



SOMMARIO

Epidemiologia e trattamento del tromboembolismo venoso in Medicina Generale

a cura del
Dott. Renato Tulino
pag. 2

Qual è la reale epidemiologia dell'ipercolesterolemia familiare in Italia? Evidenze dal database nazionale di Medicina Generale

tratto da
"International Journal of Cardiology"
pag. 5

Progetti Internazionali e Team Operativo

pag. 6

Come accedere al Database HS per Ricerche, Analisi e Studi

pag. 7

ANALISI IN MEDICINA GENERALE

Epidemiologia e trattamento del tromboembolismo venoso in Medicina Generale

Il tromboembolismo venoso (TEV) è la terza malattia cardiovascolare più comune nei paesi occidentali. Si stima che essa colpisca annualmente 1 caso ogni 1.000 abitanti. I quadri clinici principali del TEV sono la trombosi venosa profonda (TVP) e l'embolia polmonare (EP). Infatti, il TEV origina da una TVP, quando, all'interno di una vena profonda, generalmente del polpaccio, si forma un trombo...



continua a pagina 2

Qual è la reale epidemiologia dell'ipercolesterolemia familiare in Italia? Evidenze dal database nazionale di Medicina Generale

L'ipercolesterolemia familiare (IF) è una malattia ereditaria causata da mutazioni genetiche che provocano un aumento del colesterolo LDL e la comparsa prematura di patologia cardiovascolare aterosclerotica. L'individuazione tempestiva della diagnosi e il conseguente trattamento farmacologico rappresentano il punto cruciale per garantire la sopravvivenza dei pazienti affetti da IF...



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 trattamento del tromboembolismo venoso in Medicina Generale

A cura del Dott. Renato Tulino

PREMESSA

Il tromboembolismo venoso (TEV) è la terza malattia cardiovascolare più comune nei paesi occidentali. Si stima che essa colpisca annualmente 1 caso ogni 1.000 abitanti. I quadri clinici principali del TEV sono la trombosi venosa profonda (TVP) e l'embolia polmonare (EP). Infatti, il TEV origina da una TVP, quando, all'interno di una vena profonda, generalmente del polpaccio, si forma un trombo. L'eventuale distacco di frammenti dal trombo può determinare la formazione di emboli che, tramite le vie venose, possono raggiungere le camere destre del cuore e fermarsi nel circolo polmonare determinando così l'EP che, in base alla percentuale di letto polmonare ostruito, può anche essere fatale. **Nell'ambito della medicina generale il problema principale che pone il TEV è quello di inviare a un centro ospedaliero con urgenza i pazienti per i quali si sospetta questa patologia.** A tale proposito è opportuno impiegare strumenti validati (es. test di Wells) per stimare la probabilità di TVP e, quindi, la necessità di ulteriori test diagnostici. Tuttavia in **diversi casi, ad esempio in presenza di pazienti anziani con multimorbilità, il giudizio clinico del medico di medicina generale (MMG) è l'unica strategia per individuare i soggetti a rischio.** Inoltre, i test diagnostici impiegati per giungere a una diagnosi di TEV (ossia la determinazione del D-dimero, il test ELISA -enzyme-linked immunosorbent assay, l'ecografia e la venografia) spesso non sono disponibili nell'ambito delle cure primarie; pertanto la competenza

del MMG nel riconoscere i soggetti ad alto rischio per inviarli in urgenza a un centro ospedaliero rappresenta il punto cruciale del percorso diagnostico e assistenziale del paziente.

L'anticoagulazione rappresenta la terapia principale per la TVP e ha lo scopo di prevenire l'estensione del trombo e delle recidive, nonché dell'EP. L'inizio della terapia deve avvenire in maniere tempestiva, impiegando le eparine a basso peso molecolare o il fondaparinux. Raggiunta la certezza diagnostica, deve essere iniziata la terapia con anticoagulanti orali che rappresentano il cardine della terapia a lungo termine. La durata della terapia con questi farmaci deve essere stabilita in funzione della presenza di fattori di rischio reversibili (es. allettamento transitorio) o irreversibili (es. allettamento permanente, neoplasia non guaribile, ecc.). Infatti, per i pazienti al primo episodio di TVP secondario a fattori di rischio reversibili è raccomandato un periodo di anticoagulazione di 3 mesi; mentre, quando sono presenti fattori di rischio irreversibili, il trattamento dovrebbe essere proseguito per almeno 6-12 mesi o non deve essere mai interrotto. Infine, per pazienti con 2 episodi documentati di TVP è raccomandato un trattamento senza limiti di tempo, anche se il rapporto rischio/beneficio del trattamento anticoagulante deve essere periodicamente rivalutato. In tale scenario appare evidente che **il tromboembolismo venoso rappresenta un'importante sfida per la medicina generale ed è fondamentale conoscerne**

l'epidemiologia. A tale scopo i dati HS IMS Health LPD consentono di quantificare l'impatto del TEV nella Medicina Generale Italiana.

