



# HS-Newsletter

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



## SOMMARIO

### News...

#### **AGENAS: Dai «Mattoni del Ssn» alla nascita di uno strumento di governo clinico multitask. Ecco la «Matrice» salva-cronici realizzata con la collaborazione di SIMG**

Cinque patologie croniche "classiche" a maggior diffusione (diabete, patologia ischemica, scompenso cardiaco, ipertensione e demenza), 6 realtà locali di buona volontà (Emilia Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana, Veneto e Provincia Autonoma di Bolzano), uno Steering Committee affollato e rappresentativo delle maggiori expertise nel campo della sanità pubblica e una massa di dati già disponibili da incrociare per capire come viene seguito ciascun paziente lungo i sentieri del Ssn...

*continua a pagina 2*

### Analisi del mese...

#### **Impatto delle Trombosi Venose Superficiali (TVS) in Medicina Generale**

La trombosi venosa superficiale (TVS) è una condizione clinica di frequente riscontro determinata dall' ostruzione parziale o completa di una vena superficiale da parte di materiale trombotico. Le vene più frequentemente coinvolte risultano essere le vene degli arti inferiori, in particolare le vene grande e piccola safena (interessate rispettivamente nel 60-80 % e 10-20 % dei casi) e le loro tributarie...

*continua alle pagine 3-4*

### Contatti

#### **HEALTH SEARCH (SIMG)**

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

#### **CEGEDIM STRATEGIC DATA**

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

### News

Ecco la "Matrice" salva cronici realizzata con la collaborazione di SIMG

Dai «Mattoni del Ssn» alla nascita di uno strumento di governo clinico multitask

### Analisi del mese

Impatto delle Trombosi Venose Superficiali in Medicina Generale

*a cura di*

*Dr. Saverio Civitelli - SIMG Calabria*

### Ultima pubblicazione HS

La misclassificazione dell'evento emorragie gastrointestinali superiori influenza la precisione delle stime ma non la dimensione del rischio

*tratto da Journal of Clinical Epidemiology*

### Progetti Internazionali e Team Operativo

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

## News

**Dai «Mattoni del Ssn» alla nascita di uno strumento di governo clinico multitask. Ecco la «Matrice» salva-cronici realizzata con la collaborazione di SIMG**

Cinque patologie croniche "classiche" a maggior diffusione (diabete, patologia ischemica, scompenso cardiaco, ipertensione e demenza), 6 realtà locali di buona volontà (Emilia Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana, Veneto e Provincia Autonoma di Bolzano), uno Steering Committee affollato e rappresentativo delle maggiori expertise nel campo della sanità pubblica e una massa di dati già disponibili da incrociare per capire come viene seguito ciascun paziente lungo i sentieri del Ssn.

Questi gli ingredienti del progetto «Matrice», in cottura nelle stanze dell'Agenas ormai da un triennio e prossimo a tagliare il traguardo della messa in scena della «Matrice» definitiva.

«L'idea di partenza è stata quella di impostare un discorso in qualche modo "dal basso", coinvolgendo anche le aziende sanitarie, per valutare la gestione della cronicità sia in ospedale che sul territorio», spiega il direttore generale dell'Agenas, Fulvio Moirano. «È una partita molto grande: si tratta di monitorare i percorsi di soggetti che rappresentano circa il 25% dei pazienti e il 75% dei costi e dei volumi di attività svolti dal Ssn». «Conoscere per migliorare» è lo slogan riassuntivo coniato da Maria Donata Bellentani, coordinatore scientifico responsabile Agenas del progetto «Matrice», convinta che il vero valore dell'operazione consista nel «non leggere più separatamente i diversi percorsi». «Con Matrice - spiega - siamo in grado di individuare indicatori "di processo" e di effettuare un confronto diretto tra realtà territoriali ben differenti circa la messa in atto di interventi specifici per la singola malattia». Una specie di miracolo, insomma, in un Paese in cui anche nel web ciascuno parla e codifica per sé.

A renderlo possibile anche la collaborazione e il coinvolgimento diretto della Salute e di partner scientifici come il Cnr, l'Università Erasmus di Rotterdam, l'Università di Milano, la Società italiana di Medicina generale.

