



HS-Newsletter

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



SOMMARIO

News...

Commissione "Igiene e Sanità" del Senato della Repubblica - Roma, 15 maggio 2012

Indagine conoscitiva sulla Patologia diabetica in rapporto al SSN e alle connessioni con le malattie non trasmissibili

Il contenimento della Spesa Sanitaria Pubblica: alcune riflessioni a margine della Spending Review

a cura del Prof. Vincenzo Atella

continua a pag. 2

Analisi del mese...

Cardiopatologia congenita dell'adulto in Medicina Generale: prevalenza e monitoraggio clinico

I soggetti adulti (di età superiore o uguale ai 18 anni) con cardiopatologia congenita costituiscono quella categoria di pazienti in cui, alla nascita o durante i primi anni di vita, viene riscontrata una patologia cardiaca. Nello specifico la cardiopatologia congenita racchiude numerosi difetti anatomico-funzionali che riguardano il setto atriale e ventricolare, i grossi vasi cardiaci, nonché i sistemi valvolari cardiaci e polmonari...

continua alle pagine 5-6

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

Il contenimento della spesa sanitaria pubblica: alcune riflessioni a margine della Spending Review

a cura del

Prof. Vincenzo Atella

*Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring,
Dipartimento di Economia e Finanza - Università
di Roma Tor Vergata, CHP - PCOR Stanford
University*

-

Audizione ISTAT

"Indagine conoscitiva sulla Patologia diabetica in rapporto al SSN e alle connessioni con le malattie non trasmissibili"

a cura del

*Capo Dipartimento per le
statistiche sociali ed ambientali
Dott.ssa L. L. Sabbadini*

Analisi del mese

Cardiopatologia congenita dell'adulto in Medicina Generale: prevalenza e monitoraggio clinico

a cura del Dr. Giuliano Ermini
Area Cardiovascolare SIMG

Ultima pubblicazione HS

La patologia cardiovascolare nei soggetti asmatici o affetti da broncopatia ostruttiva cronica (BPCO): uno studio trasversale retrospettivo

tratto da Respiratory Medicine

Progetti Internazionali e Team Operativo

Come accedere al Database:
ricerche ed analisi

INSERTO SPECIALE

News

Il contenimento della Spesa Sanitaria Pubblica: alcune riflessioni a margine della Spending Review

(...continua dalla prima pagina)

Premessa

L'attività di spending review in cui è impegnato il governo sta suscitando notevoli attese per capire se e in che modo tagli verranno applicati. Di sicuro, il settore della sanità fornirà un consistente contributo in termini di tagli, anche perché rimane uno dei pochi settori della pubblica amministrazione su cui si hanno dati e informazioni accurate. Tramontata per il momento l'idea di ottenere risparmi attraverso l'imposizione di maggiori tickets (anche sui ricoveri ospedalieri) e/o l'introduzione di una serie di franchigie, rimane da capire in che modo si potrà tagliare sui fondi.

I dati recentemente presentati all'interno del Rapporto 2012 sulla sanità in controluce della Fondazione Farmafactoring mostrano come "la dinamica tendenziale dei costi indicherebbe l'esistenza di fattori strutturali che causerebbero nei prossimi anni una crescita: (a) importante; (b) incompatibile con i livelli di finanziamento; (c) esistono dei settori della sanità dove i costi sono aumentati più di altri settori. E' necessario quindi intervenire, ma a nostro avviso sarebbe utile pensare quanto prima a una strategia di medio-lungo periodo, in grado di cambiare in modo strutturale il sentiero di crescita della spesa (evitando di intervenire con soluzioni tampone di anno in anno).

I fatti

Il primo punto da evidenziare è che se si guarda all'andamento della spesa sanitaria pubblica nell'ultimo decennio, confrontando la sola parte relativa ai servizi sanitari (farmaci, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri) con quella complessiva (che include anche i costi di struttura e gestione), si scopre che la prima è perfettamente stabile (in termini correnti!), mentre la seconda è risultata essere in continua crescita: nel 2004 il differenziale tra le due voci di costo era di circa 350 euro pro-capite per anno, mentre nel 2010 lo stesso differenziale è salito a circa 650 euro! (vedi Fig.1) Questo primo risultato mette in luce un fatto molto importante. Negli ultimi anni chi ha gestito la sanità è stato molto bravo a monitorare quella parte di spesa sanitaria che ha a che fare con la prestazione dei servizi sanitari, mentre poco o nulla si è fatto su tutte le altre voci di spesa. Il risultato è che il differenziale è sostanzialmente raddoppiato in 6 anni! Se poi guardassimo a questi dati separando le regioni "con" e "senza" piano di rientro, scopriremmo che le ultime sono riuscite a riallineare la spesa per servizi sanitari a livello di quella delle regioni "senza" piano di rientro (quindi abbassando la spesa per servizi sanitari), ma nulla è stato fatto sull'altro fronte.

