



HS-Newsletter

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



SOMMARIO

News...

Costruire insieme il futuro della Medicina Generale per la Medicina Generale del futuro ...

Dobbiamo invertire la tendenza allo sfruttamento intensivo a fini meramente burocratici della nostra categoria e dobbiamo invitare tutti coloro che possono e che hanno responsabilità nel settore delle cure primarie a non disperdere il patrimonio collettivo della medicina generale e a dar vita a quel progetto di un contenitore professionale uniforme e comune di competenze della e per la Medicina Generale delle Cure Primarie...

Dr. Saffi Giustini MMG ASL n. 3 consulente Reg. Toscana - SIMG

continua a pag. 2

Analisi del mese...

La malattia venosa cronica nell'ambito della Medicina Generale italiana

La malattia venosa cronica (MVC) degli arti inferiori costituisce un'importante problematica clinica per il medico di medicina generale (MMG). L'MVC comprende la patologia venosa cronica precedentemente definita insufficienza venosa cronica, che si articola dalle varici alla sindrome post-trombotica, ed alle sindromi congenite...

continua alle pagine 5-6

News

Costruire insieme il futuro della Medicina Generale per la Medicina Generale del futuro..

a cura del

*Dr. Saffi Giustini MMG ASL 3 -
Consulente Reg. Toscana SIMG*

Analisi del mese

La malattia venosa cronica nell'ambito della Medicina Generale italiana

*a cura del Dr. Ciro Schiavone
MMG Regione Puglia*

Ultima pubblicazione HS

Epidemiologia della gotta e dell'iperuricemia in Italia negli anni dal 2005 al 2009: uno studio nazionale

tratto da Annals of the Rheumatic Diseases

Progetti Internazionali e Team Operativo

Come accedere al Database: ricerche ed analisi

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

Costruire insieme il futuro della Medicina Generale per la Medicina Generale del futuro ...

(...continua dalla prima pagina)

Dobbiamo invertire la tendenza allo sfruttamento intensivo a fini meramente burocratici della nostra categoria e dobbiamo invitare tutti coloro che possono e che hanno responsabilità nel settore delle cure primarie a non disperdere il patrimonio collettivo della medicina generale e a dar vita a quel progetto di un contenitore professionale uniforme e comune di competenze della e per la Medicina Generale delle Cure Primarie. E dovremmo gestire la formazione degli "infermieri di famiglia".

I dati del VII Report Health Search, in particolare quelli concernenti il case mix della sanità dell'assistenza primaria indicano ancora una volta che i malati cronici e l'invecchiamento della popolazione costringono ogni sistema a rimodulare l'assetto organizzativo territoriale anche se con notevoli difficoltà, dato il momento di crisi economico - finanziaria generale.

L'aumento dei costi associati alle nuove tecnologie e i limiti di spesa hanno stimolato la ricerca di una maggiore efficienza e appropriatezza e a tentare di valutare l'efficacia delle terapie non soltanto in base al costo di un singolo elemento, quale ad esempio il farmaco utilizzato, ma piuttosto in base al costo/paziente complessivo.

Non si può negare, e i cittadini (prima ancora che i malati) devono sapere e conoscere come la medicina generale abbia dato e si stia operando molto per un uso oculato del farmaco (vedi ancora una volta il Rapporto). E questo da molti anni e con non pochi sacrifici, visto che viviamo tutti nelle pieghe della società dei consumi.

I dati che stanno venendo fuori dalla sperimentazione sono significativi: solo per fare un esempio, in un anno sono aumentate le diagnosi di diabete, è migliorata l'adesione alle terapie da parte dei malati, sono cresciute le emoglobine glicate e invece sono diminuite le visite agli specialisti diabetologi. In altri termini, si sta dimostrando che con un'organizzazione del lavoro moderna e improntata alla medicina d'iniziativa, le Cure primarie sono in grado di aumentare il numero dei pazienti trattati all'interno del primo livello: meno ricoveri, meno complicità, più appropriatezza.

Nella fase che sta ora attraversando il SSN, la Medicina Generale ha un'opportunità per farsi sentire.

Con l'obiettivo non di aumentare gli onorari di qualche euro, ma rivendicare più investimenti nel territorio. Si chiudono posti letto, va fatto capire a chi governa che servono piccoli ospedali di continuità / di cure intermedie dove ricoverare temporaneamente i pazienti nel passaggio da primo e secondo livello.