«Gli esperti - spiega la Bellentani - hanno in primo luogo identificato gli strumenti attraverso i quali -utilizzando i flussi informativi - sarebbe stato possibile identificare una persona affetta da una determinata patologia. Successivamente sono stati elaborati gli algoritmi, ovvero le modalità grazie alle quali senza conoscere il nome e cognome del paziente è possibile verificare se è affetto da una delle patologie croniche selezionate dallo studio.

Infine sono stati selezionati gli indicatori di ciascun percorso assistenziale, caratterizzati dall'essere presenti nelle linee guida nazionali e internazionali più accreditate e dal rappresentare contatti di cura rilevabili dai flussi amministrativi». È in questo stadio che la storia si arricchisce di nuovi protagonisti: il motore di integrazione dati TheMatrix, che pesca e incrocia i dati dai flussi; il motore statistico Neo, che li traduce in informazioni leggibili (report, grafici, tabelle); il software di business intelligence TheOracle, che riceverà i dati aggregati dalle realtà locali per produrre i report di benchmarking a livello centrale sul portale del Ssn. «Abbiamo prodotto un software open source, gratuito e modificabile che viene installato sulle banche dati aziendali» - spiega ancora la Bellentani -. «Le aziende provvedono all'integrazione automatizzata dei dati tutelando la privacy: i dati estratti vengono anonimizzati e trasmessi al Cnr che provvede alla validazione, incrociando i dati anonimi provenienti dalle Asl e dai Mmg che partecipano al progetto per vedere se effettivamente quelli che noi con "Matrice" abbiamo identificato come diabetici corrispondono a quelli diagnosticati dai medici. Questa operazione darà solidità scientifica al metodo».

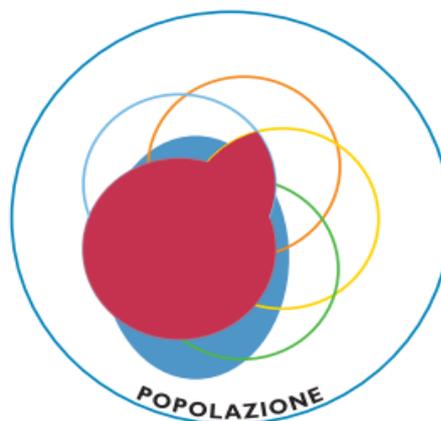
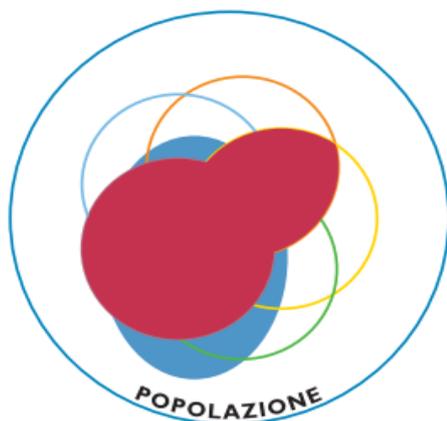
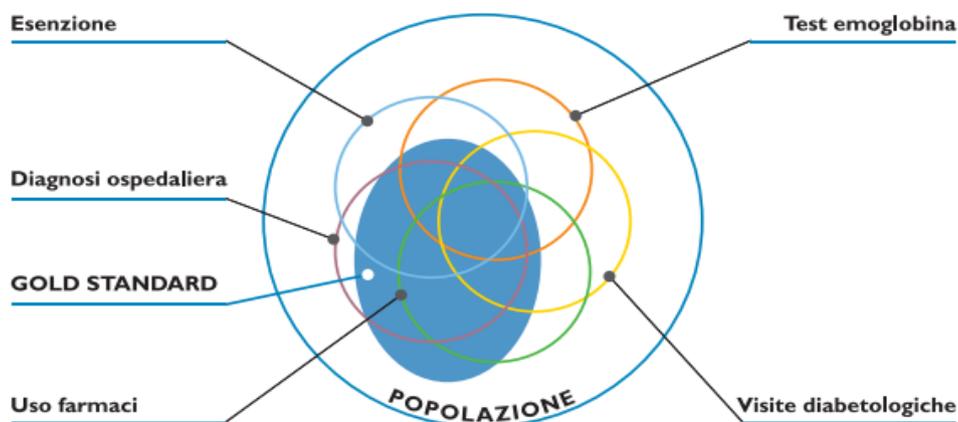
Il futuro è dietro l'angolo: «Il 15 aprile si concluderà l'attività di validazione con la Medicina generale che in questo progetto è stata una alleata preziosa, così come gli specialisti - conclude ancora la Bellentani -. A quel punto avremo la «Matrice» definitiva del progetto con i dati validati in 5 Asl e testati in ben 8 realtà locali. A fine percorso i software saranno scaricabili gratuitamente dal sito dell'Agenas per essere liberamente usati dalle Asl e dalle Regioni. La formula finale potrebbe essere quella di una call annuale - secondo il modello già utilizzato dall'Agenas per le best practice - per realizzare un quadro completo a livello nazionale, coinvolgendo tutte le 143 Asl italiane».

