



HS-Newsletter

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



SOMMARIO

News...

Omaggio all'Attività Scientifica del

Dott. Alessandro Filippi

Cari amici, come avrete avuto modo di sapere, l'amico Alessandro Filippi ci ha recentemente lasciati. Oltre alle grandi qualità personali Alessandro era sì un ottimo medico ma anche uno straordinario ricercatore. Uno scienziato come pochi, in particolare nel contesto della Medicina Generale Italiana, che ha coniugato l'attività clinica con quella di ricerca...



continua a pagina 2

Analisi del mese...

Impatto Epidemiologico del Carcinoma Polmonare nella Medicina Generale Italiana

Il tumore del polmone rappresenta la prima causa di morte per tumore nei maschi (il 26% del totale delle morti) e la terza causa nelle donne (11% del totale delle morti). Dai dati pubblicati dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) in collaborazione con l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), emerge che un uomo ogni 9 e una donna ogni 36 svilupperà un tumore al polmone. Inoltre, analizzando i trend tumorali dal 1996 al 2010 si nota come incidenza e mortalità del carcinoma polmonare risultino in calo per gli uomini e in ascesa per le donne...

continua alle pagine 4-6

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

Omaggio
all'Attività Scientifica del
Dott. Alessandro Filippi

Analisi del mese

Impatto Epidemiologico
del Carcinoma Polmonare nella
Medicina Generale Italiana
a cura del Dott. Baldassarre De Silvestre

Ultima pubblicazione HS

Effetti di un sistema decisionale
computerizzato nel miglioramento della
gestione farmacologica dei pazienti
con elevato rischio cardiovascolare:
un trial controllato in aperto con
randomizzazione per cluster
tratto da Health Informatics Journal

Progetti Internazionali e Team Operativo

Come accedere al Database: ricerche ed analisi

Omaggio all'attività scientifica del Dott. Alessandro Filippi

Cari amici, come avrete avuto modo di sapere, l'amico Alessandro Filippi ci ha recentemente lasciati. Oltre alle grandi qualità personali Alessandro era sì un ottimo medico ma anche uno straordinario ricercatore. Uno scienziato come pochi, in particolare nel contesto della Medicina Generale Italiana, che ha coniugato l'attività clinica con quella di ricerca.



L'attività scientifica del Dott. Filippi è stata estremamente prolifica con particolare rilievo all'ambito Cardiovascolare. E' stato promotore e autore di numerosi studi condotti mediante il database Health Search (HS) e che sono stati oggetto di pubblicazioni su riviste di rilievo internazionale.

Tra le sue numerose pubblicazioni è d'obbligo ricordare lo studio pubblicato sulla rivista *Circulation* nel 2009 [1] che ha rappresentato una pietra miliare nello studio dell'aderenza alla terapia antipertensiva. Questo studio, impiegando i dati di 400 Medici di Medicina Generale (MMG) del network HS ha indagato l'aderenza alla terapia antipertensiva di 18.806 pazienti a cui era stata diagnosticata l'ipertensione tra il 2000 e il 2001 e che ricevevano per la prima volta una prescrizione di un farmaco antipertensivo. In base al comportamento prescrittivo del MMG, i soggetti sono stati suddivisi in "altamente aderenti" (copertura $\geq 80\%$ del periodo di osservazione), "con aderenza intermedia" (copertura del 40%-79%) e "con scarsa aderenza" (copertura $< 40\%$). Mediante appropriati modelli statistici, sono stati individuati sia i fattori associati all'aderenza, sia la riduzione del rischio di eventi cardiovascolari (CV) nei tre gruppi di pazienti. Lo studio ha rilevato che, a 6 mesi dalla diagnosi, solo l'8,1% della coorte presentava un'elevata aderenza al trattamento, mentre il 40,5% una aderenza intermedia e ben il 51,4% una scarsa aderenza. I fattori associati all'aderenza elevata sono risultati i seguenti: il trattamento con più farmaci, la dislipidemia, il diabete, l'obesità e la terapia combinata con più antipertensivi. Confrontando il rischio di avere eventi CV acuti nei tre gruppi di aderenza, lo studio ha rilevato una diminuzione significativa del rischio solo nel gruppo di soggetti altamente aderenti alla terapia antipertensiva (HR 0,62; 95%CI, 0,40-0,96; $P=0,032$). I dati, derivanti da questo studio e relativi all' reale pratica prescrittiva della medicina generale, mostrano chiaramente come l'aderenza alla terapia antipertensiva sia associata a un'importante riduzione del rischio CV. I risultati di questo studio hanno evidenziato come il MMG è chiamato a prestare particolare attenzione all'aderenza del paziente e a cercare di migliorarla fin dalle prime fasi del trattamento farmacologico, ciò al fine di massimizzarne gli effetti benefici a lungo termine.

