



SOMMARIO

Epidemiologia e gestione dell'osteoporosi in Medicina Generale

a cura del
Dott. Maurizio Marchionni
pag. 2

Epidemiologia dell'anemia sideropenica in quattro paesi europei: uno studio basato sulla popolazione in carico alla Medicina Generale

tratto da
"European Journal of
Haematology"
pag. 5

Progetti Internazionali e Team Operativo

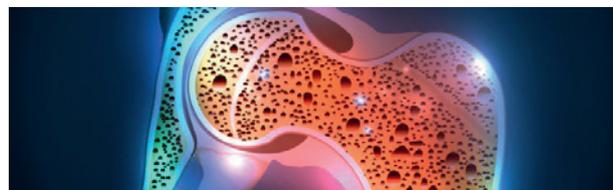
pag. 6

Come accedere al Database HS per Ricerche, Analisi e Studi

pag. 7

Epidemiologia e gestione dell'osteoporosi in Medicina Generale

L'osteoporosi è una condizione scheletrica che si accompagna ad una riduzione del contenuto minerale scheletrico con alterazioni qualitative del tessuto osseo e conseguente diminuzione della resistenza ossea e aumento delle fratture da fragilità. Essa può essere distinta nelle forme primitive e in quelle secondarie...



continua a pagina 2

Epidemiologia dell'anemia sideropenica in quattro paesi europei: uno studio basato sulla popolazione in carico alla Medicina Generale

L'anemia sideropenica ogni anno è responsabile di circa 800.000 morti nel mondo, oltre ad essere causa di disabilità fisiche e mentali in bambini e anziani e a determinare una riduzione delle capacità lavorative degli adulti. Alcune stime riportano che, nei paesi industrializzati, la prevalenza di questo disturbo si aggira tra il 2 e il 5% dei maschi adulti e delle donne in post-menopausa...



continua a pagina 5

CONTATTI

HEALTH SEARCH (SIMG)

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

IMS Health-Millennium (Contact Center) Assistenza Tecnica

Numero Verde: 800.949.502
Orario: Lunedì - Venerdì 8.30-19.30,
Sabato 9.00-13.00
E-Mail: medicithales@it.imshealth.com

HEALTH SEARCH È...

ANALISI IN MEDICINA GENERALE

Epidemiologia e gestione dell'osteoporosi in Medicina Generale

A cura del Dott. Maurizio Marchionni

PREMESSA

L'osteoporosi è una condizione scheletrica che si accompagna ad una riduzione del contenuto minerale scheletrico con alterazioni qualitative del tessuto osseo e conseguente diminuzione della resistenza ossea e **aumento delle fratture da fragilità**. Essa può essere distinta nelle forme primitive e in quelle secondarie (ossia conseguenti a condizioni che determinano una perdita di minerale osseo e alterazioni qualitative della microarchitettura scheletrica). Le osteoporosi primitive, comprendono la forma idiopatica (giovanile e dell'adulto), le forme involutive, la postmenopausale (di tipo I) e la senile (di tipo II). Le osteoporosi di tipo I, essendo dovuta alla carenza di estrogeni, è tipica della donna nel periodo post menopausa, mentre quella di tipo II colpisce entrambi i sessi con l'avanzare degli anni e riflette le influenze esercitate sul tessuto osseo dalle modificazioni ormonali conseguenti all'invecchiamento. Stime derivanti dallo studio epidemiologico multicentrico nazionale ESPO, riportano che il 23% delle donne di oltre 40 anni e il 14% degli uomini con più di 60 anni è affetto da osteoporosi. Ciò corrisponde a oltre **5 milioni di persone (4,5 milioni di donne e 1 milione di uomini) affette da osteoporosi in Italia**; tale dato è in costante aumento, riflettendo l'incremento dell'aspettativa di vita. Questo aumento della prevalenza di malattia è necessariamente accompagnato da un **aumento di fratture osteoporotiche** (femore, vertebre, omero, radio distale), con aggravio sui costi sia

diretti che indiretti.

