



HS-Newsletter

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



SOMMARIO

News...

Health Search partecipa al Rapporto OsMed 2010

Health Search coinvolto, per il settimo anno consecutivo, nella redazione del capitolo sulla valutazione dell'appropriatezza clinica, la definizione dei sottogruppi di farmaci analizzati, le analisi statistiche ed epidemiologiche dell'uso dei farmaci.

I dati relativi alla prescrizione, motivata dall'indicazione clinica, sono stati messi a disposizione dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) che, a partire dal 1996, coordina il progetto Health Search. Lo scopo è quello di raccogliere informazioni relative alla diagnosi e ai profili di rischio nella popolazione degli assistibili, nonché dati relativi all'utilizzazione dei farmaci...



continua a pag. 2-3

Analisi del mese...

Impatto epidemiologico della Colite Ulcerosa e del Morbo di Crohn nell'ambito della Medicina Generale Italiana

Quasi 200.000 mila italiani soffrono delle cosiddette Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) che comprendono la malattia di Crohn (MC) e la colite ulcerosa (CU).

La causa dell'infiammazione cronica dell'intestino è ancora sconosciuta e sono state avanzate diverse ipotesi tra le quali, la più accreditata, è quella di una reazione immunologica incontrollata da parte dell'intestino verso antigeni ivi normalmente presenti...

continua a pag. 4-5

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

Health Search
partecipa al
Rapporto OsMed 2010

Analisi del mese

Impatto epidemiologico della Colite
Ulcerosa e del Morbo di Crohn
nell'ambito della Medicina Generale
italiana

*a cura del Dr. Enzo Ubaldi
responsabile Area Gastroenterologica SIMG*

Ultima pubblicazione HS

Impiego sub-ottimale della terapia
gastroprotettiva nei soggetti
utilizzatori di antiinfiammatori non
steroidi e rischio di sanguinamento
gastrointestinale

*tratto da International Journal of Gastroenterology
and Hepatology*

Progetti Internazionali e Team Operativo

Suggerimenti per i ricercatori HS

Utilizziamo al meglio Millewin®
*a cura del Dr. Alessandro Filippi
Responsabile Area Cardiovascolare SIMG*

**Come accedere al Database:
ricerche ed analisi**

**INSERTO
SPECIALE**

Health Search partecipa al Rapporto OsMed 2010



(...continua dalla prima pagina)

Cos'è l'OsMed ?

L'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed) assicura il monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale e regionale tramite l'elaborazione di oltre 500 milioni di ricette prescritte dai medici di medicina generale e inviate da circa 18.000 farmacie del territorio. È lo strumento necessario e insostituibile per la determinazione dello sfondamento del tetto di spesa programmato e per l'adozione delle misure di ripiano.

Queste le finalità principali:

- 1) Descrivere i cambiamenti nell'uso dei farmaci;
- 2) Correlare problemi di sanità pubblica e uso di medicinali o categorie terapeutiche;
- 3) Favorire la diffusione dell'informazione sull'uso dei farmaci;
- 4) Confrontare il consumo dei medicinali in Italia con quello di altri Paesi;
- 5) Chiarire il profilo beneficio-rischio dei farmaci incrociando i dati sulle reazioni avverse con quelle sui livelli d'uso dei medicinali nella popolazione.

Le informazioni gestite ed elaborate dall'OsMed vengono periodicamente pubblicate in Rapporti nazionali, che sintetizzano i dati sull'uso dei farmaci in Italia nella popolazione generale, descritti in termini di spesa, volumi e tipologia. Le analisi, inoltre, offrono spunti per correlare la prevalenza delle patologie nel territorio con il corrispondente utilizzo dei farmaci e propongono l'interpretazione dei principali fattori che influenzano la variabilità nella prescrizione.