Un altro studio, che ha visto la partecipazione attiva del Dott. Filippi, ha riguardato il tromboembolismo venoso (VTE) ed è stato oggetto di una pubblicazione sulla rivista *Thrombosis Research* nel 2010 [2]. Si tratta di un grande studio caso-controllo nested, condotto sui dati registrati da 400 MMG nel database HS tra il 2001 e il 2004. Lo studio aveva l'obiettivo di valutare, nel setting della medicina generale, l'eventuale relazione tra VTE e altre condizioni cliniche rilevabili quando il paziente è dimesso dalla struttura ospedaliera ed è in carico al MMG. La ricerca ha coinvolto una popolazione di 372.000 pazienti e ha individuato 1.624 casi incidenti di VTE.

News

L'analisi statistica ha rilevato diverse condizioni correlate con il VTE e, in particolare le seguenti: paralisi transitoria o permanente, tumore, malattie infettive, insufficienza cardiaca congestizia, disturbi neurologici e aver avuto precedenti ospedalizzazioni. Lo studio ha dimostrato che le condizioni cliniche associate al VTE nell'ambito della medicina generale sono simili a quelle osservate in ambito ospedaliero; pertanto gli autori consigliano di provare a valutare se le misure preventive adottate in ospedale possano essere trasferite anche al territorio.

Un successivo studio, ideato e condotto dal Dott. Filippi, ha indagato le modalità di impiego dell'aspirina tra i pazienti in carico al MMG su tutto il territorio italiano. Lo studio è stato pubblicato nel 2011 sulla rivista *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* [3].

Si tratta di uno studio osservazionale volto a raccogliere informazioni sulla reale pratica d'impiego di un farmaco largamente prescritto, quale l'aspirina, al fine di massimizzarne i benefici e ridurre i rischi. I dati impiegati nello studio, derivavano da 400 MMG del network HS e hanno coinvolto un campione di 540.984 pazienti. Su tale campione è stata calcolata la prevalenza d'uso dell'aspirina e le eventuali variabili correlate all'impiego di questo farmaco. Inoltre, è stata valutata la persistenza al trattamento tra i nuovi utilizzatori di aspirina negli anni 2000 e 2004. La ricerca ha rilevato che, di tutta la popolazione in studio, l'8,3% (45.271 pazienti) aveva ricevuto almeno una prescrizione di aspirina. Inoltre, su 35.473 soggetti con precedenti malattie cardiovascolari il 51,7% era in trattamento con aspirina, mentre solo il 15,2% di 151.526 pazienti eleggibili al trattamento e senza patologie cardiache aveva ricevuto una prescrizione di aspirina. In prevenzione primaria, la prevalenza d'uso di aspirina è risultata significativamente associata all'aumento del numero di fattori di rischio CV sia tra i soggetti diabetici ($p < 0,001$), sia tra i non-diabetici ($p < 0,001$).

Lo studio ha evidenziato che, dopo 1 anno, solo il 23,4% dei pazienti era persistente al trattamento con aspirina, e, dopo 2 anni, tale percentuale scendeva a 12,2%. Per di più, molti degli utilizzatori naïve hanno presentato un uso discontinuo del farmaco. Nel complesso, lo studio ha sottolineato come l'aspirina sia sottoutilizzata o utilizzata in maniera discontinua in una gran quota di pazienti che invece potrebbero beneficiarne. A ciò si aggiunge che l'aumento del rischio cardiovascolare sembra influenzare solo in parte il ricorso all'aspirina. Gli autori auspicano, pertanto, un miglioramento dell'appropriatezza d'impiego dell'aspirina all'interno della medicina generale italiana, al fine di poter trarre i massimi benefici da questa terapia preventiva.