Le prime a raccogliere buoni frutti saranno però senz'altro le 8 realtà locali partecipanti al progetto: «Matrice» è uno strumento di governo clinico immediatamente utile: l'azienda può elaborare subito il proprio report e verificare come ciascuno dei suoi medici segue i propri pazienti. Tra poco potranno servirsene tutte le Asl: basta che lo vogliono.

I primi risultati del progetto «Matrice»

Patologia	Asl Toscana	Asl Lombardia	Asl Puglia	Asl Veneto	Prov. aut.	Asl Emilia-R.
Ipertensione arteriosa	4,37	9,14	9,15	7,52	6,93	3,56
Diabete Mellito II	6,92	5,15	6,07	4,93	3,82	5,23
Cardiopatía ischemica	5,05	3,46	3,29	3,26	2,44	3,58
Scompenso cardiaco	2,87	1,23	1,44	1,53	1,22	1,46
Demenza	0,45	0,11	0,05	0,10	0,19	0,01
<b>Diabete</b>	<b>Asl Toscana</b>	<b>Asl Lombardia</b>	<b>Asl Puglia</b>	<b>Asl Veneto</b>	<b>Prov. aut.</b>	<b>Asl Emilia-R.</b>
Emoglobina glicata	34,80	41,90	8,70	30,50	47,10	44,30
Lipidi	59,60	63,80	25,20	46,50	50,50	58,40
Microalbuminuria	36,40	52,40	12,50	33,80	39,10	55,10
Fundus oculi	28,90	25,10	11,40	15,50	33,10	0,00
Statine	37,80	47,30	46,90	37,00	42,10	40,20
Creatinina	72,20	72,80	25,10	53,80	77,30	66,80
<b>Scompenso</b>	<b>Asl Toscana</b>	<b>Asl Lombardia</b>	<b>Asl Puglia</b>	<b>Asl Veneto</b>	<b>Prov. aut.</b>	<b>Asl Emilia-R.</b>
Creatinina	45,60	56,90	20,40	37,60	62,70	51,10
Ace-inibitori	36,80	67,80	59,20	26,30	59,50	48,60
B-bloccanti	29,30	53,80	40,90	21,10	46,30	48,30
Ecocardiogramma	36,90	46,80	17,00	17,60	49,10	34,90
Elettroliti	82,70	68,50	85,40	88,00	70,70	69,10

Approssimare la diagnosi clinica con un algoritmo composto



Tratto dal Sole 24 ore Sanità

## Analisi del mese

**Impatto della Trombosi Venose Superficiali (TVS) in Medicina Generale****Premessa**

La trombosi venosa superficiale (TVS) è una condizione clinica di frequente riscontro determinata dall' ostruzione parziale o completa di una vena superficiale da parte di materiale trombotico. Le vene più frequentemente coinvolte risultano essere le vene degli arti inferiori, in particolare le vene grande e piccola safena (interessate rispettivamente nel 60-80 % e 10-20 % dei casi) e le loro tributarie.