La medicina di famiglia deve far vedere che è capace di lavorare con nuovi modelli organizzativi improntati al care management, deve dimostrare i risultati che questi modelli possono raggiungere in termini di ottimizzazione e appropriatezza e con queste "medaglie" sul petto rivendicare le risorse per un territorio meglio attrezzato.

A nostro parere pertanto occorre:

1. Analizzare i bisogni non ancora soddisfatti, totalmente o parzialmente dei pazienti, dall'attuale assistenza farmaceutica, con riferimento al ruolo del medico MG nella gestione dei farmaci; gli unmet need sono pochi ma l'accesso ai farmaci nuovi è pericolosamente minimo, aumenta la lista di attesa per la modifica dei piani terapeutici con aggravio dei costi, esclude di fatto dalla prescrizione la Medicina Generale con una deleteria perdita di cultura farmacologica sulle novità farmaceutiche, sulle interazioni, etc.

2. Analizzare i fattori clinici che possono favorire l'uso appropriato ed efficiente dei farmaci da parte dei Medici MG in relazione alle criticità dei bisogni dei pazienti e alle comorbilità.

3. Numerosi studi nazionali (vedi anche il Rapporto Osmad 2011 ma anche i precedenti) dimostrano la variabilità prescrittiva dei Medici di MG «diretta o indotta» da Specialisti che non si associa a dimostrate differenze di esiti nella salute della popolazione.

Oggi esistono sistemi informatizzati che anche la SIMG ha contribuito a realizzare, potenziare e a diffondere, che possono migliorare l'individuazione, a partire dalla cartella clinica informatizzata, dei pazienti meritevoli di una "modifica terapeutica" e che permettono al medico di MG di avere in tempo reale un completo controllo di gestione e di "governance" delle principali malattie croniche dei singoli e di sottogruppi di pazienti.

Ultimo aspetto ma determinante stante la grave crisi finanziaria europea è la necessità di vari soggetti (Regione, Industria, Università, Operatori) di investire nel settore della ricerca, volano per lo sviluppo.

Il grande interesse che la politica del farmaco suscita sia a livello nazionale che regionale, può trasformare il momento di crisi in una grande opportunità di politiche sociali, unendo finalmente in un accordo trasparente gli attori sopracitati, mettendo a frutto le potenziali risorse finanziarie dell'industria, quelle di interesse generale dell'amministrazione pubblica (dagli investimenti al raccordo con il mondo universitario per lo sfruttamento dei brevetti, etc), la volontà di coniugare ricerca e sviluppo anche locale del settore universitario.

A cura del Dr. Saffi Giustini MMG ASL n. 3 consulente Reg. Toscana - SIMG

La malattia venosa cronica nell'ambito della Medicina Generale italiana

(...continua dalla prima pagina)

Premessa

La malattia venosa cronica (MVC) degli arti inferiori costituisce un'importante problematica clinica per il medico di medicina generale (MMG). L'MVC comprende la patologia venosa cronica precedentemente definita insufficienza venosa cronica, che si articola dalle varici alla sindrome post-trombotica, ed alle sindromi congenite. La MVC include una estrema varietà di segni e sintomi soggettivi ad indicare sia condizioni di semplice malfunzionamento del sistema venoso superficiale, profondo o perforante, sia situazioni cliniche più gravi determinate da una serie di alterazioni anatomiche e/o funzionali del sistema venoso. La malattia ha un decorso progressivo. E' opinione largamente condivisa che la principale responsabile delle sue manifestazioni sia una condizione di ipertensione venosa determinata da stasi circolatoria protratta. L'ipertensione venosa unitamente ad una serie di cambiamenti biochimici appare in grado di alterare gli apparati valvolari con dei reflussi, rimodellamento della parete vasale a cui conseguirà la comparsa di varici, alterazioni microcircolatorie che si rendono responsabili delle alterazioni del trofismo cutaneo che tipizzano gli strati più avanzati della malattia.