Il secondo punto riguarda invece l'utilizzo di strumenti di contenimento della spesa pubblica quali la compartecipazione o le franchigie (l'ipotesi maturata prima dell'estate). La letteratura internazionale sull'argomento è abbastanza concorde: questi strumenti sono molto utili dal punto di vista economico-finanziario perché in grado di controllare la spesa, ma producono grossi problemi dal punto di vista sanitario limitando l'accesso alle cure da parte dei pazienti. Il risultato finale è un trade-off tra risparmi di breve periodo e maggiori costi di cure nel lungo periodo, dovuto al fatto che questi strumenti riducono la compliance medica da parte del paziente, cosa che spesso porta a livelli di complicità mediche maggiori nel lungo periodo.

La lettura congiunta di questi due fenomeni dovrebbe portare a concludere che è sì necessario continuare ad intervenire sulla spesa sanitaria pubblica in Italia, ma sarebbe giunto il momento di guardare ad altri comparti della spesa che non siano i soliti noti e sui quali tanto si è fatto fino ad oggi per ridurre gli spechi. Insistere solo sulla parte di spesa che è già sotto controllo per farla ulteriormente diminuire ci farà risparmiare qualcosa oggi, ma ci farà spendere molto di più in futuro. Conviene?

A margine di queste brevi considerazioni, è necessario aggiungere una ulteriore notazione che, purtroppo, viene da pochi valutata come rilevante per il controllo della spesa pubblica italiana. Se proviamo a guardare alla dinamica della spesa sanitaria italiana nel 2004 e la confrontiamo con quella degli ultimi anni ci rendiamo conto dei grossi passi in avanti che sono stati fatti. Siamo passati da tassi di crescita superiori al 5% all'anno a tassi in linea con il tasso di crescita del PIL. Il miglioramento che si è registrato è stato possibile grazie alla raccolta di dati e informazioni che hanno permesso al sistema di essere adeguatamente monitorato (oggi si conosce pressoché tutto su tutti i consumi sanitari!). I risultati della Figura 1 sono l'evidenza più chiara di questo fenomeno: senza informazioni non si fa monitoraggio e i settori in cui i dati non sono disponibili sono quelli in cui si è fatto di meno. Questa esperienza, che per ora è limitata al solo settore della sanità, dovrebbe essere quanto prima estesa a tutti gli altri settori della pubblica amministrazione, con l'obiettivo di capire quali sono i centri di spesa anomali e da lì intervenire per porvi rimedio.

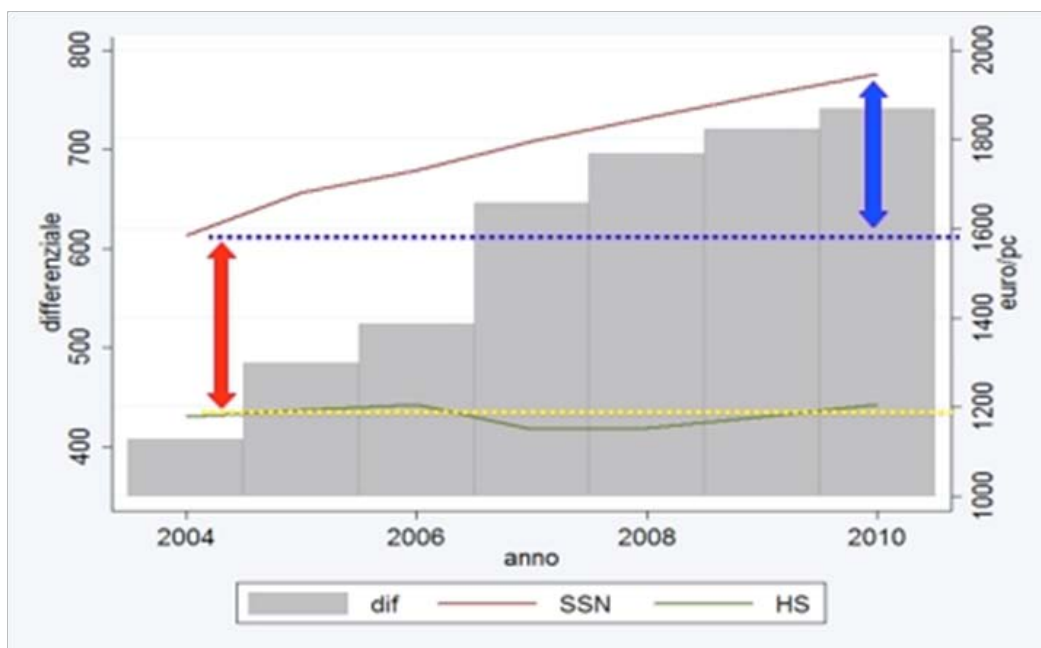
News

Una possibile soluzione per il futuro

Vale la pena di ricordare che la quantità di risorse necessarie per garantire la disponibilità di cure (a una popolazione che continuerà ad invecchiare) sarà sempre in aumento, con una progressione di spesa che, ad oggi, risulta difficilmente credibile possa essere garantita dallo Stato. Immaginare di recuperare efficienza per abbassare i costi è sicuramente uno dei percorsi da perseguire da subito, ma non sarà certo la strategia risolutiva in futuro. Il compito più importante per i policy makers sarà, invece, quello di affrontare i problemi della sanità in un contesto di approccio strutturale, e non certo secondo interventi ad hoc come ampiamente fatto negli anni passati e come si insiste a fare se si agisce solo su ticket e franchigie.