Rapporto OsMed 2010

Nel 2010 l'Italia ha speso per curarsi oltre 26 miliardi di euro di sole medicine, con una media di 434 euro e 30 confezioni ritirate in farmacia a cittadino, rimborsate al 75% dal Servizio sanitario pubblico che tuttavia per i bolzaini ha versato appena circa 153 euro a testa mentre per i calabresi ha pagato 268 euro ad assistito: una differenza «marcata, pressoché immutata negli anni, che non è spiegabile solo sulla base di differenti condizioni di salute delle popolazioni residenti nelle diverse Regioni». A sottolinearlo è l'undicesimo Rapporto nazionale OsMed 2010, coproduzione Iss-Aifa coordinata da Roberto Raschetti, responsabile del laboratorio di Epidemiologia e biostatistica dell'Istituto, che nell'introduzione al volume segnala la variabilità dei consumi farmaceutici regionali come un dato su cui riflettere, a maggior ragione nell'anno in cui si celebrano i 150 anni dell'Unità d'Italia, tenendo presente un neo che da sempre condiziona le sorti dell'uso del farmaco nel nostro Paese: «Le basi conoscitive disponibili ai medici nel guidare le loro scelte terapeutiche sono tutt'ora fortemente condizionate da studi sponsorizzati dall'industria, con un ruolo ancora troppo marginale della ricerca non prima, e spesso unica, informazione sulle nuove molecole solo da parte dei produttori, e l'esigenza di fornire informazioni provenienti da fonti indipendenti e affidabili è diventata pressante».

E proprio a questo obiettivo punta il report che come ogni anno analizza il rapporto di pazienti e prescrittori con le medicine principalmente nell'ottica dell'appropriatezza clinica e con un occhio anche alla spesa privata che - inutile dirlo - va come quella pubblica: nel 2010 per i farmaci acquistati di tasca propria (farmaci di fascia A acquistati privatamente, farmaci di fascia C con ricetta, farmaci per automedicazione) gli italiani hanno speso 6.071 milioni di euro, ma con una variabilità regionale che va dai 64 euro procapite del Molise ai 123 euro della Liguria. Se i consumi da Nord a Sud Italia restano ballerini, assai meno variabile risulta la classifica delle classi terapeutiche più gettonate. In testa alla classifica - come ogni anno e come in molti Paesi Ue - troviamo i cardiovascolari che con oltre 5 miliardi di euro, sono in assoluto la categoria a maggior utilizzo, con una copertura di spesa da parte del Ssn di oltre il 93 per cento. Seguono: i farmaci gastrointestinali (12,9% della spesa), i farmaci del sistema nervoso centrale (12,7%) e gli antineoplastici (12,6%), questi ultimi erogati strutture pubbliche. I farmaci dermatologici (per l'88% della spesa), del sistema genito-urinario e ormoni sessuali (57%) e dell'apparato muscolo-scheletrico (52%) sono invece le categorie maggiormente a carico dei cittadini.

News

Quasi tutte le categorie terapeutiche fanno registrare un aumento delle dosi prescritte rispetto al 2009. In particolare, incrementi nella prescrizione si osservano per i farmaci gastrointestinali (+6,7%), del sistema nervoso centrale (+3,4%) e del sistema cardiovascolare (+2,9%).

Per quanto riguarda l'analisi in rapporto all'età dell'assistito, anziani e bambini in primo piano: 8 bambini su 10 ricevono in un anno almeno una prescrizione, in particolare di antibiotici e antiasmatici, ma consumano meno del 3% delle dosi e della spesa; gli over 65 assorbono il 60% della spesa e delle dosi.

Per quanto riguarda la classifica per molecole, invece, le statine continuano a essere il sottogruppo a maggior spesa (17,7 euro procapite) con un aumento dell'11,5% delle dosi e del 7,2% della spesa, seguite dagli inibitori di pompa con 16,3 euro (+6,2% rispetto al 2009). Importanti aumenti nel consumo si osservano per gli antagonisti dell'angiotensina II da soli o in associazione con i diuretici (+9 e +7,7% rispettivamente), gli omega 3 (+12,2%), farmaci per il dolore neuropatico (+15%), gli oppioidi maggiori (+19,4%). Ma la sostanza più prescritta in assoluto, come nel 2009, il ramipril, che ha totalizzato 51 dosi su mille abitanti al giorno.