La diagnosi si basa essenzialmente sull'anamnesi con lo scopo di individuare fattori predisponenti o scatenanti e sull'esame clinico, le quali possono essere integrate da indagini non invasive, in particolare quelle ultrasonorografiche (ecocolordoppler), che rappresentano lo standard diagnostico emodinamico di riferimento. L'ultrasonorografia è una tecnica d'immagine non invasiva facilmente reperibile e poco costosa, che permette la valutazione del danno vascolare, verificare la pervietà e la continenza del circolo venoso profondo e delle comunicanti. Indagini invasive (angiografia, angioTAC spirale, angioRM, flebografia) sono di secondo livello sia come approfondimento diagnostico che interventistico.

La MVC si avvale di differenti strategie di trattamenti in relazione alle manifestazioni e alla gravità del quadro clinico. Il paziente sarà così indirizzato innanzitutto a norme igieniche e stili di vita corretti sia in prevenzione primaria che secondaria, terapia compressiva, terapia farmacologica (flebotropa e/o antitrombotica), trattamento chirurgico (Chirurgia ablativa: safenectomia, crossectomia, flebectomia; Chirurgia conservativa: CHIVA; Chirurgia oblitterativa endovasale: scleroterapia, radiofrequenza, laserterapia). L'MVC viene comunemente classificata in lieve, moderata e grave, gli esami preventivi e le tecniche chirurgiche impiegate, ed i risultati attesi dipendono, sostanzialmente, dalla severità del quadro clinico presente. Infatti l'MVC può degenerare in complicanze trombotiche di maggiore gravità, quali la trombosi venosa profonda e l'edema polmonare. Per tale ragione, data le caratteristiche progressive del decorso clinico dell'MVC nonché la rilevanza di un efficace trattamento preventivo (educazionale, farmacologico e uso appropriato e precoce del trattamento compressivo), il ruolo del MMG è chiaramente centrale in questo contesto. La conoscenza della prevalenza di popolazione dell'MVC, assieme alla quantificazione di quelli che sono i relativi aspetti di trattamento (prescrizione di esami diagnostici e farmaci), potrebbe quindi rappresentare un'informazione essenziale al MMG per caratterizzare il potenziale impatto dell'MVC ai propri pazienti.

Metodi

Questa analisi è stata condotta considerando, quale popolazione di riferimento, la popolazione attiva al 31 Dicembre 2010 (soggetti in vita e registrati nelle liste dei MMG) del database Health Search CSD-LPD. Sono stati considerati i 700 "migliori" MMG per qualità di registrazione dei dati.

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

[numeratore] numero di pazienti con diagnosi di MVC (ICD9: 454.%) nel 2010;

[denominatore] popolazione attiva nelle liste di assistenza dei MMG nell'anno 2010. Tutte le stime ottenute sono state stratificate per sesso, classi di età ed area geografica.

Per quanto concerne la prevalenza delle prescrizioni di esami ECOCOLORDOPPLER nei pazienti con MVC è stato considerato il trend per gli anni dal 2006 al 2010:

[numeratore] numero di pazienti con almeno una richiesta esame ECOCOLORDOPPLER;

[denominatore] numero di pazienti con diagnosi di MVC nei singoli anni sopraindicati;

Infine la prevalenza dei trattamenti farmacologici è stata così calcolata:

[numeratore] numero di pazienti con almeno una prescrizione di bioflavonoidi (ATC: C05CA*), altre terapie vasoprotettive del circolo capillare ed antitrombotici (C05CX* e B01A* rispettivamente) nell'anno 2010;

[denominatore] numero di pazienti con diagnosi di MVC nell'anno al 31 Dicembre 2009.