Un altro importante risultato che emerge dalla lettura del Rapporto è che sono molte le esperienze a livello di ASL che hanno dimostrato come sia possibile migliorare la presa in carico dei pazienti da parte dei medici senza aumentare i costi del SSN. Investire in prevenzione sarà sicuramente la forma di investimento con il più elevato ritorno in termini di benefici per euro speso da parte della popolazione. Ma anche in questo caso sarà necessario capire dove esattamente intervenire e con quali strumenti. Da questo punto di vista, la disponibilità di dati e studi sempre più aggiornati e dettagliati potrà aiutare a capire i problemi della sanità e a disegnare soluzioni adatte.

Fig. 1 – Confronto tra spesa sanitaria totale (SSN) e spesa per la cura diretta dei pazienti (Health Search)



Fonte: Rapporto Fondazione Farmafactoring 2012

A cura del Prof. Vincenzo Atella

Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring, Dipartimento di Economia e Finanza – Università di Roma Tor Vergata, CHP – PCOR Stanford University

News

Commissione "Igiene e Sanità" del Senato della Repubblica - Roma, 15 maggio 2012**Indagine conoscitiva sulla Patologia diabetica in rapporto al SSN e alle connessioni con le malattie non trasmissibili***(...continua dalla prima pagina)***Premessa**

Rispetto agli obiettivi dell'indagine conoscitiva, il mio intervento – coerentemente con le funzioni istituzionali dell'Istat – è inteso ad offrire un insieme ampio di informazioni quantitative relative alla patologia diabetica, che spero possano contribuire al disegno delle politiche del nostro Paese.

In particolare, mi soffermerò sulle principali misure epidemiologiche provenienti sia da indagini campionarie sia dalle principali fonti amministrative, relativamente alla prevalenza e alla mortalità, sui fattori di rischio, sulla qualità della vita dei pazienti diabetici nonché sulle tendenze in atto di utilizzo di alcuni servizi sanitari.

In sintesi il diabete è una patologia cronica ad elevata complessità che colpisce soprattutto le persone anziane; i diabetici sono circa 3 milioni. Oltre i 75 anni una persona su 5 è affetta da diabete. Le disuguaglianze sociali nella patologia diabetica sono particolarmente accentuate con livelli di prevalenza e di mortalità più elevati nelle classi più svantaggiate, laddove i fattori di rischio, quali l'obesità e l'inattività fisica, tendono ad essere maggiormente diffusi. I soggetti con patologia diabetica sono in aumento, principalmente a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, ma la mortalità è in lieve flessione negli ultimi 10 anni. Questo è un primo importante segnale di una tendenza al miglioramento nel percorso diagnostico e nel trattamento della malattia, come anche l'evoluzione dei consumi sanitari sembra avvalorare.

L'aumento dei contatti con il medico di medicina generale è sintomo di una maggiore attenzione e continuità nella gestione della malattia e così anche la crescita delle visite specialistiche, degli accertamenti e del consumo di farmaci. Un più frequente rapporto con il proprio medico può inoltre avere ricadute positive anche sulla compliance del paziente.

Si riducono fortemente i ricoveri, migliora l'appropriatezza ospedaliera in quanto diminuiscono i ricoveri per casi senza complicanze, anche il ricorso al regime ordinario è in calo a favore di trattamenti in day hospital o in regime ambulatoriale. Parallelamente cresce il ricorso a visite specialistiche e ad accertamenti diagnostici e la prevalenza nell'uso di farmaci specifici.

È fondamentale l'adozione di un approccio globale alla malattia, esteso alle diverse componenti del rischio. L'azione di prevenzione nei confronti dei principali fattori di rischio, obesità e inattività fisica, particolarmente rilevanti anche in età infantile a fianco ad una assistenza sanitaria e cure efficaci e sostenibili sono elementi indispensabili per raggiungere ulteriori risultati significativi nei prossimi anni.

.....

I Consumi Sanitari

Importanti informazioni sulla patologia diabetica sono desumibili dal database **Health Search-CSD LPD** della Società italiana dei medici di medicina generale (SIMG). Tale database raccoglie una molteplicità di informazioni derivanti dalla pratica clinica quotidiana dei medici di medicina generale (MMG), a questi verrà affiancata un'analisi dei ricoveri.

Per i pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 di 15 anni e oltre è possibile descrivere il ricorso a visite mediche specialistiche o presso il medico di medicina generale, l'effettuazione di esami di laboratorio, accertamenti diagnostici, analizzare i consumi farmaceutici.

Sono esclusi dal database i consumi sanitari che il paziente diabetico effettua senza ricorrere al medico di medicina generale, cioè eventuali visite mediche o esami effettuati nel settore privato senza prescrizione del MMG e le prestazioni sanitarie prescritte direttamente al paziente dai centri diabetologici pubblici. Il quadro è di estremo interesse soprattutto dal punto di vista della dinamica.

repaglinide mostra un costante aumento tra il 2003 e il 2009 pur mantenendosi su percentuali più basse rispetto ad altri farmaci. L'uso dell'insulina rimane sostanzialmente stabile nel tempo e viene prescritta nel 2009 al 11,7% dei pazienti.