Consumi farmaci territoriali (*) (classe A-Ssn)

Regione	Spesa lorda procapite pesata	Confezioni procapite pesate	ddd/1.000 ab. die pesate	Spesa priv. pro capite pesata (A, C, Sop e Otc)
Piemonte	194,0	16,2	883,2	101,4
Val d'Aosta	185,9	15,8	885,2	121,0
Lombardia	198,4	15,2	844,0	108,3
Bolzano	152,8	12,2	711,3	99,6
Trento	167,9	14,8	816,5	98,8
Veneto	189,2	16,0	892,8	97,2
Friuli V. G.	193,7	16,2	907,9	85,6
Liguria	197,8	16,7	909,9	123,1
Emilia Romagna	179,4	16,9	933,7	112,4
Toscana	176,6	17,4	935,1	113,7
Umbria	187,1	18,2	999,9	93,1
Marche	197,3	17,5	933,1	104,1
Lazio	248,5	19,5	1.034,2	113,0
Abruzzo	230,5	18,5	964,3	89,0
Molise	207,9	17,9	928,8	64,0
Campania	241,0	20,6	1.023,1	97,2
Puglia	257,4	21,5	1.080,9	76,4
Basilicata	205,2	18,6	954,7	69,0
Calabria	267,8	20,0	1.021,0	85,4
Sicilia	266,0	21,0	1.067,1	95,8
Sardegna	234,5	19,1	1.017,0	90,1
ITALIA	215,1	17,9	952,2	101,1

(*) Esclusa la distribuzione diretta e per conto

tratto da "Il sole 24 ore Sanità" 12-18 Luglio 2011

Analisi del mese

Impatto epidemiologico delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali nell'ambito della Medicina Generale Italiana

Premessa

Quasi 200.000 mila italiani soffrono delle cosiddette Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) che comprendono la malattia di Crohn (MC) e la colite ulcerosa (CU).

La causa dell'infiammazione cronica dell'intestino è ancora sconosciuta e sono state avanzate diverse ipotesi tra le quali, la più accreditata, è quella di una reazione immunologica incontrollata da parte dell'intestino verso antigeni ivi normalmente presenti.

La colite ulcerosa colpisce principalmente il retto ed il colon distale, può estendersi anche in parte o totalmente al colon, mentre non interessa mai altre parti dell'intestino.

La malattia di Crohn invece può manifestarsi in tutto il canale alimentare, dal cavo orale fino all'ano, con una maggiore frequenza nell'ileo terminale e in tratti variabili del colon oppure di entrambe le zone.

La cronicità delle due patologie non esclude che i pazienti possano godere di un periodo prolungato di benessere ed assenza di sintomi nel quale però persiste un certo grado di infiammazione dei tessuti intestinali e loco-regionali. Proprio per queste sue caratteristiche di cronicità, il paziente con MICI si inserisce in un quadro assistenziale a lungo termine che impatta nell'attività lavorativa giornaliera del medico di famiglia.

L'assenza di un vero e proprio registro epidemiologico nazionale non consente di effettuare considerazioni importanti sull'impatto assistenziale della colite ulcerosa e del morbo di Crohn nella popolazione italiana ed un primo importante contributo della Medicina Generale (MG) potrebbe essere quello di fornire dati aggiornati sulla prevalenza di queste due patologie ai fini di una migliore programmazione dell'assistenza sia a livello territoriale che ospedaliero.

Metodi

È stata effettuata una interrogazione del database Health Search (HS) con periodo di riferimento l'anno 2010. I pazienti sono stati considerati eleggibili qualora fossero stati presi in carico dal Medico di Medicina Generale da almeno 2 anni.