In base al tipo di prevenzione che occorre attuare (primaria, secondaria o terziaria) esistono diversi approcci di tipo farmacologico e non. Per la **prevenzione primaria prevalgono gli interventi di tipo non farmacologico**: correzione degli stili di vita e dell'alimentazione, promozione dell'attività fisica e dell'esposizione ai raggi ultravioletti, riduzione o eliminazione di fumo e alcool. Rientrano nella **prevenzione secondaria quei soggetti definiti a rischio dalle indagini strumentali** (ad esempio MOC DXA) o **mediante l'impiego della carta di rischio FRAX™**, che stima il rischio di frattura entro 10 anni. La **prevenzione terziaria, infine, si rivolge a pazienti che hanno già subito una frattura** e, pertanto, sono ad alto rischio di ri-frattura. Ad oggi i farmaci registrati per ridurre il rischio di fratture da fragilità sono i **bisfosfonati (alendronato, ibandronato, risedronato, zoledronato), il raloxifene, il denosumab, la teriparatide e lo stronzio ranelato**. Queste terapie sono rimborsate dal SSN sulla base della **nota AIFA 79** che stabilisce sia le condizioni cliniche, sia il livello di trattamento (prima, seconda o terza linea) di ciascun farmaco. Tutti questi farmaci presentano **specifici profili di tossicità e di utilizzo** che il Medico di Medicina Generale (MMG) deve conoscere in maniera approfondita al fine di individuare la terapia più appropriata per ogni paziente. In questo scenario, appare evidente che il ruolo del MMG è cruciale in tutti i livelli di gestione di questa patologia: dalla individuazione del rischio

alla diagnosi, dalla scelta della terapia al suo monitoraggio nel tempo. Questa analisi, pertanto, si pone l'obiettivo di **fornire il quadro epidemiologico dell'osteoporosi, mediante l'impiego del database HS IMS Health**, in modo da valutare il suo impatto nella pratica clinica della Medicina Generale Italiana.

COSTRUZIONE DEGLI INDICATORI

A partire dalla popolazione attiva al 31/12/2014, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati individuati i **sogetti con diagnosi di osteoporosi** e sono stati calcolati i seguenti indicatori. **La prevalenza (%) di patologia**, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore**: numero di soggetti con una diagnosi di osteoporosi (ICD9CM: 733.0*) nel 2014;
- **denominatore**: numero di individui >14 anni, presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2014.

L'analisi della prevalenza di patologia è stata stratificata per sesso, età e per distribuzione geografica.

La prevalenza (%) d'uso dei farmaci per il trattamento dell'osteoporosi, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore**: numero di soggetti con almeno una prescrizione di Bisfosfonati (ATC: M05BA*), Bisfosfonati in combinazione (M05BB*), Denosumab (M05BX04), Raloxifene (G03XC01), Stronzio ranelato (M05BX03) o Teriparatide (H05AA02) nel 2014;
- **denominatore**: numero di soggetti con diagnosi di osteoporosi (ICD9CM: 733.0*) nel 2013.

RISULTATI DELL'ANALISI

Nella popolazione di 1.095.948 assistiti degli 800 MMG ricercatori HS al 31/12/2014, sono stati identificati 95.356 pazienti con una diagnosi di **osteoporosi**, per una **prevalenza complessiva di 8,7%**. Le stime di prevalenza sono risultate di **molto più elevate nelle donne rispetto agli uomini (15,6% vs. 1,3%)**. Il dato di prevalenza in funzione delle classi di età, mostra un **incremento marcato dopo i 55 anni**, per poi aumentare progressivamente negli anni successivi e raggiungere

il **picco tra i 75 e gli 84 anni per le donne (42,8%) e oltre gli 85 anni per gli uomini (8,1%)**. L'analisi a livello regionale di prevalenza non consente di definire **nessun gradiente geografico** e le Regioni con la più alta prevalenza sono risultate Liguria, Campania, Puglia e Sicilia (11% sul totale della popolazione, e oltre il 19% sul totale delle donne) (**Tabella 1**).

La prevalenza d'uso delle terapie impiegate per l'osteoporosi è stata calcolata all'interno della popolazione di pazienti con diagnosi di questa patologia.

I **farmaci maggiormente impiegati sono risultati i bifosfonati** (16,9% da soli, 6,0% in combinazione), seguiti da denosumab (0,4%), raloxifene (0,2%), stronzio ranelato (0,3%) e teriparatide (0,3%) (**Tabella 2**).