L'aumento importante nella prevalenza d'uso della metformina è in linea con i protocolli di trattamento del diabete mellito di tipo 2, che individuano in questo principio attivo il trattamento di prima scelta soprattutto per le persone obese e in sovrappeso ma anche per le altre.

Il profilo prescrittivo non risulta differenziato per ripartizione geografica. Tuttavia nelle isole si tendono a consumare più insulina e metformina.

Il consumo di insulina risulta nettamente più elevato tra i pazienti di 15-44 anni, mentre per le altre categorie farmacologiche si osserva una tendenza crescente all'aumentare dell'età.

News

I Contatti con il Medico di Medicina Generale

Il medico di medicina generale è certamente un punto di riferimento importante per la diagnosi precoce del diabete e per un adeguato monitoraggio dei comportamenti dei pazienti affetti da diabete.

La quasi totalità dei pazienti si rivolge almeno una volta nell'anno al medico di medicina generale. La percentuale è passata dal 93% nel 2003 al 97% nel 2010 negli uomini e dal 94% al 99% nelle donne. Non si riscontrano differenze significative nelle ripartizioni geografiche.

Le donne si rivolgono al medico di famiglia con una frequenza leggermente più elevata degli uomini: effettuano mediamente 15 contatti l'anno contro i 13 degli uomini. Questo dato è significativamente più elevato della media riferita a tutte le patologie che è pari a 8 nelle donne e a 6 negli uomini. Il dato nel 2010 risulta in aumento rispetto al 2003 quando il numero medio di contatti era pari a 12 nelle donne e a 9 negli uomini.

A livello di ripartizione geografica si rileva una maggior frequenza dei contatti per i pazienti residenti al Sud e nelle Isole e tale differenza tende a mantenersi costante nel tempo.

Il numero medio di contatti aumenta all'aumentare dell'età e tende ad essere pari al doppio nei pazienti con più di 75 anni rispetto ai pazienti con meno di 45 anni.

Tavola 18 – Numero medio di contatti con il medico di medicina generale per pazienti con diabete mellito di tipo2 per sesso, ripartizione geografica e classe di età – Anni 2003 e 2010

ANNI	Ripartizioni geografiche					
	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole	Italia
MASCHI						
2003	13	15	15	19	17	9
2010	20	21	21	24	23	13
FEMMINE						
2003	14	16	16	22	20	12
2010	21	22	22	26	26	15
ANNI	Classi di età					
	<45	45-54	55-64	65-74	75+	Totale
MASCHI						
2003	6	8	8	10	12	9
2010	8	10	11	14	16	13
FEMMINE						
2003	8	11	11	12	12	12
2010	9	13	15	16	16	15

Fonte: Elaborazioni nell'ambito del protocollo di ricerca tra Istat, CEIS Tor Vergata, SIMG su database Health Search

Il Consumo di Farmaci nei Pazienti con Diabete Mellito di Tipo 2

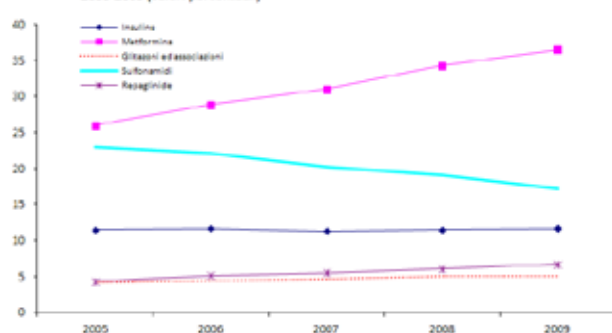
Tra il 2003 e il 2009 analizzando i dati sui farmaci prescritti dai medici di medicina generale si è registrato un aumento importante nella prevalenza d'uso di metformina (la prescrizione passa dal 15,2% al 36,5% dei pazienti). Negli anni più recenti si è ridotto il consumo di sulfonamidi (dal 23% dei pazienti del 2005 al 17,2% del 2009). La repaglinide mostra un costante aumento tra il 2003 e il 2009 pur mantenendosi su percentuali più basse rispetto ad altri farmaci. L'uso dell'insulina rimane sostanzialmente stabile nel tempo e viene prescritta nel 2009 al 11,7% dei pazienti.

L'aumento importante nella prevalenza d'uso della metformina è in linea con i protocolli di trattamento del diabete mellito di tipo 2, che individuano in questo principio attivo il trattamento di prima scelta soprattutto per le persone obese e in sovrappeso ma anche per le altre.

Il profilo prescrittivo non risulta differenziato per ripartizione geografica. Tuttavia nelle isole si tendono a consumare più insulina e metformina.