Per quanto concerne il calcolo della prevalenza percentuale delle patologie, il numeratore e denominatore sono stati così definiti:

[numeratore] numero di pazienti (registrati da almeno due anni nella liste dei MMG) con diagnosi di colite ulcerosa (ICD9: 556.X) per l'anno 2010; **[denominatore]** popolazione attiva nelle liste di assistenza del MMG con almeno 2 anni dalla presa in carico;

[numeratore] numero di pazienti (registrati da almeno due anni nella liste dei MMG) con diagnosi di morbo di Crohn (ICD9: 555.X) per l'anno 2010; **[denominatore]** popolazione attiva nelle liste di assistenza del MMG con almeno 2 anni dalla presa in carico;

Tutte le stime ottenute sono state stratificate per sesso e classi di età.

Risultati

L'analisi è stata effettuata su 1.065.070 assistiti di 700 MMG equamente distribuiti nel territorio nazionale. Sono stati rilevati 7.544 pazienti affetti da MICI con una prevalenza di 708/10⁵, di 7 pazienti ogni 1000 assistiti ed una leggera prevalenza del sesso maschile (Tabella 1).

I pazienti affetti da MC sono risultati 4.385 (58%) e quelli affetti da CU 3.159 (42%) con rapporto MC/CU di 1,38:1. In Tabella 2 ed in Figura 1 è riportato l'andamento della prevalenza dei pazienti affetti da Morbo di Crohn, diviso per fasce di età e sesso. Il MC risulta leggermente prevalente nei soggetti di sesso maschile e la distribuzione per fasce d'età ha un andamento a campana con una maggiore presenza di pazienti affetti nella fascia di età compresa tra i 45 ed i 65 anni.

Uno stesso andamento si osserva nella distribuzione dei pazienti affetti da Colite Ulcerosa (Tabella 3 e Figura 2). In tabella 4 è riportata la prevalenza delle patologie che possono associarsi alle MICI, rappresentate principalmente dalla osteoporosi e dalla calcolosi renale.

In tabella 5 è riportato il numero delle principali visite specialistiche correlate al problema MICI.

Conclusioni

Le MICI sono patologie non molto frequenti nell'ambito degli assistiti di ogni singolo MMG ma per il fatto di essere patologie croniche-ricidivanti, essendone colpiti soggetti socialmente attivi ed essendo associate a comorbidità e complicanze, esse rappresentano un importante carico assistenziale per il MMG.

Nell'ambito di una gestione multidisciplinare delle MICI, l'attività della medicina generale è strategica ai fini di una diagnosi precoce, della gestione integrata delle terapie e delle eventuali complicanze, del follow-up della terapia cronica, nella prevenzione e nel supporto socio-assistenziale.

La reale prevalenza e gestione diagnostico-terapeutica delle MICI desunte dai dati della medicina generale italiana crediamo possano costituire un contributo per migliorare la qualità assistenziale dei pazienti affetti da tali patologie.

Analisi del mese

Tabella 1. MICI: dati Health Search anno 2010.

MMG	700
Assistiti	1.065.070
M.I.C.I.	7544
Prevalenza	708/10 ⁵
M/F	3992/3522 (1.13/1)
M.I.C.I./1000 assistiti	7.0

Tabella 2. Prevalenza annuale (2010) di pazienti affetti da Morbo di Chron.

CLASSE DI ETA	CASI			PREVALENZE		
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE
15-24	75	60	135	0,14	0,12	0,13
25-34	210	204	414	0,30	0,28	0,29
35-44	408	375	783	0,42	0,37	0,40
45-54	490	395	885	0,54	0,41	0,47
55-64	487	398	885	0,64	0,49	0,56
65-74	341	282	623	0,57	0,41	0,48
75-84	235	281	516	0,58	0,47	0,52
>=85	54	90	144	0,38	0,29	0,32
TOTALE	2.300	2.085	4.385	0,46	0,37	0,41

Tabella 3. Prevalenza annuale (2010) di pazienti affetti da Colite Ulcerosa.