Tabella 1. Prevalenza (%) di osteoporosi al 31/12/2014 nella popolazione attiva del campione degli 800 medici Health Search – IMS HEALTH LPD. Distribuzione per sesso, fasce di età e regione

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Fasce d'età						
15-24	20	0,0	39	0,1	59	0,1
25-34	79	0,1	157	0,2	236	0,2
35-44	163	0,2	672	0,7	835	0,4
45-54	390	0,4	5547	5,3	5937	2,9
55-64	846	1,0	19747	23,5	20593	12,5
65-74	1791	2,7	27052	37,8	28843	20,8
75-84	2339	5,6	24712	42,8	27051	27,1
>=85	1103	8,1	10699	37,1	11802	27,8
Regione						
Piemonte/Aosta	274	0,7	3850	9,8	4124	5,4
Liguria	253	1,5	3608	19,6	3861	11,1
Lombardia	883	1,0	10671	11,8	11554	6,5
Trentino/FVG	208	0,7	3857	11,9	4065	6,5
Veneto	397	1,0	5580	13,3	5977	7,4
Emilia Romagna	409	1,4	6001	17,6	6410	10,1
Toscana	322	1,2	3788	12,7	4110	7,1
Umbria	145	0,9	2358	13,4	2503	7,5
Marche	97	0,7	1625	11,8	1722	6,4
Lazio	566	1,4	8325	18,3	8891	10,5
Abruzzo/Molise	297	1,7	3202	17,2	3499	9,8
Campania	850	1,7	10507	19,4	11357	11,0
Puglia	701	1,8	8352	19,8	9053	11,0
Basilicata/Calabria	373	1,6	4436	17,6	4809	9,8
Sicilia	819	1,7	10052	19,6	10871	11,1
Sardegna	137	1,0	2413	16,6	2550	9,0
TOTALE	6731	1,3	88625	15,6	95356	8,7

Tabella 2. Prevalenza d'uso (%) di farmaci per l'osteoporosi nell'anno 2014, tra i pazienti con diagnosi di osteoporosi nell'anno 2013

Farmaco	N	%
Bifosfonati	15011	16,9
Bifosfonati in combinazione	5306	6,0
Denosumab	328	0,4
Raloxifene	134	0,2
Stronzio ranelato	261	0,3
Teriparatide	237	0,3

IL PARERE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Riflettere su questi dati è molto importante perché da un lato essi ci forniscono immediatamente la dimensione della problematica (8,7% della popolazione sopra i 14 anni), dall'altro evidenziano **l'estrema variabilità del comportamento dei medici, sia verso la diagnosi sia verso le scelte terapeutiche**. La variabilità riscontrabile nei dati nazionali

aumenta ulteriormente se si effettuano osservazioni specifiche di piccoli gruppi di MMG. Infatti, un'analisi dei dati Millewin di 11 MMG operanti nelle città di Senigallia e di Jesi (regione Marche) evidenzia l'estrema variabilità nella diagnosi e nella gestione dei soggetti affetti da osteoporosi (**Tabella 3**). Osservando i dati di questi 11 MMG, colpisce la differenza di prevalenza della patologia (da 3,1% a 9,6%), la diversa percentuale di MOC nelle schede

dei pazienti che hanno avuto una diagnosi di osteoporosi (da 32,5% a 89,1%) e l'estrema variabilità circa la scelta di prescrivere farmaci indicati specificatamente per l'osteoporosi.

Se nel dato nazionale la percentuale di trattati nel 2014 è del 20% circa, nel piccolo campione degli 11 MMG analizzati essa raggiunge valori anche superiori al 60%, **come se si tendesse a classificare la osteoporosi solo quando si decide un trattamento**.

	Paz. in archivio	Paz. con osteoporosi	Paz. con MOC	Paz. con osteoporosi e MOC	Paz con osteoporosi e farmaci M05B
	N	N (% sul tot)	N (% sul totale)	N (% sui pz. con osteoporosi)	N (% sui pz. con osteoporosi)
MEDICO 1	1713	123 (7,2%)	84 (4,9%)	72 (58,5%)	71 (57,7%)
MEDICO 2	1372	91 (6,6%)	74 (5,4%)	55 (60,4%)	57 (62,6%)
MEDICO 3	1693	145 (8,6%)	127 (7,5%)	118 (81,4%)	68 (46,9%)
MEDICO 4	1492	136 (9,1%)	116 (7,7%)	92 (67,6%)	69 (50,7%)
MEDICO 5	1500	125 (8,3%)	76 (5,1%)	75 (60,0%)	81 (64,8%)
MEDICO 6	1240	62 (5,1%)	53 (4,3%)	51 (82,2%)	39 (62,9%)
MEDICO 7	2091	79 (3,8%)	57 (2,7%)	55 (69,6%)	58 (73,4%)
MEDICO 8	1473	80 (5,5%)	26 (1,8%)	26 (32,5%)	48 (60,0%)
MEDICO 9	1295	162 (9,6%)	130 (8,1%)	128 (79,0%)	67 (41,3%)
MEDICO 10	1664	52 (3,1%)	44 (2,7%)	43 (82,7%)	34 (65,4%)
MEDICO 11	1379	83 (6,0%)	81 (5,9)	74 (89,1%)	41 (49,5%)

Tabella 3. Analisi dei dati di 11 MMG della Regione Marche

In teoria, pur essendo possibile formulare una diagnosi di osteoporosi senza MOC, ciò non dovrebbe essere così frequente, come invece sembra emergere da questa analisi. Allo stesso modo è interessante indagare quanto la necessità di osservare i LEA influenzi il ricorso alla MOC e quale sia la dinamica della scelta di intraprendere o meno un trattamento farmacologico.