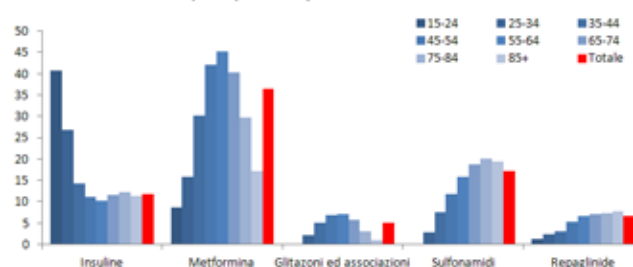
Il consumo di insulina risulta nettamente più elevato tra i pazienti di 15-44 anni, mentre per le altre categorie farmacologiche si osserva una tendenza crescente all'aumentare dell'età.

Figura 9 – Prevalenza d'uso di farmaci per il diabete mellito di tipo2 per categoria terapeutica – Anni 2005-2009 (valori percentuali)



Fonte: "VI Report HS" 2010, Health Search

Figura 10 – Prevalenza d'uso di farmaci per il diabete mellito di tipo2 per categoria terapeutica e classi di età – Anno 2009 (valori percentuali)



Fonte: "VI Report HS" 2010, Health Search

Tavola 19 – Prevalenza d'uso di farmaci per il diabete mellito di tipo2 per categoria terapeutica e ripartizione geografica – Anno 2009 (valori percentuali)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Insulina	Metformina	Glitazoni ed associazioni	Sulfonamidi	Repaglinide
Nord	9,8	35,0	5,0	19,0	5,2
Centro	11,3	37,7	4,6	14,6	6,5
Mezzogiorno	13,6	37,5	5,2	16,3	8,3
Italia	11,7	36,5	5,0	17,2	6,7

Fonte: "VI Report HS" 2010, Health Search

News

Visite Specialistiche, Esami di Laboratorio ed Esami Diagnostici

Nei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 aumenta nel tempo la quota di persone che effettua visite specialistiche, esami di laboratorio ed esami diagnostici per il tramite del medico di medicina generale.

Gli esami diagnostici sono quelli che interessano la quota più elevata di pazienti (85% degli uomini e 87% delle donne); seguono gli esami di laboratorio (80% vs. 82%) e le visite specialistiche (68% vs. 71%). Le donne quindi ricorrono a questi servizi sanitari in misura maggiore degli uomini e le differenze di genere tendono a mantenersi costanti nel tempo.

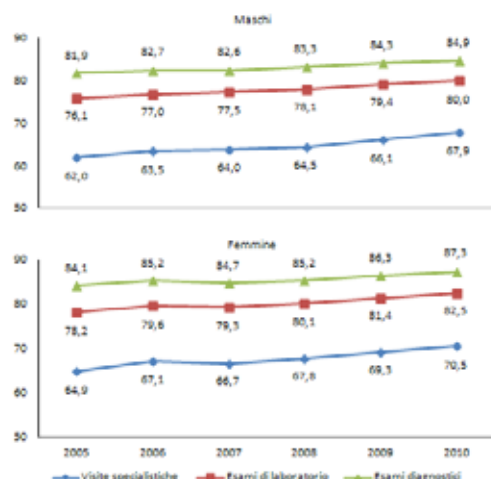
Non si osservano differenze significative di genere nel numero medio di prestazioni sanitarie per paziente. Ogni paziente effettua in media 3 visite specialistiche all'anno, 24 esami di laboratorio se uomo, 25 se donna, 27 esami diagnostici per paziente negli uomini e 29 nelle donne.

I profili per genere ed età delle tre tipologie di prestazioni sanitarie sono molto simili.

Il numero medio di prestazioni per paziente cresce al crescere dell'età con un massimo tra i 75 e i 79 anni. Decresce leggermente dopo gli 80 anni. Gli esami di laboratorio variano da un minimo nella classe 35-44 anni pari a 14 per ogni paziente negli uomini e a 20 nelle donne, ad un massimo nella classe di età 75-79 anni pari a 28 negli uomini e 27 nelle donne. Gli esami diagnostici presentano valori solo leggermente più alti, ma con analoghe differenze per età e sesso.

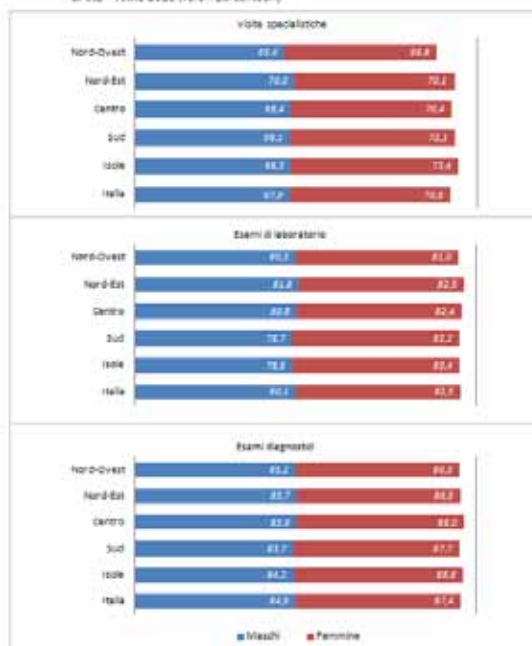
L'analisi per ripartizione geografica non mostra differenze significative nel territorio.