Analisi del mese

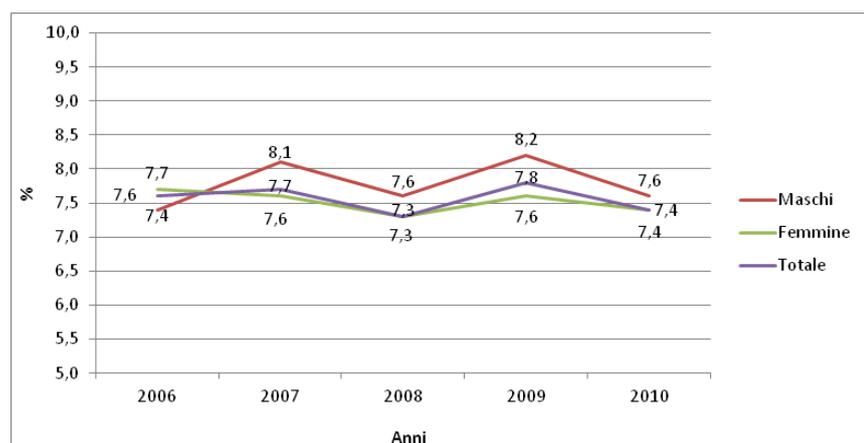
Risultati

Le stime di prevalenza dell'MVC sono riportate in Tabella 1. La patologia, la cui prevalenza complessiva è pari al 6,08%, risulta preponderante nei soggetti di sesso femminile, soprattutto per le fasce di età superiori ai 55 anni. Il Nord Est è l'area geografica a riportare il valore più elevato (7,61% contro il circa 5-6% delle altre macro aree). Per contro, il trend temporale delle richieste di esami ECOCOLORDOPPLER risulta lievemente superiore nel sesso maschile rispetto al femminile, sebbene l'andamento generale risulti senza una chiara continuità nel corso degli anni esaminati (Figura 1). In Tabella 2 sono riportate le prevalenze d'uso dei bioflavonoidi. In linea coi dati di prevalenza dell'MVC la prescrizione è circa il doppio nelle donne, in particolare dai 55 anni di età in poi. Il Centro Italia registra la maggiore prescrizione di questi farmaci (6,1%). Infine, in Tabella 3, sono riportate le altre terapie farmacologiche impiegate a scopo protettivo del sistema capillare assieme alla prescrizione di farmaci antitrombotici. In questo caso, l'impiego di questi farmaci è tendenzialmente superiore nel sesso maschile. La distribuzione per area geografica è invece omogenea con lievi differenze percentuali che favoriscono il Centro Italia.

Tabella 1. Prevalenza di MVC. Distribuzione per fasce d'età ed area geografica.

	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Età						
15-24	121	0,23	272	0,55	393	0,38
25-34	477	0,67	1947	2,65	2424	1,67
35-44	1463	1,51	5650	5,63	7113	3,61
45-54	2418	2,65	8144	8,52	10562	5,66
55-64	3121	4,07	10118	12,45	13239	8,39
65-74	3387	5,65	11047	15,86	14434	11,14
75-84	2675	6,59	9568	16,06	12243	12,22
>=85	830	5,81	3509	11,33	4339	9,59
Area geografica						
Nord Ovest	3681	2,86	11367	8,09	15048	5,59
Nord Est	4297	4,06	12856	10,77	17153	7,61
Centro	2146	2,63	7247	7,90	9393	5,41
Sud e isole	4368	2,32	18785	8,99	23153	5,84
TOTALE	14492	2,87	50255	8,96	64747	6,08

Figura 1. ECOCOLORDOPPLER prescritti nell'anno in corso per i pazienti con Malattia Venosa Cronica all'inizio dell'anno in corso. Trend negli ultimi 5 anni.



Analisi del mese

Tabella 2. Prevalenza d'uso di bioflavonoidi nell'anno 2010 per i pazienti con MVC al 31/12/2009. Distribuzione per fasce d'età ed area geografica.

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
15-24	2	2,4	6	3,2	8	3,0
25-34	14	3,3	44	2,5	58	2,7
35-44	33	2,5	174	3,3	207	3,1
45-54	43	1,9	321	4,2	364	3,7
55-64	81	2,8	493	5,1	574	4,6
65-74	106	3,3	707	6,7	813	5,9
75-84	92	3,5	646	6,9	738	6,2
>=85	30	3,6	192	5,4	222	5,1
Area geografica						
Nord Ovest	106	3,1	609	5,6	715	5,0
Nord Est	142	3,5	803	6,5	945	5,8
Centro	76	3,7	470	6,8	546	6,1
Sud e isole	77	1,9	701	3,9	778	3,5
TOTALE	401	2,9	2583	5,4	2984	4,8

Tabella 5. Prevalenza d'uso di altri farmaci vasoprotettivi per il sistema capillare o antitrombotici nell'anno 2010 per i pazienti con MVC al 31/12/2009. Distribuzione per fasce d'età ed area geografica.