In questo tipo di analisi, specie quando i dati provengono da medici non tutti sufficientemente addestrati alla compilazione della cartella elettronica, non è mai chiaro se la variabilità osservata

dipenda da carenze formative, dalla scarsa attitudine alla compilazione del dato o, ancora più in generale, da una scarsa attenzione al problema, specie nei riguardi della popolazione più anziana, dove si tende a considerare l'osteoporosi un fenomeno "parafisiologico". Pertanto, le soluzioni a tutto ciò potrebbero risiedere da un lato **nell'organizzare validi corsi di formazione sull'argomento e sulla corretta modalità di registrazione dei dati, dall'altro nell'utilizzo di tecnologie informatiche che permettano l'immissione automatica dell'esame diagnostico (MOC**

nella fattispecie) corredato da codifiche (Tscore e Zscore) identiche per tutti gli attori del sistema. Infatti, avere a disposizione un confronto tra dato strumentale alterato e presenza di una diagnosi appropriata in cartella dovrebbe consentire di governare meglio il problema e guidare la valutazione del MMG circa l'opportunità di iniziare una adeguata terapia.

PER APPROFONDIRE...

- Brandi ML, Michieli R. I casi clinici ci insegnano l'osteoporosi. Serie editoriale Disease Management Società Italiana di Medicina Generale. Pacini Editore Medicina. Link: <http://www.pacinimedica.it/wp-content/uploads/DM-OsteoNOBRAND.pdf>
- Gualano MR, Sferrazza A, Cadeddu C, et al. Epidemiologia dell'osteoporosi post-menopausale nel mondo e in Italia. Italian Journal of Public Health. 2011; 8 (2, Suppl. 2)
- AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). Determinazione n° 589/2015 del 14/05/2015. Modifiche alla Nota 79. Link: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nota-79>

HEALTH SEARCH È... RICERCA INTERNAZIONALE

Epidemiologia dell'anemia sideropenica in quattro Paesi Europei: uno studio basato sulla popolazione in carico alla Medicina Generale

Miriam Levi, Matteo Rosselli, Monica Simonetti, Ovidio Brignoli, Maurizio Cancian, Adriana Masotti, Valeria Pegoraro, Nazarena Cataldo, Franca Heiman, Manuela Chelo, Iacopo Cricelli, Claudio Cricelli, Francesco Lapi

tratto da "European Journal of Haematology"

sito web: [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1600-0609](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1600-0609)

IL CONTESTO

L'anemia sideropenica ogni anno è responsabile di circa 800.000 morti nel mondo, oltre ad essere causa di disabilità fisiche e mentali in bambini e anziani e a determinare una riduzione delle capacità lavorativa degli adulti. Alcune stime riportano che, nei paesi industrializzati, la prevalenza di questo disturbo si aggira tra il 2 e il 5% dei maschi adulti e delle donne in post-menopausa; essa è ancora più elevata (20-34%) tra le donne non in gravidanza nel periodo precedente la menopausa. Le cause di anemia sideropenica sono correlate al sesso e all'età, infatti le principali cause di questo disturbo sono l'eccessiva perdita mestruale nelle donne in età fertile, e le **patologie gastrointestinali negli uomini e negli anziani.**

I segni e i sintomi dell'anemia sideropenica sono spesso sottostimati e trascurati dai pazienti che, pertanto, tendono a non riportarli al proprio medico di medicina generale (MMG). Per tale motivo **un compito fondamentale del MMG, è quello di monitorare attentamente i soggetti a rischio e riconoscere in maniera tempestiva i segni clinici di un'anemia sideropenica**, al fine di ridurne le conseguenze cliniche. Inoltre, il MMG è chiamato a diagnosticare correttamente questa specifica anemia, al fine di impostare la terapia di supplementazione di ferro nel modo più tempestivo e più appropriato possibile.

Infine, occorre sottolineare che gli

studi disponibili sull'epidemiologia della anemia sideropenica sono pochi e, nella maggior parte dei casi, riguardano popolazioni speciali come i pazienti con patologie renali o cardiovascolari. Da qui la necessità di nuovi e ampi studi, rivolti in modo specifico alla popolazione in carico alla Medicina Generale.