Figura 6 – Persone di 15 anni e più con diabete mellito di tipo 2 per tipo di controllo e sesso – Anni 2005-2010



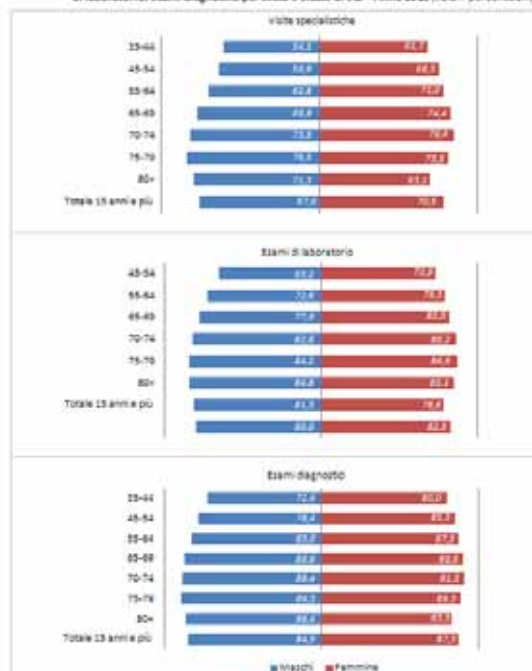
Fonte: Elaborazioni nell'ambito del protocollo di ricerca tra Istat, CES Tor Vergata, SIVIS su database Health Search

Figura 6 – Persone di 15 anni e più con diabete mellito di tipo 2 che hanno fatto ricorso a visite specialistiche, esami di laboratorio, esami diagnostici per ripartizione geografica e classe di età – Anno 2010 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazioni nell'ambito del protocollo di ricerca tra Istat, CES Tor Vergata, SIVIS su database Health Search

Figura 7 – Persone con diabete mellito di tipo 2 che hanno fatto ricorso a visite specialistiche, esami di laboratorio, esami diagnostici per sesso e classe di età – Anno 2010 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazioni nell'ambito del protocollo di ricerca tra Istat, CES Tor Vergata, SIVIS su database Health Search

a cura del Capo Dipartimento per le statistiche sociali ed ambientali Dott.ssa L. L. Sabbadini



Analisi del mese

Cardiopatía congenita dell'adulto in Medicina Generale: prevalenza e monitoraggio clinico

(...continua dalla prima pagina)

Premessa

I soggetti adulti (di età superiore o uguale ai 18 anni) con cardiopatía congenita costituiscono quella categoria di pazienti in cui, alla nascita o durante i primi anni di vita, viene riscontrata una patologia cardiaca. Nello specifico la cardiopatía congenite racchiudono numerosi difetti anatomico-funzionali che riguardano i setti atriale e ventricolare, i grossi vasi cardiaci, nonché i sistemi valvolari cardiaci e polmonari. Questo tipo di cardiopatía possono essere diagnosticate immediatamente alla nascita o, come avviene nella maggior parte dei casi, manifestarsi solo più tardivamente. In circa il 30% dei casi queste cardiopatía possono anche risolversi spontaneamente senza necessità di trattamento chirurgico.

I cardiopatici congeniti adulti presentano delle problematiche che li rendono peculiari rispetto ai cardiopatici acquisiti (es.: soggetti con anamnesi positiva di infarto del miocardio). Le diverse problematiche sono correlate alla loro diagnosi iniziale di patologia, alla terapia a cui sono stati sottoposti in età pediatrica ed ai possibili difetti residui che possono variare da individuo ad individuo, con il differente inquadramento clinico che ne consegue.

Ovviamente, per un corretto approccio clinico a questi pazienti è necessario che essi vengano periodicamente valutati con esami diagnostici appropriati e ricevano un accurato monitoraggio presso centri specialistici cardiologici. In questo contesto il medico di medicina generale svolge un ruolo chiave, poiché è l'unica figura a poter garantire il corretto continuum assistenziale tra la medicina specialistica ed il paziente cronico. Dati sulla prevalenza di questa patologia, assieme ad un'analisi quantitativa del monitoraggio clinico che ne consegue (richiesta di visita cardiologica ed esami strumentali) possono quindi rappresentare un'importante informazione di salute pubblica.

Metodi

Il periodo di riferimento è stato l'anno 2010. I pazienti, di età superiore ai 18 anni, sono stati considerati eleggibili qualora fossero stati presi in carico dai 700 "migliori" medici per la qualità del dato registrato nel database Health Search.

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

Prevalenza di cardiopatía congenita:

[numeratore] numero di pazienti (registrati da almeno due anni nelle liste dei medici di medicina generale) che riportavano una diagnosi di mania (codice ICD9CM: 745*-746*);

[denominatore] popolazione attiva nelle liste di assistenza del medico di medicina generale con almeno 2 anni dalla presa in carico.

Successivamente, tutte le stime ottenute sono state stratificate per sesso e classi di età.