Questi lavori sono soltanto una piccola parte della produzione scientifica di Alessandro Filippi. L'eredità che ci lascia è quindi molta e, come lui certamente avrebbe desiderato, continuare il suo percorso di ricerca con passione è certamente uno dei modi per ricordarlo con quel soddisfatto sorriso che lo caratterizzava ogni qual volta raggiungeva il risultato da lui sperato.

Riferimenti degli articoli citati

1. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino V, Borghi C, Brignoli O, Caputi AP, Cricelli C, Mantovani LG. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation*. 2009 Oct 20;120(16):1598-605.
2. Cimminiello C, Filippi A, Mazzaglia G, Pecchioli S, Arpaia G, Cricelli C. Venous thromboembolism in medical patients treated in the setting of primary care: a nationwide case-control study in Italy. *Thromb Res*. 2010 Nov;126(5):367-72.
3. Filippi A, Bianchi C, Parazzini F, Cricelli C, Sessa E, Mazzaglia G. A national survey on aspirin patterns of use and persistence in community outpatients in Italy. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2011 Oct;

Analisi del mese

Impatto Epidemiologico del Carcinoma Polmonare nella Medicina Generale Italiana

Premessa

Il tumore del polmone rappresenta la prima causa di morte per tumore nei maschi (il 26% del totale delle morti) e la terza causa nelle donne (11% del totale delle morti). Dai dati pubblicati dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) in collaborazione con l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), emerge che un uomo ogni 9 e una donna ogni 36 svilupperà un tumore al polmone. Inoltre, analizzando i trend tumorali dal 1996 al 2010 si nota come incidenza e mortalità del carcinoma polmonare risultino in calo per gli uomini e in ascesa per le donne. I dati di prevalenza riportati nell'ultimo Report Health Search (HS) mostrano un trend crescente del tumore del polmone da 1,2‰ nel 2003 fino al 2,0‰ nel 2011.

Il fumo di sigarette è ampiamente riconosciuto come il principale fattore rischio per l'insorgenza di carcinoma polmonare, e ne rappresenta la causa primaria nell'85-90% dei casi. Il rischio relativo dei fumatori rispetto ai non fumatori è aumentato di circa 14 volte e si incrementa ulteriormente fino a 20 volte nei forti fumatori.

Il medico di medicina generale (MMG) riveste un ruolo importante nella gestione del paziente con carcinoma polmonare. Infatti, come riportato dalle recenti linee guida sul carcinoma polmonare pubblicate a Febbraio 2014 dallo Scottish Intercollegiate Guidelines Network, il management del paziente affetto da questa neoplasia dovrebbe avvenire da parte di un team multidisciplinare che coinvolge anche la medicina generale.

L'obiettivo del presente studio è, pertanto, valutare l'impatto epidemiologico del carcinoma polmonare all'interno della medicina generale italiana, nonché di analizzare il dato sull'abitudine al fumo che, sebbene previsto nella cartella clinica HS, ad oggi, risulta spesso non compilato dal MMG.

Metodi

Nel presente studio sono stati considerati eleggibili i pazienti in carico presso i 700 MMG del network HS, "validati" per la qualità del dato registrato. Tali soggetti dovevano avere un'età ≥ 14 anni e dovevano essere attivi al 31/12/2012 nel database HS. A partire da questa popolazione di riferimento e mediante l'individuazione del codice ICD9CM 162.9, è stata calcolata la prevalenza (X 1000) di carcinoma polmonare nel modo seguente:

[numeratore] numero di individui con diagnosi di carcinoma polmonare (ICD9CM: 162.9);

[denominatore] numero di individui presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31/12/2012.

Le analisi sono state stratificate per genere, età e per distribuzione geografica. E' stata anche calcolata l'incidenza (x 1000) della patologia nell'anno 2012 e l'eventuale registrazione del dato sull'abitudine al fumo.