CLASSE_ETÀ	CASI			PREVALENZE		
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE
15-24	49	50	99	0,09	0,10	0,10
25-34	158	133	291	0,22	0,18	0,20
35-44	259	246	505	0,27	0,25	0,26
45-54	338	236	574	0,37	0,25	0,31
55-64	345	255	600	0,45	0,31	0,38
65-74	316	263	579	0,53	0,38	0,45
75-84	172	192	364	0,42	0,32	0,36
>=85	55	92	147	0,39	0,30	0,33
TOTALE	1.692	1.467	3.159	0,34	0,26	0,30

Tabella 4. Prevalenza annuale (2010) delle manifestazioni extraintestinali delle MICI.

	MC		CU	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Uveite	31	0,71	18	0,57
Spondilite	92	2,10	38	1,20
Poliartrite	70	1,60	46	1,46
Calcolosi renale	303	6,91	202	6,39
Colangite sclerosante	19	0,43	15	0,47
Pioderma gangrenoso	41	0,94	19	0,60
Eritema nodoso	37	0,84	8	0,25
Osteoporosi	644	14,69	483	15,29
Aborto	35	1,68	19	1,30

Tabella 5. Prevalenza annuale (2010) delle visite specialistiche correlate alle MICI.

	MC		CU	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Visita gastroenterologica	2.118	48,30	1.412	44,70
Visita chirurgica	1.880	42,87	1.307	41,37
Visita internistica	525	11,97	278	8,80

Figura 1. Prevalenza annuale (2010) di pazienti affetti da Morbo di Chron.

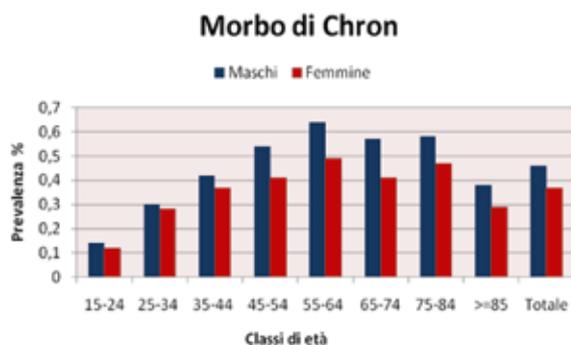
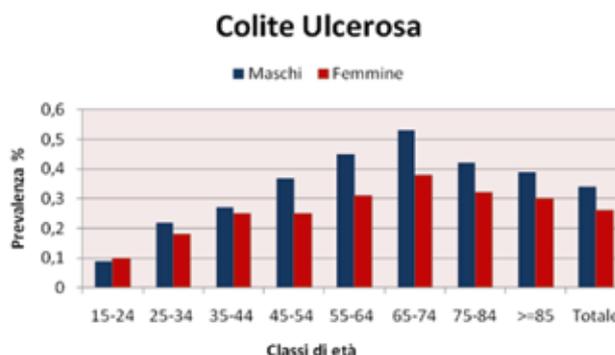


Figura 2. Prevalenza annuale (2010) di pazienti affetti da Colite Ulcerosa.



A cura del Dr. Enzo Ubaldi, Responsabile Area Gastroenterologica SIMG e dei ricercatori di Health Search

Ultima pubblicazione HS

Impiego sub-ottimale della terapia gastroprotettiva nei soggetti utilizzatori di antiinfiammatori non steroidei a rischio di sanguinamento gastrointestinale

Van Soest EM, Valkhoff VE, Mazzaglia G, Schade R, Molokhia M, Goldstein JL

L'impiego di Agenti GastroProtettivi (AGP) nei soggetti in trattamento con i Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei non selettivi (FANSs) è funzionale ad una riduzione del rischio di sanguinamento dell'alto tratto gastrointestinale (Upper Gastrointestinal Bleeding -UGIB-). Ad oggi, tuttavia, non è stato ancora quantificato l'effetto di riduzione del rischio di UGIB dovuto alla terapia gastroprotettiva, soprattutto in base ai diversi livelli di aderenza al trattamento, che possono esserne elemento determinante per la reale estrinsecazione dell'effetto terapeutico.