Infine, tra i pazienti con diagnosi di cardiopatía congenita stati calcolati i valori medi (e relativa deviazione standard (ds)) per quanto concerne:

- esami elettrocardiogramma (ECG) per paziente nel corso dell'anno (tramite codice ICD9CM 89.50 o 89.52 o 89.41 o 89.43 o i termini *ecg*, *elettrocardiogramma*, *sfor* e *dinam*, catturati tramite il "diario clinico");
- esami ecocardiografici per paziente nel corso dell'anno (tramite codice ICD9CM 88.72.1 o 88.72.3 o il termine *ecografia cardiac*, catturato tramite il "diario clinico");
- richiesta di visita cardiologica per paziente nel corso dell'anno (tramite codice ICD9CM 89.7 o 89.01 o 89.52_P o i termini *v.*cardio*, *vis.*cardio*, *ECG+V.CARDIOLOGICA* e *VISITA CARDIOLOGICA*, catturati tramite il "diario clinico").

Risultati

Le stime di prevalenza sono riportate in Tabella 1. Complessivamente, nella popolazione italiana registrata nelle liste di assistenza dei medici di medicina generale, la prevalenza di cardiopatía congenita risulta leggermente superiore allo 0.2%. Il sesso femminile risulta essere maggiormente colpito, sebbene in modo non eccessivamente più elevato rispetto ai maschi. Si osservano comunque, per entrambi i sessi, valori di prevalenza leggermente più elevati nella popolazione di età inferiore ai 75 anni. Per quanto riguarda la popolazione adulta con diagnosi di cardiopatía

Analisi del mese

Il parere del Medico di Medicina Generale

Dati precisi sulla prevalenza e il tipo delle cardiopatie congenite nella popolazione adulta, riconosciute con l'acronimo GUCH (Grown-Up Congenital Heart disease), sono ancora carenti e si ritiene varino costantemente. Il notevole miglioramento della sopravvivenza dei pazienti con queste patologie ne ha determinato un continuo aumento di numero. Oltre a ciò alcune malformazioni (es. il difetto del setto interatriale, la coartazione aortica, l'anomalia di Ebstein) possono essere diagnosticati per la prima volta nell'età adulta. Nel 2000 si stimava che ci fossero circa 2800 adulti con cardiopatia congenita ogni milione di abitanti (0,28%), di cui più della metà con un difetto ritenuto a media o alta complessità tali da richiedere non solo l'attenzione di uno specialista cardiologo e cardiocirurgo. E' interessante notare come i dati di Health Search, che fanno però riferimento al 2010, siano non molto dissimili dalla stima riportata. La prevalenza di pazienti con GUCH è infatti del 0,21% nei maschi e del 0,23% delle femmine del database HS. Considerando che a volte viene registrato più il problema (di solito grave: scompenso cardiaco, aritmie, ictus) causato dalla cardiopatia congenita (spesso ignota: il caso del calciatore Cassano insegna) che la cardiopatia stessa, si possono ritenere sostanzialmente uguali i dati di prevalenza supposti nel mondo e quelli dei MMG italiani che inviano i loro dati al database HS.

Ogni MMG quindi ha in media 2-3 assistiti ogni 1000 dai 18 anni in su con una cardiopatia congenita che rischia di provocare all'apparato cardio-circolatorio quei gravi danni, di cui sopra, ed in modo particolare la morte improvvisa che potrebbe essere evitata con l'impianto di defibrillatori endocardiaci (ICD).

Oltre alla inevitabile integrazione fra MMG e specialista nella diagnosi e nella gestione del paziente adulto con cardiopatia congenita, nel caso di cardiopatia nota dall'infanzia sarebbe importante il collegamento con il pediatra di libera scelta che nel momento del cambio assistenziale dell'adolescente dovrebbe fornire al MMG scelto i dati utili alla presa in cura.

Tabella 1. Prevalenza di cardiopatie congenite nell'anno 2010: analisi per sesso ed età.

Fasce di età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
18-34	322	0.28	293	0.26	615	0.27
35-44	167	0.17	239	0.24	406	0.21
45-54	177	0.19	245	0.26	422	0.23
55-64	162	0.21	209	0.26	371	0.24
65-74	127	0.21	161	0.23	288	0.22
75-84	60	0.15	99	0.17	159	0.16
>=85	15	0.11	40	0.13	55	0.12
Totale	1030	0.21	1286	0.23	2316	0.22

Tabella 2. Caratterizzazione e esami effettuati dai pazienti con cardiopatia congenita.

	N=2316	%
Caratterizzazione		
Età (media±ds)	48.4±18.3	
Sesso		
Maschi	1030	44.5
Femmine	1286	55.5
Esami		
ECG (media±ds)	1.6±0.9	
Ecografie cardiache (media±ds)	1.9±1.3	
Visite cardiologiche (media±ds)	1.7±1.1	

a cura del Dr. Giuliano Ermini, Area Cardiovascolare SIMG

Ultima pubblicazione HS

La patologia cardiovascolare nei soggetti asmatici o affetti da broncopatia ostruttiva cronica (BPCO): uno studio trasversale retrospettivo

Cazzola M, Calzetta L, Bettoncelli G, Cricelli C, Romeo F, Matera MG, Rogliani P.