Risultati

A partire dalla popolazione attiva di 936.152 assistiti nel 2012 dei 700 MMG ricercatori HS, sono stati identificati 1.929 pazienti con una diagnosi di carcinoma polmonare nel 2012, per una prevalenza complessiva di patologia del 2,1‰ (**Tabella 1**).

La prevalenza è risultata sensibilmente maggiore nelle uomini rispetto alle donne (3,0‰ vs. 1,2‰) e, di gran lunga superiore nella fascia d'età più avanzata, fino ad arrivare a 12,7‰ negli uomini con 75-84 anni (**Tabella 1**). L'analisi per distribuzione geografica mostra che le regioni a maggior prevalenza sono Emilia Romagna e Lazio, con una prevalenza di 2,7‰. Questo dato è confermato sia per gli uomini, per i quali in entrambe queste regioni si raggiunge una prevalenza di 4,0‰, sia per le donne che fanno registrare una prevalenza di 1,5‰ nel Lazio e 1,6‰ in Emilia Romagna (**Tabella 1**).

L'incidenza del carcinoma polmonare nel 2012 è risultata di 0,6‰, con valori più elevati tra gli uomini rispetto alle donne (1,0‰ vs. 0,3‰).

L'analisi del dato sull'abitudine al fumo è stata condotta sia sull'intera popolazione HS, sia all'interno della coorte di pazienti con diagnosi di tumore polmonare. Da tale analisi è emerso che la quota di fumatori e di ex-fumatori è superiore all'interno della coorte di soggetti con carcinoma polmonare sia tra i maschi (26,4% vs 17,0% per i fumatori e 38,7% vs 15,2% per gli ex fumatori), sia tra le femmine (21,0% vs 12,6% per le fumatrici e 17,7% vs 6,4% per le ex fumatrici. Occorre precisare, però, che questo dato non era registrato in elevate percentuali della popolazione generale (42,8% tra gli uomini e 40,4% tra le donne) e della coorte di pazienti con carcinoma polmonare (24,3% tra gli uomini e 29,2% tra le donne) (**Tabella 2**).

Analisi del mese

Tabella 1 Prevalenza (x1000) di Carcinoma Polmonare al 31/12/2012 nella popolazione attiva del campione dei 700 medici Health Search – CSD LPD. Distribuzione per sesso, età e area geografica.

AREA GEOGRAFICA	Maschi		Femmine		Totale	
	N	x1.000	N	x1.000	N	x1.000
Piemonte/Val d'Aosta	108	3,6	35	1,1	143	2,3
Liguria	41	2,9	24	1,5	65	2,2
Lombardia	224	3,1	106	1,4	330	2,3
Trentino/FVG	51	2,3	29	1,2	80	1,7
Veneto	88	2,4	44	1,1	132	1,8
Emilia-Romagna	103	4,0	49	1,6	152	2,7
Toscana	88	3,4	24	0,9	112	2,1
Marche	36	3,0	18	1,3	54	2,1
Umbria	35	2,8	11	0,9	46	1,8
Lazio	158	4,0	68	1,5	226	2,7
Abruzzo/Molise	32	2,1	14	0,8	46	1,4
Puglia	112	2,9	55	1,3	167	2,1
Campania	98	2,9	22	0,6	120	1,7
Basilicata/Calabria	43	2,1	7	0,3	50	1,2
Sicilia	118	3,0	49	1,1	167	2,0
Sardegna	28	2,4	11	0,9	39	1,6
ANALISI PER ETÀ'						
15-24	1	0,0	2	0,0	3	0,0
25-34	1	0,0	3	0,1	4	0,0
35-44	13	0,2	13	0,2	26	0,2
45-54	66	0,8	49	0,6	115	0,7
55-64	211	3,1	109	1,5	320	2,3
65-74	531	9,4	188	3,0	719	6,0
75-84	439	12,7	149	3,0	588	7,0
≥85	101	9,5	53	2,3	154	4,6
TOTALE	1.363	3,0	566	1,2	1.929	2,1

Tabella 2 Distribuzione del fumo nella popolazione generale e nei pazienti con diagnosi di carcinoma polmonare