Lo scopo di questo studio, che ha visto coinvolti tre database europei tra cui Health Search, consisteva nel valutare la possibile associazione tra i diversi livelli di aderenza ad AGP ed il rischio di UGIB. Il disegno impiegato è stato di tipo caso-controllo, nestato in una coorte di pazienti ultra55enni utilizzatori di FANSs in combinazione con AGP. I casi di UGIB sono stati definiti sia come eventi di sanguinamento che come ulcere sintomatiche con o senza perforazione e/o ostruzione. Ogni caso è stato appaiato a tutti i controlli disponibili durante il follow-up in base all'età, al sesso ed il tempo di partecipazione all'intero periodo di osservazione. L'aderenza alla terapia gastroprotettiva è stata calcolata come proporzione di giorni coperti dagli AGP durante l'esposizione ai FANSs. I vari livelli di aderenza sono stati così categorizzati: 'non-aderenza', se la percentuale di giorni coperti era inferiore al 20%, 'aderenza parziale', quando si attestava tra il 20 e l'80% di copertura con AGP, 'alta aderenza' quando superava l'80% dei giorni di copertura.

La coorte risultava costituita da 618.684 utilizzatori di FANSs. Tra questi il 10,6% era 'parzialmente aderente', il 4,9% era 'non aderente', mentre il 68,1% costituiva il sottogruppo degli 'alto aderenti'. Tra i 339 casi ad essere stati individuati nella corte la probabilità di non essere aderenti era 2.4 volte superiore rispetto ai controlli, qualora si consideravano i casi di UGIB che riportavano o meno la chiara presenza di sanguinamento. Ad ogni modo veniva stimato un Odds Ratio significativo (1,89; Intervalli di Confidenza al 95%: 1.09-3.28) anche quando gli eventi venivano limitati ai soli eventi di UGIB con sanguinamento effettivamente diagnosticato.

Questo studio, che come è stato precedentemente accennato è di carattere sovra-nazionale, dimostra l'evidente relazione tra gli scarsi livelli di aderenza alla terapia gastro-protettiva ed un aumento del rischio di UGIB. Questa evenienza clinica ha un impatto particolarmente rilevante nel contesto delle patologie e dei relativi trattamenti farmacologici a lungo e medio termine. Questi ultimi coinvolgono frequentemente la popolazione anziana e necessitano di un monitoraggio costante da parte di determinate figure quali il medico di famiglia. Proprio nel contesto della medicina generale dovrebbero essere individuate nuove strategie per ridurre i livelli di non aderenza agli AGP nel paziente in terapia con FANSs.

a cura dei ricercatori di Health Search

tratto da

GUT
An International Journal of Gastroenterology and Hepatology

In questo periodo sono stati inoltre pubblicati i seguenti articoli:

- Autori: Cazzola M, Calzetta L, Bettoncelli G, Cricelli C, Romeo F, Matera MG, Rogliani P
Titolo: Cardiovascular disease in asthma and COPD: A population-based retrospective cross-sectional study
Rivista: Respir Med. 2011 Aug 17
- Autori: Trifirò G, Patadia V, Schuemie MJ, Coloma PM, Gini R, Herings R, Hippisley-Cox J, Mazzaglia G, Giaquinto C, Scotti L, Pedersen L, Avillach P, Sturkenboom MC, van der Lei J, Eu-Adr Group.
Titolo: EU-ADR healthcare database network vs. spontaneous reporting system database: preliminary comparison of signal detection
Rivista: Stud. Health Technol Inform. 2011;166:25-30

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®****Ipertensione arteriosa**

L'ipertensione arteriosa è , in termini numerici, la patologia più importante per un MMG.