La prevalenza di tale patologia nella popolazione generale varia dal 3 % all'11 %, mentre l'incidenza è stata stimata intorno ai 2,8-4 nuovi casi ogni 1.000 persone/anno, anche se gli studi relativi a tale argomento fino ad ora sono stati condotti su popolazioni relativamente ristrette.

I soggetti più colpiti da TVS risultano essere donne, con età media di 60 anni; tra i fattori di rischio per eventi trombotici troviamo vene varicose, obesità, neoplasie, interventi chirurgici maggiori o ortopedici, immobilizzazione, fratture, gravidanza/puerperio, terapia ormonale, familiarità per tromboembolia venosa (TEV) o precedente TVS/TEV.

Per quanto concerne la diagnosi di TVS, questa si basa in primo luogo sulla clinica, dove il riscontro più tipico è rappresentato dalla comparsa lungo il decorso di una vena superficiale di un'area eritematosa, calda, dolente ed edematosa; la vena stessa palpatariamente potrebbe essere percepita come un cordoncino fibroso. Va però considerato il fatto che una diagnosi di TVS basata solo sui segni clinici non risulta sempre chiara e agevole ed inoltre non bisogna trascurare il rischio della concomitante presenza di trombosi venosa profonda (TVP) e/o embolia polmonare (EP), a volte asintomatiche; per questi motivi in molti casi risulta indispensabile la valutazione ecografica, sia per confermare la diagnosi di TVS e quantificarne meglio l'estensione, sia per escludere una concomitante TVP. I dati emersi dagli studi degli ultimi anni costringono il Medico a non considerare più la TVS come condizione sempre benigna e autolimitantesi; la potenziale gravità è infatti correlata al rilievo di uno stretto nesso tra TVS e TEV. In primo luogo, la diagnosi di TVS dovrebbe portare il Medico a ricercare la presenza di un eventuale TEV concomitante, infatti una percentuale di pazienti, che varia dal 6 al 36%, con TVS risultano avere anche una TVP concomitante riscontrata con valutazione ecografica. In secondo luogo, esclusa l'evenienza della concomitanza, il TEV potrebbe rappresentare una complicanza di una TVS insorta come fenomeno "isolato".

**Metodi**

Grazie al database di HS è stato possibile valutare la prevalenza e l'incidenza di TVS in una popolazione di 942.000 soggetti, assistiti dai 700 MMG "ricercatori" di HS.

Utilizzando i codici del sistema ICD9 sono stati valutati i pazienti che avessero registrato nel database un episodio di TVS (ICD9: 451.0) occorso entro l'anno 2010 (prevalenza), suddivisi per età, sesso e regione. Successivamente, sono stati individuati tutti i pazienti con un nuovo episodio di TVS occorso tra il 1° di Gennaio e il 31 Dicembre del 2010 (incidenza).

Sempre utilizzando i codici ICD9, è stato anche indagato quanti tra i pazienti con TVS sono stati sottoposti ad accertamento ecografico (ICD9: 88.77) nel mese precedente alla codifica e quindi alla diagnosi della trombosi stessa.

**Risultati**

La popolazione considerata era composta da 942.000 soggetti, di cui 449.073 maschi (47,7 %) e 492.927 femmine (52,3 %), tutti di età superiore ai 15 anni.