FUMO [ultimo valore registr.]	Popolazione generale				Pop. con carcinoma polmonare			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	N	%	N	%	N	%	N	%
NO	112.645	25,1	19.7504	40,6	144	10,6	182	32,2
SI	76.231	17,0	61.541	12,6	360	26,4	119	21,0
EX	68.192	15,2	30.997	6,4	528	38,7	100	17,7
DATO MANCANTE	192.329	42,8	196.713	40,4	331	24,3	165	29,2

Il parere del Medico di Medicina Generale

Di fronte ad una patologia che riveste un'importanza epidemiologica di notevole impatto sociale (pensiamo al balzo del tumore polmonare dal 10° al 5° posto dal 1990 al 2020 come causa di mortalità mondiale e ricordando come anche la BPCO guadagni il 3° posto dal 6° di partenza) anche la medicina generale presenta le sue criticità.

Balza subito agli occhi, infatti, che la registrazione del dato sull'abitudine al fumo è ancora lacunosa e incompleta (you can't manage what you don't measure), non solo nei pazienti affetti da tumore polmonare o da BPCO, ma ancora di più nella popolazione generale (più del 40% non ha il dato registrato). Ricordiamo come la lotta al tabagismo abbia una fortissima e incontestabile evidenza nella riduzione della mortalità su queste (e non solo) pandemie tabacco-correlate; la mancata conoscenza del dato sul fumo vanifica, pertanto, gli eventuali interventi successivi (counseling e altri supporti intensivi). Occorre ricordare, inoltre, che la lotta al tabagismo inizia in età pediatrica e nelle scuole inferiori, considerando che l'ingresso all'abitudine tabagica avviene nell'età adolescenziale (soprattutto nelle donne).

Anche la diagnosi precoce in questo "big killer" rappresenta un aspetto frustrante, essendosi spenti gli entusiasmi di screening di massa (rx torace, tac spirale) troppo enfatizzati dai mass-media ma improponibili per i costi elevati e

Analisi del mese

La stessa sintomatologia, subdola e aspecifica, fa sì che la maggior parte dei pazienti giunga alla diagnosi ormai in fase tardiva, ossia in stadi avanzati che non consentono approcci chirurgici radicali (giustificando i bassissimi valori di sopravvivenza a 5 anni = 10% circa).

La stessa gestione clinica del paziente neoplastico pone al medico di medicina generale innumerevoli criticità:

- la mancata coordinazione e comunicazione con gli altri attori (oncologi, chirurghi, radioterapisti, ecc.);
- la difficile gestione degli effetti collaterali della terapia e delle eventuali comorbidità;
- la prevenzione del tromboembolismo;
- la terapia nutrizionale e palliativa (ricordo l'obbligo di compilazione della scheda pain);

Il medico di medicina generale, spesso, è culturalmente impreparato alla gestione di tale problematiche, in quanto è legato a modelli di medicina sempre "vittoriosa" sulla malattia, è sempre più oppresso da una burocrazia ottusa e asfissiante e da vincoli economici sempre più rigidi, nonché è investito da crescenti "domande di salute" che si traducono in un aumento esponenziale dei contatti di salute specie al Sud Italia (ricordo che in un decennio questi sono pressoché triplicati). A ciò si aggiunge (ciliegina sulla torta) una classe medica sempre più vecchia, stanca, e con scarsi ricambi generazionali.

In questo contesto, il malato oncologico languisce spesso in una "terra di nessuno", dove si inserisce, a volte, la meritevole azione di società onlus. Inoltre, il malato oncologico tende a richiedere sempre meno interventi per rassegnazione e sensi di colpa, scusandosi con noi di "farci perdere tempo prezioso" e accettando la sofferenza come espiazione, scivolando silenziosamente nella fase terminale verso la quale, purtroppo, siamo ancora impreparati.