LO STUDIO

È stato condotto **uno studio sulla popolazione in carico alla Medicina Generale in quattro Paesi Europei (Italia, Belgio, Germania e Spagna). Per l'Italia i dati sono stati ricavati**

dal database Health Search IMS Health LPD, che raccoglie le informazioni cliniche e di prescrizione di 1.163.855 assistiti di 700

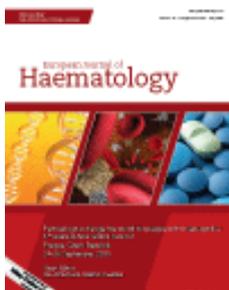
MMG italiani, con dati validati. Per la Germania sono stati impiegati i dati di circa 14.000.000 assistiti di 4.690 MMG, mentre per la Spagna i dati di circa 1.000.000 pazienti di 900 MMG e per il Belgio i dati di 300.000 assistiti di 300 MMG.

All'interno di questi database sono stati ricercati i soggetti con una diagnosi di anemia sideropenica indicata da specifici codici ICD9 e ICD10, nonché tramite specifici valori di emoglobina e ferritina riportati nelle cartelle cliniche

elettroniche.

Considerando tutti i quattro Paesi, **l'incidenza annua è risultata compresa tra il 7,2 e il 13,96 per 1.000 anni-persona. In particolare, nel 2013 in Italia l'incidenza è stata pari a 8,93 per 1.000 anni-persona, mentre la prevalenza del 1,92%.** Tali stime erano più elevate in Spagna e in Germania rispetto a Italia e Belgio. Questo se da un lato può essere dipeso da fattori etnici che differenziano le popolazioni in studio, dall'altro è legato a una maggiore consapevolezza di questo disturbo da parte dei MMG tedeschi e spagnoli. Inoltre, in tutti i Paesi inclusi nello studio, **l'incidenza di anemia sideropenica ha fatto registrare un trend in crescita per tutto il periodo considerato (2002-2013 per l'Italia e 2007-2011 per gli altri Paesi).** Tale dato è certamente dovuto all'aumento della sensibilità dei medici verso questo disturbo, anche a seguito delle campagne operate da enti specifici, come Anemia Alliance a Fondazione Veronesi.

Lo studio dei fattori socio demografici e clinici potenzialmente legati all'anemia sideropenica ha evidenziato che il sesso femminile e un'età molto giovane o molto avanzata sono correlati a un maggior rischio. **Tra i segni e i sintomi connessi a questo disturbo sono emersi: stanchezza, mal di testa,**



xerostomia, irritabilità, alopecia, menometrorragia e gravidanza in atto. Solo nella popolazione della Germania gli utilizzatori di aspirina hanno mostrato un maggior rischio di anemia sideropenica, rischio aumentato anche per gli utilizzatori di FANS solo nelle popolazioni di Spagna e Germania. **Altre variabili associate a questo disturbo sono state: obesità, patologie gastrointestinali (ulcere gastriche e peptiche, esofagiti, coliti ulcerose, ecc.) e aumento della complessità del paziente,** indicato da un aumento del Charlson index.

IL CONTRIBUTO DI HEALTH SEARCH ALLA RICERCA MEDICO-SCIENTIFICA

Lo studio dimostra l'importanza dei database di medicina generale, come Health Search IMS Health LPD, nel generare dati epidemiologici unici e completi. Infatti, quello descritto rappresenta il **primo studio sull'anemia sideropenica condotto su dati della medicina generale di ben quattro Paesi Europei.** Proprio grazie alla completezza delle informazioni contenute nei database di medicina generale è possibile **produrre evidenze che consentono di confrontare diverse realtà e di individuare caratteristiche specifiche dei soggetti a rischio di una determinata patologia.** Infine, solo mediante i dati provenienti dalla cartelle cliniche dei MMG è possibile arrivare a dimostrare che obesità o determinati quadri di comorbidità sono fattori di rischio per disturbi come l'anemia sideropenica.

In generale, è possibile affermare che **strumenti come Health Search IMS Health LPD consentono la partecipazione della medicina generale italiana a studi epidemiologici di rilevanza internazionale,**

con possibilità di confronto tra diverse aree geografiche e con la produzione di nuove evidenze scientifiche, difficilmente ottenibili con altri strumenti.



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



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
SOFTWARE PER LA GESTIONE

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 prestazione dei servizi connessi"

genomedics Millennium
REALIZZATO SU SPECIFICHE 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/IMS HEALTH 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/IMS HEALTH 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.