La prevalenza della patologia trombotica superficiale all'anno 2010 nella popolazione considerata nel suo insieme è risultata essere dello 0,51 %, con 4.826 pazienti colpiti. La popolazione femminile, la cui età media era di 68 anni ( $\pm 14,4$ ), è risultata più interessata da tale patologia con una prevalenza dello 0,74 % (3.645 casi); il gruppo maschile, la cui età media era di 66 anni ( $\pm 14,98$ ), ha mostrato una prevalenza dello 0,26 % (1.181 casi). La differenza tra le prevalenze nelle due popolazioni è risultata essere statisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). La prevalenza più alta (1,79 %) è stata registrata nella popolazione sopra gli 85 anni in entrambe i sessi (2,15 % tra le femmine e 0,99 % tra i maschi). Per quanto riguarda l'incidenza nell'anno 2010, ovvero i nuovi casi di TVS diagnosticati nell'anno 2010, questa è risultata essere lo 0,34 ‰, con 318 nuovi casi nell'intera popolazione. Anche questo dato è risultato maggiore nella popolazione femminile con 229 nuovi casi, ovvero un'incidenza dello 0,47 ‰, contro gli 89 nuovi casi registrati nella popolazione maschile, che corrispondono ad un'incidenza dello 0,2 ‰; la differenza tra le incidenze nelle due popolazioni è risultata essere statisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Per quanto riguarda l'età media di queste due popolazioni, questa è risultata essere di 67 anni ( $\pm 14,73$ ) per le femmine e di 64 anni ( $\pm 15,65$ ) per i maschi; la fascia di età che ha mostrato l'incidenza maggiore (0,96 ‰) è risultata quella tra i 75 e gli 84 anni in entrambe i sessi, rispettivamente con 1,09 ‰ per le femmine e 0,76 ‰ per i maschi. Solo nella fascia di età tra i 25 e i 34 anni l'incidenza nei maschi (0,064 ‰) è risultata significativamente maggiore ( $p < 0,05$ ) rispetto all'incidenza nelle femmine (0,032 ‰).

## Analisi del mese

Tabella 1 - Distribuzione per sesso, fasce d'età e regione nei pazienti con diagnosi di TVS al 2010

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Media età (STD)	66 (14.98)		68 (14.40)		68 (14.60)	
<b>Fasce d'età</b>						
15-24	6	0,01	4	0,01	10	0,01
25-34	25	0,04	55	0,09	80	0,06
35-44	83	0,10	205	0,24	288	0,17
45-54	154	0,19	384	0,45	538	0,32
55-64	226	0,33	585	0,80	811	0,57
65-74	292	0,54	883	1,42	1175	1,01
75-84	298	0,86	1056	2,06	1354	1,58
>=85	97	0,99	473	2,15	570	1,79
<b>Regione</b>						
Piemonte/Aosta	93	0,32	250	0,78	343	0,56
Liguria	22	0,15	92	0,56	114	0,37
Lombardia	223	0,32	681	0,92	904	0,63
Trentino/FVG	73	0,32	187	0,72	260	0,58
Veneto	117	0,32	320	0,81	437	0,58
Emilia Romagna	101	0,38	255	0,83	356	0,62
Toscana	67	0,25	175	0,61	242	0,44
Umbria	27	0,22	94	0,70	121	0,47
Marche	27	0,22	119	0,92	146	0,57
Lazio	62	0,16	173	0,38	235	0,28
Abruzzo/Molise	53	0,35	187	1,09	240	0,74
Campania	118	0,31	463	1,09	581	0,72
Puglia	56	0,17	171	0,48	227	0,33
Basilicata/Calabria	35	0,17	95	0,44	130	0,31
Sicilia	91	0,23	330	0,75	421	0,51
Sardegna	16	0,14	53	0,42	69	0,28
<b>TOTALE</b>	<b>1181</b>	<b>0,26</b>	<b>3645</b>	<b>0,74</b>	<b>4826</b>	<b>0,51</b>

Tabella 2 - Distribuzione per sesso, fasce d'età e regione nei pazienti incidenti di TVS nel 2010

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Media età (STD)	64 (15.65)		67 (14.73)		66 (15.00)	
<b>Fasce d'età</b>						
15-24	0	0,000	0	0,000	0	0,000
25-34	4	0,064	2	0,032	6	0,048
35-44	5	0,060	24	0,280	29	0,172
45-54	14	0,174	22	0,261	36	0,219
55-64	17	0,245	39	0,531	56	0,392
65-74	17	0,311	64	1,022	81	0,691
75-84	27	0,762	57	1,094	84	0,959
>=85	5	0,466	21	0,877	26	0,750
<b>Regione</b>						
Piemonte/Aosta	9	0,314	15	0,475	24	0,398
Liguria	3	0,210	4	0,242	7	0,227
Lombardia	19	0,276	43	0,591	62	0,438
Trentino/FVG	1	0,044	14	0,544	15	0,308
Veneto	7	0,196	32	0,817	39	0,521
Emilia Romagna	8	0,302	18	0,587	26	0,455
Toscana	4	0,153	10	0,351	14	0,257
Umbria	2	0,168	14	1,051	16	0,634
Marche	0	0,000	3	0,234	3	0,119
Lazio	8	0,205	12	0,266	20	0,238
Abruzzo/Molise	2	0,133	5	0,295	7	0,219
Campania	6	0,158	15	0,359	21	0,263
Puglia	5	0,154	17	0,483	22	0,325
Basilicata/Calabria	3	0,150	4	0,189	7	0,170
Sicilia	7	0,182	17	0,396	24	0,294
Sardegna	5	0,440	6	0,471	11	0,456
<b>TOTALE</b>	<b>89</b>	<b>0,202</b>	<b>229</b>	<b>0,470</b>	<b>318</b>	<b>0,343</b>