A cura del Dott. Baldassarre De Silvestre

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM) e Associazione Italiana di Oncologia Medica I numeri del cancro in Italia 2013. [Luglio 2103] Available from URL: <http://www.registri-tumori.it/cms/it/node/2888>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of lung cancer. Edinburgh: SIGN; 2014. (SIGN publication no. 137). [February 2014]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>.
- Health Search, Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale. VII Report Health Search anno 2011/2012. [Novembre 2012] Available from URL. http://healthsearch.it/documenti/Archivio/Report/VIIReport_2011-2012/VII%20Report%20HS.pdf

Ultima pubblicazione HS

Effetti di un sistema decisionale computerizzato nel miglioramento della gestione farmacologica dei pazienti con elevato rischio cardiovascolare: un trial controllato in aperto con randomizzazione per cluster

Giampiero Mazzaglia, Carlo Piccinni, Alessandro Filippi, Giovanna Sini, Francesco Lapi, Emiliano Sessa, Iacopo Cricelli, Paola Cutroneo, Gianluca Trifirò, Claudio Cricelli, Achille Patrizio Caputi

Questa pubblicazione riporta i risultati dello studio REMIND finanziato dall'Agenzia Italiana del Farmaco e che ha coinvolto diversi medici di medicina generale (MMG) appartenenti al network Health Search.

Lo studio ha valutato gli effetti di un sistema decisionale computerizzato (computerized decision support system, CDSS), integrato nel software Millewin®, nel migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci per la prevenzione cardiovascolare in soggetti a rischio.

A tale fine è stato condotto un trial controllato in aperto con randomizzazione per cluster. 197 MMG appartenenti al network Health Search e utilizzatori del software Millewin®, sono stati suddivisi in due gruppi. Il primo, oltre al materiale cartaceo sulle terapie cardiovascolari preventive raccomandate e sulle più importanti interazioni che riguardano i farmaci cardiovascolari (linee guida e liste di interazioni), aveva ricevuto avvisi informatici ad hoc all'atto della prescrizione (gruppo di intervento), mentre, l'altro gruppo aveva ricevuto solo il materiale cartaceo (gruppo di controllo).

A partire dagli assistiti di questi MMG, sono stati analizzati i dati di 21.230 pazienti con diabete mellito di tipo II, 3.956 con infarto acuto del miocardio e 2.158 con stroke.

Per tali pazienti è stata valutata sia la quota di soggetti posti in terapia con farmaci per la prevenzione cardiovascolare, sia il numero di giorni di esposizione a potenziali interazioni farmacologiche.

Lo studio ha rilevato che, quando l'attività del MMG è supportata da un sistema di avvisi informatizzato, aumenta significativamente la prescrizione di farmaci antiaggreganti (gruppo di intervento: +2,7% vs. gruppo di controllo: +0,15%; $p < 0,001$) e di farmaci ipolipidemizzanti orali (+4,2% vs. +2,8%; $p = 0,001$) ai soggetti con diabete. Inoltre, con il supporto di un sistema di avvisi informatizzato, il numero di giorni di esposizione a potenziali interazioni farmacologiche è calato significativamente solo per i soggetti con stroke (-1,2 vs. -0,5 giorni/persona-anno; $p = 0,001$).

Gli autori concludono che il CDSS incrementa, in modo statisticamente significativo, l'impiego dei farmaci per la prevenzione cardiovascolare, soprattutto nei pazienti affetti da diabete, e che tale sistema ha una lieve influenza sul prevenire le potenziali interazioni farmacologiche.

Gli autori, pur riconoscendo che questi sistemi informatizzati non rappresentano la soluzione a tutte le criticità connesse all'appropriatezza d'impiego dei farmaci, sostengono che questi possono rappresentare un valido strumento per migliorare la pratica prescrittiva nella Medicina Generale.

a cura dei ricercatori di Health Search

tratto da Health Informatics J. 2014 Sep 10.



<http://jhi.sagepub.com/content/early/2014/09/09/1460458214546773.abstract>

Lo studio ha ricevuto un grant da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco.
Tutti gli autori hanno dichiarato di non avere conflitti di interessi.

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 e delle Cure Primarie)**

Direttore Generale



Iacopo Cricelli

Direttore della Ricerca



Francesco Lapi

Direttore Tecnico



Alessandro Pasqua

Consulente Scientifico



Carlo Piccini

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.



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.