La corretta registrazione delle informazioni è fondamentale per gestire adeguatamente centinaia di pazienti nel corso degli anni.

Registrazione dei valori pressori

La prima avvertenza è quella di registrare sempre tutti i valori pressori (ovviamente la loro media nel caso di più misurazioni nello stessa seduta). Possibilmente registrare anche la frequenza cardiaca rilevata (il sempre più frequente uso di apparecchi automatici facilita questi aspetti).

La pressione può però essere rilevata anche con misurazioni domiciliari da parte del paziente (home blood pressure) o con monitoraggio delle 24 ore (AMBP). E' importante segnalare come è stata rilevata la pressione in questi casi perché i limiti di "normalità" sono differenti ("ipertensione" se $> 135/85$ per media valori domiciliari e se $> 125/80$ -media 24 ore- se AMBP). Attualmente Millewin non prevede questa possibilità quindi si suggerisce di utilizzare lo spazio per le note, inserendo H per media domiciliare e A per media 24ore dell'AMBP. Questa scelta consentirà di avere modalità analoghe a quelle dei gruppi di audit-ipertensione già operanti nell'ambito SIMG. Eventuali commenti o descrizioni estese sono riportabili nel testo del diario, per quanto riguarda la misurazione domiciliare, o nel test o di commento dell'esame per quanto riguarda l'holter pressorio

Si segnala che le modalità di avviso (orologio giallo) in caso di mancata registrazione della pressione non sono adeguate alle necessità dei pazienti ipertesi che richiedono, se ben controllati, misurazioni semestrali. L'attuale sistema, in caso di PA controllata, rimane spento per periodi molto più lunghi. Ricordiamoci quindi sempre di verificare questo aspetto quando abbiamo contatti con i pazienti ipertesi, in attesa che il problema sia affrontato dai tecnici di Millennium.

Registrazione dell'ECG

La registrazione dell'ECG è indispensabile al momento dell'inquadramento diagnostico e poi periodicamente nell'ambito del follow-up (indicativamente ogni 2-3 anni in assenza di altra patologia CV che richieda controlli più frequenti).

E' utile sfruttare le codifiche standard già contenute nel programma, biffando le apposite scelte. Si noterò che non sempre è possibile trovare tutto ciò che può comparire in un referto ECG, ma, almeno per quanto riguarda l'ipertensione, è fondamentale sapere se un paziente ha fibrillazione atriale, blocco di branca sinistro, ipertrofia ventricolare sinistra (ivs), ischemia, altro (che, pur nella sua vaghezza, segnala un ECG comunque non normale).

Registrazione della funzionalità renale

Si ricorda che anche questo aspetto fa parte dell'inquadramento iniziale e, poi, del follow-up del paziente iperteso. Per quanto riguarda la creatinina mia, oltre alla registrazione del valore si ricorda la possibilità di stimare il filtrato glomerulare. Attualmente è possibile il calcolo con formula di C&G e la (sola) registrazione del valore stimato con formula MDRD (ormai però fornita in automatico da molti laboratori quando si richiede la creatininemia).

Per quanto riguarda la microalbuminuria, il principale problema di registrazione è dovuto al metodo utilizzato e all'assenza di codifica del rapporto albuminuria/creatininuria su urine del mattino, considerato attualmente il metodo migliore almeno in medicina generale. In assenza di soluzioni ideali si consiglia di evidenziare sempre il risultato dell'esame (comunque registrato) come patologico (pallino rosso) o come normale (pallino verde).

a cura del Dr. Alessandro Filippi Responsabile Area Cardiovascolare SIMG

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 poterci 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 sottoscrivono personalmente il contratto di canone in licenza d'uso del prodotto software MilleGPG e prestazioni dei servizi connessi

genomedics Millennium

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.