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
15-24	5	6,1	1	0,5	6	2,2
25-34	20	4,7	66	3,8	86	3,9
35-44	93	7,0	270	5,1	363	5,5
45-54	212	9,5	654	8,5	866	8,7
55-64	704	24	1657	17,2	2361	18,8
65-74	1333	41,5	3544	33,6	4877	35,4
75-84	1461	56,0	4546	48,9	6007	50,4
>=85	433	51,5	1736	49,1	2169	49,6
Area geografica						
Nord Ovest	1083	31,2	2801	25,9	3884	27,2
Nord Est	1249	30,7	3042	24,6	4291	26,1
Centro	631	31,1	1889	27,4	2520	28,2
Sud e isole	1298	31,6	4742	26,5	6040	27,5
TOTALE	4261	31,2	12474	26,0	16735	27,2

Il parere del medico di Medicina Generale

Dati precisi sulla prevalenza della MVC sono carenti e quelli presenti in letteratura sono molto vari. La prevalenza di vene varicose nella popolazione adulta dei paesi occidentali è stimata nell'ordine del 25-33% nelle donne e 10-20% negli uomini ed aumenta con l'età. I dati epidemiologici fino ad oggi pubblicati riguardano soprattutto la prevalenza delle vene e delle ulcere. I valori di prevalenza e di incidenza annuale prodotti da studi diversi sono frequentemente discordanti, a causa del differente disegno di studio (comunità, popolazione, pazienti ricoverati) dalla stratificazione dell'età e del campione esaminato, dai criteri diagnostici utilizzati per definire le varici e la MVC. Comunque prediligono il sesso femminile con un rapporto tradizionale stimato 3:1 ed una incidenza per anno 2,6 nelle donne e 1,9 nei maschi adulti entro la 5° decade. La MVC costituisce un problema medico-sociale rilevante sia per costi diretti che indiretti, la sua cronicità non corrisponde solo a costi superiori ma anche a qualità di vita scadente con grande sofferenza dei pazienti. Le diverse presentazioni cliniche, variano da situazioni unicamente estetiche a quadri patologici e complicazioni gravi, che rappresentano un continuum anatomico-funzionale nel quale dobbiamo indicare un inizio e gli stati di avanzamento. La definizione dei quadri clinici si basa su una classificazione obiettiva della patologia venosa che è stata denominata CEAP (C clinici (segni), E eziologica (fattori), A anatomica (topografia della lesione), P fisiopatologica (meccanismi)), l'unica figura professionale che sarebbe in grado di fornire dati epidemiologici sia di prevalenza che di incidenza è il MMG con un'accurata classificazione CEAP. Non per aggravare il proprio carico di lavoro, ma per un appropriato management della MVC che vede il suo punto di partenza dalla rilevanza della patologia e dalla visione che abbiamo di essa. La riorganizzazione della Medicina Territoriale e la recente diffusione di forme associative nella medicina generale, hanno aumentato le competenze e le responsabilità assistenziali della medicina delle cure primarie. La necessità di affrontare e risolvere più rapidamente ed efficacemente i problemi di salute dei cittadini al primo livello di cura, trova una favorevole congiuntura nell'evoluzione della tecnologia medica che fornisce strumentazione di primo livello, alla portata del MMG. Stabilendo inoltre un percorso di gestione condivisa diagnostico, clinico e terapeutico in base alle competenze con il flebologo, l'angiologo, il chirurgo generale e vascolare. Il MMG nella gestione del paziente affetto da MVC ha come obiettivo la prevenzione, la risoluzione o il miglioramento del quadro sintomatologico e la terapia delle complicanze. Confermandosi nel complesso compito della prevenzione (primaria che secondaria), gestire precocemente il trattamento farmacologico (flebotropo e antitrombotico), sia rivalutando la terapia compressiva (preventiva e terapeutica) sia come profilassi primaria che secondaria che coadiuvante del trattamento farmacologico e chirurgico. Collaborando nelle forme gravi con i colleghi di secondo livello per la terapia farmacologica, fisica-riabilitativa e chirurgica. Concludo evidenziando delle criticità: scarsa sensibilità dei pazienti e di tanti medici, farmaci in fascia C, non esiste esenzione per patologia cronica, lunghi tempi d'attesa per esami ecografici, scarso adeguamento tecnologico del MMG, presidi non farmacologici importanti ma spesso sottovalutati.

