella stessa sezione troverete anche le indicazioni per la fibrillazione atriale e l'arteriopatia periferica

Arteriopatia periferica arti inferiori :

-*Presenza di sintomi (claudicatio):* aprire nuovo problema e digitare "claudica".

Compariranno due termini:

- a) Claudicatio intermittens (443.9)
- b) aterosclerosi arti con claudicatio intermittens (440.21)

Si consiglia di scegliere il secondo (aterosclerosi arti con claudicatio intermittens) per ch  più preciso e, soprattutto, con codice ICD IX distinto dall'arteriopatia asintomatica (vedi sotto)

-*Assenza di sintomi (ma oggettiva malattia: riduzione pulsazione, esami strumentali):* aprire nuovo problema e digitare "periferica".

Comparirà il termine "Malattia vascolare periferica" (443.9) Stenosi carotidea

Aprire un nuovo problema e digitare "stenosi". Comparirà "Stenosi carotidea" con possibilità di scelta tra dx, sx, bilaterale

Comunicazioni

Il Team di Ricerca HS con il contributo scientifico della SIMG ha partecipato allo sviluppo di un nuovo e affascinante programma: **MilleGPG**.

Health Search, per la sua struttura assolutamente non finanziata, non può permettersi di sostenere ulteriori costi; tuttavia *Millennium* a fronte della fruttuosa e lunga collaborazione ha ritenuto di poterli sostenere.

Ai ricercatori HS è pertanto dedicato un listino speciale per il primo anno, totalmente esclusivo e riservato; dando la possibilità di acquisire gratuitamente la licenza MilleGPG ad un costo ridotto del 50% per il contratto di manutenzione per il I anno al fine di premiare lo sforzo che quotidianamente fate per consentire la sopravvivenza della nostra rete di ricerca.



MilleGPG

Listino riservato esclusivamente ai Ricercatori Health Search - CSD

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

~~GRATUITA~~

Canone annuo: € 200,00 + IVA

~~€ 100 + IVA~~

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

genomedics **Millennium**

PRODOTTO DA GENOMEDICS PER LE ATTIVITÀ DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENOMICA

Per ulteriori informazioni vi invitiamo a contattare l'ufficio commerciale Millennium al numero verde: **800 949 502**

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.