Il paziente asmatico o con BPCO presenta, generalmente, altre comorbidità al momento della diagnosi della patologia respiratoria. Esistono infatti delle solide evidenze di aumentato rischio di patologia cardiovascolare (PCV) nel paziente con BPCO. Per contro, l'associazione tra asma e rischio di PCV è ancora oggetto di dibattito. L'obiettivo di questo studio consisteva quindi nel calcolare la prevalenza di PCV nei pazienti con BPCO o asma, utilizzando le informazioni del database italiano Health Search. Sono state impiegate le informazioni cliniche raccolte da 650 medici di medicina generale a partire da Gennaio 1998 fino a Dicembre 2009. E' stato adottato un disegno trasversale.

Sono stati quindi identificati i casi di BPCO ed asma tramite il sistema di codifica ICD9: i codici erano 491*, 492*, 496* per BPCO e 493* per asma. Allo stesso modo sono state catturate le patologie cardiovascolari che comprendevano la patologia ipertensiva (401*-5*), la cardiopatia ischemica (410*-414*), le patologie del sistema circolatorio polmonare (415*-417*), le aritmie cardiache (427*), lo scompenso cardiaco (428*), le patologie cerebrovascolari (430*-438*). I soggetti di età inferiore ai 15-34 anni sono stati esclusi perché in questa popolazione il rischio di BPCO è da considerarsi trascurabile.

In una coorte composta da 690489 pazienti, 39741 (5.76%) risultavano affetti da asma e 25281 (3.66%) da BPCO. I soggetti di sesso femminile risultavano maggiormente affetti da asma, mentre quelli di sesso maschile da BPCO. Il rischio di BPCO aumentava con l'età per entrambi i sessi. La diagnosi di BPCO era significativamente associata con un'aumentata probabilità di diagnosi di PCV. Ad esempio, il rischio di infarto del miocardio risultava 2.91 (95% Intervalli di confidenza: 2.74-3.09) volte superiore nel paziente con BPCO rispetto alla popolazione generale. La patologia asmatica, sebbene concomitante alla PCV in più casi rispetto alla popolazione generale, dimostrava un'associazione più debole con le diagnosi di PCV rispetto alla BPCO.

In conclusione questo studio dimostra come la BPCO presenti una forte associazione con la presenza di PCV. Inoltre, sebbene in maniera meno evidente, anche il soggetto asmatico risulta maggiormente affetto da PCV rispetto alla popolazione generale. Questi risultati dimostrano che sussiste la necessità di impostare il trattamento del soggetto con patologia respiratoria, da parte del medico di medicina generale che spesso riporta per primo la diagnosi di queste patologie, al di là del "singolo" inquadramento clinico del sistema broncopolmonare.

a cura dei ricercatori di Health Search

tratto da Respiratory Medicine



Progetti Internazionali

**SAFEGUARD: Safety Evaluation of Adverse Reactions in Diabetes**

www.safeguard-diabetes.org

Il progetto SAFEGUARD ha l'obiettivo di valutare e quantificare i rischi cardiovascolari, cerebrovascolari e pancreatici dei farmaci antidiabetici. Il progetto, oltre all'analisi delle segnalazioni spontanee e alla conduzione di studi sull'uomo, prevede l'impiego di database contenenti informazioni cliniche e terapeutiche di più di 1,7 milioni di pazienti in USA e in Europa, tra cui quelli inclusi in Health Search CSD LPD. Tale progetto consentirà di migliorare le conoscenze sulla sicurezza dei farmaci antidiabetici.

**The EMA_TENDER (EU-ADR Alliance)**

www.alert-project.org

Il progetto EMA_TENDER (EU-ADR Alliance) nasce dal precedente progetto EU-ADR e ha lo scopo di studiare tre specifiche problematiche di sicurezza da farmaci: a) modalità e determinanti di impiego dei contraccettivi orali, b) monitoraggio dei rischi da pioglitazone e c) associazione tra bifosfonati e disturbi cardiovascolari. Il progetto impiega database clinici, tra cui Health Search CSD LPD, che coprono più di 45 milioni di pazienti provenienti da 5 paesi europei (Italia, Olanda, Regno Unito, Germania e Danimarca).

**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.

**OCSE PSA: Early Diagnosis Project – PSA**

Il progetto OCSE si propone di valutare le modalità di impiego del test per i livelli del PSA (Prostate-Specific Antigen) nella diagnosi precoce del cancro della prostata. A tale fine il progetto utilizza database di medicina generale di diverse nazioni europee, tra cui Health Search CSD LPD per l'Italia. Lo studio consentirà di identificare le modalità di impiego del test PSA più efficienti nel diagnosticare in maniera precoce il cancro della prostata.

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

Consulenti Scientifici

Francesco Lapi



Carlo Piccinni

Analisi Statistiche e Data Management

Alessandro Pasqua



Serena Pecchioli



Monica Simonetti



Elisa Bianchini

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 sottoscriveranno personalmente il "contratto di cessione in licenza d'uso del prodotto software MilleGPG e prestazioni dei servizi correlati"

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" (modulo e informazioni disponibili nel sito www.healthsearch.it sezione "Health Search/CSD-LPD" da compilare e rispedire all'indirizzo 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" (modulo e informazioni disponibili nel sito www.healthsearch.it sezione "Health Search/CSD-LPD" da compilare e rispedire all'indirizzo 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.