A cura del Dr. Ciro Schiavone, MMG Regione Puglia

Ultima pubblicazione HS

Epidemiologia della gotta e dell'iperuricemia in Italia negli anni dal 2005 al 2009: uno studio nazionale

Trifirò G, Morabito P, Cavagna L, Ferrajolo C, Pecchioli S, Simonetti M, Bianchini E, Medea G, Cricelli C, Caputi AP, Mazzaglia G.

Introduzione. La gotta è una patologia molto comune di artrite la cui eziologia si riconduce alla deposizione di cristalli di urato a livello articolare. Questi ultimi possono determinare uno stato infiammatorio ed algescico di varia intensità che può compromettere, anche in modo importante, la qualità della vita del soggetto. Dal punto di vista clinico la gotta si distingue per la sua insorgenza acuta con alternanze di generale benessere fino a raggiungere la cronicità. L'iperuricemia, o innalzamento dei livelli di acido urico fino ai 6 mg/dl, è il fattore principale nello sviluppo della malattia. I livelli degli acidi urici possono superare i limiti fisiologici sia per sovrapproduzione degli stessi che per insufficiente escrezione renale.

Ad oggi non è presente uno studio che, nel contesto italiano, abbia stimato l'incidenza di gotta e di iperuricemia, oltre a caratterizzarne i determinanti di rischio. Per rispondere a questo quesito è stata determinata l'epidemiologia della gotta e dell'iperuricemia nella popolazione italiana nel periodo tra il 2005 ed il 2009.

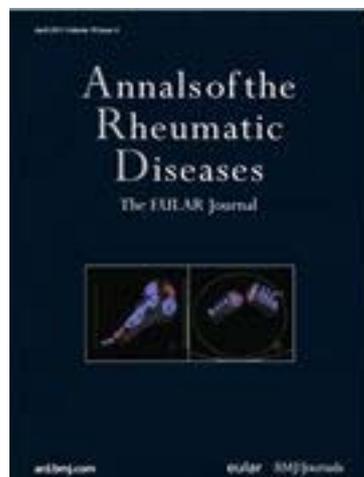
Metodi. Lo studio è stato condotto utilizzando il database italiano di medicina generale Health Search/CSDLongitudinal Patient Database. Prevalenza, incidenza di gotta e sua recidiva e/o iperuricemia sono state calcolate nei soggetti non ospedalizzati di età superiore ai 18 anni per gli anni dal 2005 al 2009. I tassi, ed i rispettivi intervalli di confidenza al 95% (95 IC) sono stati misurati complessivamente e dopo stratificazione per età, sesso ed anno di calendario. Le caratteristiche dei soggetti con gotta ed iperuricemia sono state quindi confrontate con la popolazione generale.

Risultati. La prevalenza di gotta aumentava da 6,7 per 1000 assistiti nel 2005 a 9,1 per 1000 nel 2009. Si osservava inoltre un trend crescente con l'avanzare dell'età ed era quattro volte più elevata per i soggetti di sesso maschile. Un trend analogo si osservava per l'iperuricemia asintomatica (85,4 per 1000 assistiti nel 2005 contro i 119,3 per 1000 del 2009). L'incidenza di gotta rimaneva stabile durante il periodo di osservazione (0,93 per 1000 anni persona nel 2005 contro gli 0,95 nel 2009). Il tasso di recidiva era pari a 19,1% durante il primo anno successivo al primo attacco di gotta, e del 31,6% nei 5 anni a seguire. L'età avanzata, l'aumento dei livelli di acido urico, la nefrolitiasi e l'uso concomitante di ciclosporina risultavano quali predittori più importanti per l'insorgenza di recidive di gotta.

Conclusioni. Le stime di prevalenza di gotta ed iperuricemia risultano in aumento dal 2005 al 2009 nella popolazione italiana. Un alto tasso di recidiva di gotta è stato registrato nel corso del primo anno successivo al primo attacco di gotta. In tale contesto, il trattamento precoce dei soggetti con iperuricemia potrebbe risultare determinante nei pazienti ad alto rischio di recidive di gotta.

a cura dei ricercatori di Health Search

tratto da *Annals of the Rheumatic Diseases*



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 Piccini

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 sottoscrivono personalmente il contratto di gestione in licenza d'uso del prodotto software MilleGPG e prestazione dei servizi connessi

genomedics **Millennium**
PUBBLICITÀ DI SPESSE PROFESSIONALI DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE

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.