Per quanto concerne l'impiego dell'indagine ecografica nel percorso di diagnosi dei nuovi casi di TVS, questa è stata praticata su 106 pazienti (74 donne e 32 uomini) dei 318 nuovi casi incidenti, ovvero sul 33,3% dei pazienti appartenenti a questo gruppo.

### Conclusioni

Dall'analisi dei dati riguardanti l'ampio campione della popolazione generale costituito da 942.000 soggetti, è stata riscontrata una prevalenza di eventi trombotici superficiali pari allo 0,51%, con 4.826 pazienti colpiti. La prevalenza di TVS nella popolazione generale, riportata da studi della letteratura internazionale, risulta variare tra il 3% e l'11%; l'evidente differenza rilevabile dal confronto tra il dato del nostro studio e quello della letteratura potrebbe essere spiegata dalla mancata registrazione sul supporto informatico, utilizzato poi per costruire il database di Health Search, della diagnosi di TVS da parte del MMG. Per quanto riguarda un altro dato epidemiologico fondamentale rappresentato dall'incidenza annua della patologia trombotica, dai dati del nostro studio risulta essere dello 0,34‰, con 318 nuovi casi nell'intera popolazione valutata. Negli studi della letteratura l'incidenza è stimata intorno ai 2,8-4 nuovi casi ogni 1.000 persone/anno. Anche in questo caso la differenza tra il dato del nostro studio e quello della letteratura potrebbe essere spiegata dalla mancata registrazione del dato. Nel nostro studio, dalla suddivisione in fasce di età emerge chiaramente come l'incidenza delle TVS aumenti all'aumentare dell'età, fino a raggiungere l'incidenza maggiore (0,96‰) tra i 75 e gli 84 anni in entrambe i sessi, rispettivamente con un'1,09‰ per le femmine e uno 0,76‰ per i maschi; solo nella fascia di età tra i 25 e i 34 anni l'incidenza nei maschi (0,064‰) è risultata significativamente maggiore rispetto all'incidenza nelle femmine (0,032‰). Anche in letteratura tale trend di crescita dell'incidenza di TVS (al pari di quella del TEV) viene confermato. I dati relativi all'impiego dell'indagine ecografica nel percorso diagnostico della TVS nei soggetti valutati nello studio, mostrano che questa è stata utilizzata nel 33,3% dei casi nella popolazione incidente; questo dato potrebbe essere indicativo del fatto che la TVS venga tuttora considerata una patologia relativamente benigna e quindi non sempre necessitante ulteriori accertamenti per confermare il sospetto clinico. Due ampi studi epidemiologici prospettici, POST e OPTIMEV hanno rilevato percentuali di TEV concomitante a TVS non trascurabili; nel primo studio, infatti, su 844 pazienti con TVS è stato riscontrato un TEV concomitante nel 24,9% dei casi, di cui il 3,9% era rappresentato da EP sintomatica. Nello studio OPTIMEV su 788 pazienti con TVS, nel 28,8% dei casi era associata una TVP. Alla luce di tali risultati il MMG dovrebbe essere portato a considerare fondamentale l'accertamento ecografico nell'iter diagnostico della TVS (soprattutto quelle prossimali), sia per quantificarne la reale estensione, spesso sottostimata dalla sola clinica, sia per intercettare un'eventuale TVP concomitante ed impostare di conseguenza la terapia più idonea.

A cura del Dr. Saverio Civitelli - SIMG Calabria e dei Ricercatori di Health Search

## Ultima pubblicazione HS

**La misclassificazione dell'evento emorragie gastrointestinali superiori (UGIB) influenza la precisione delle stime ma non la dimensione del rischio**

Vera E Valkhoff, Preciosa M Coloma, Gwen MC Masclee, Rosa Gini, Francesco Innocenti, Francesco Lapi, Mariam Molokhia, Mees Mosseveld, Malene Schou Nielsson, Martijn Schuemie, Frantz Thiessard, Johan van der Lei, Miriam CJM Sturkenboom, Gianluca Trifirò

L'obiettivo di questo studio consiste nel valutare l'accuratezza dei codici di diagnosi di patologia ed il testo libero (diario clinico), utilizzati per l'identificazione dell'evento UGIB, da record elettronici utilizzati in ambito assistenziale (Electronic Healthcare Records (EHR)).

Lo studio di validazione è stato condotto in quattro database contenenti EHR. Nello specifico, sono stati coinvolti il database olandese IPCI, il danese Aarhus e l'Health Search Database (HSD) per l'Italia assieme ad ARS. In queste banche dati sono stati identificati i casi di UGIB utilizzando i rispettivi sistemi di codifica ed il testo libero. I sistemi di codifica impiegati sono stati l'ICD9 (per HSD ed ARS), l'ICD10 (per Aarhus), l'ICPC (per IPCI). Per ciascun database sono stati selezionati e revisionati manualmente 200 casi potenziali di UGIB al fine di calcolare il Potere Predittivo Positivo (PPV), il quale fornisce una misura di quanti dei casi revisionati sono casi "veri" di UGIB. Sono state impiegate diverse definizioni di caso per valutare l'effetto della misclassificazione dell'evento nella stima del rischio degli eventi UGIB farmaco-correlati.

Per quanto riguarda il database IPCI, il PPV risultava del 22% (95% Intervalli di confidenza: 16%-28%) e del 21% (16%-28%), rispettivamente per quanto concerne il testo libero ed al sistema di codifica. Il PPV era, in HSD, del 91% (86%-95%) per il sistema ICD-9 e del 47% (35%-59%) per il testo libero. Il PPV per i codici ICD9 in ARS era del 72% (65%-78%) e del 77% (69%-83%) per i codici ICD10 di Aarhus. Una definizione più specifica dell'evento non aveva un impatto significativo sulla stima del rischio (i.e. dimensione del rischio) degli eventi UGIB farmaco-correlati, se non per il calcolo di intervalli di confidenza più ampi, ossia una ridotta precisione delle stime.

In conclusione, l'ICD9 e l'ICD10 possiedono un buon PPV per quanto concerne l'identificazione di UGIB negli EHR; l'inferiore granularità (i.e. difficile aumento della specificità) di ICPC potrebbe richiedere strategie ulteriori per facilitare un aumento del PPV. Quindi, l'impiego di una definizione più specifica di UGIB influenza la precisione delle stime di rischio ma non la dimensione dell'effetto.

*a cura dei ricercatori di Health Search*

tratto da European Journal of Clinical Epidemiology

<http://www.journals.elsevier.com/journal-of-clinical-epidemiology/> (in press)

## Progetti Internazionali



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

[www.safeguard-diabetes.org](http://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](http://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](http://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**



Jacopo Cricelli

#### **Direttore della Ricerca**



Francesco Lapi

#### **Direttore Tecnico**



Alessandro Pasqua

#### **Analisi Statistiche e Data Management**



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: ~~€ 20,00+IVA~~  
**e 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**  
SELEZIONE E SVILUPPO PROGRAMMI DELLA SOCIETÀ FINOVA E SOCIETÀ ASSOCIATE

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](http://www.healthsearch.it) sezione "Health Search/CSD-LPD" da compilare e rispedire all'indirizzo [info@healthsearch.it](mailto: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](http://www.healthsearch.it) sezione "Health Search/CSD-LPD" da compilare e rispedire all'indirizzo [info@healthsearch.it](mailto: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.