COSTRUZIONE DEGLI INDICATORI

All'interno della popolazione attiva al 31/12/2014, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, e di età superiore ai 19 anni, sono stati selezionati i **soggetti con diagnosi di tromboembolismo venoso** e sono stati calcolati i seguenti indicatori.

La **prevalenza (%) di patologia** è stata calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti (>19 anni) con una diagnosi di tromboembolismo venoso (ICD9CM: 451*, 415.1*) nel 2014;
- **denominatore:** numero di individui >19 anni, presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2014.

L'**incidenza (x1.000 giorni persona) di patologia** è stata calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti (>19 anni) con una nuova diagnosi di tromboembolismo venoso (ICD9CM: 451*, 415.1*) nel 2014;
- **denominatore:** numero di giorni-persona nell'anno in cui la popolazione (>19 anni) è a rischio dell'evento.

La **prevalenza (%) d'uso dei farmaci anticoagulanti orali** è stata calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti (>19 anni) con almeno una prescrizione di warfarin (ATC: B01AA03) o acenocumarolo (B01AA07) nel

- 2014;
- **denominatore:** numero di individui (>19 anni) con diagnosi di tromboembolismo venoso (ICD9CM: 451*, 415.1*) nel 2013.

Tutte le analisi sono state stratificate per sesso ed età.

RISULTATI DELL'ANALISI

A partire dalla popolazione di 1.077.625 assistiti (>19 anni) degli 800 MMG ricercatori HS al 31/12/2014, sono stati identificati 30.530 soggetti con una diagnosi di tromboembolismo venoso, corrispondenti a una prevalenza del 2,83%. Le stime di prevalenze sono risultate più elevate nelle donne rispetto agli uomini (3,74% vs. 1,83%). L'analisi della prevalenza per classi di età mostra un incremento all'aumentare dell'età, raggiungendo il picco tra gli ultra 90enni (10,09%) (**Tabella 1**).

L'incidenza di TEV è risultata pari a 2,62 x1.000 giorni-persona, con valori maggiori per le donne rispetto agli uomini (3,27 vs. 1,90 x 1.000 giorni persona). Analizzando l'incidenza per le fasce d'età, si osserva un incremento in particolare dopo i 70 anni, sia per i maschi sia per le femmine, raggiungendo il valore massimo dopo gli 80 anni (**Tabella 2**).

L'analisi della prevalenza d'uso di farmaci anticoagulanti orali mostra che il 9,9% dei pazienti con una diagnosi registrata di TEV ha una prescrizione di anticoagulanti orali (warfarin o acenocumarolo) eseguita dal MMG. Tale quota è maggiore tra gli uomini rispetto alle donne (13,41% vs. 8,36%). Inoltre, all'aumentare dell'età aumenta la quota di pazienti con una prescrizione di anticoagulante orale, fino all'età di 90 anni dove si raggiunge la prevalenza d'uso massima (16,26%). Mentre, tra gli ultra 90enni si assiste a un calo

della quota di pazienti che riceve tali farmaci (**Tabella 3**).

Fasce d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
20-50	1490	0,57	3058	1,15	4548	0,86
51-70	3507	2,12	6631	3,79	10138	2,98
71-80	2409	4,31	5397	7,97	7806	6,31
81-90	1697	6,33	5017	10,90	6714	9,22
>90	274	7,52	1050	11,08	1324	10,09
TOTALE	9377	1,83	21153	3,74	30530	2,83

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

Fasce d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	x1000	N	x1000	N	x1000
20-50	165	0,64	303	1,17	468	0,91
51-70	354	2,21	586	3,46	940	2,85
71-80	252	4,78	457	7,02	709	6,02
81-90	167	7,00	407	9,82	574	8,79
>90	0	0,00	2	4,57	2	3,46
TOTALE	938	1,90	1755	3,27	2693	2,62

Tabella 2. Incidenza (x1000 giorni persona) di Tromboembolismo Venoso al 31/12/2014 nella popolazione attiva del campione degli 800 medici Health Search - IMS HEALTH LPD. Distribuzione per sesso e fasce di età

Fasce d'età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
20-50	57	4,27	66	2,4	123	3,01
51-70	321	10,36	237	4,05	558	6,23
71-80	358	17,80	536	11,50	894	13,40
81-90	303	22,26	592	14,29	895	16,26
>90	35	17,33	88	11,47	123	12,69
TOTALE	1074	13,41	1519	8,36	2593	9,90

Tabella 3. Prevalenza d'uso di anticoagulanti orali al 31/12/2014 nei pazienti con diagnosi di Tromboembolismo Venoso nel 2013 del campione degli 800 medici Health Search - IMS HEALTH. Distribuzione per sesso e fasce di età

IL PARERE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Dai dati sopra esposti è evidente l'importante ruolo che il MMG ricopre sia nella diagnosi che nella terapia del tromboembolismo venoso. Al MMG viene richiesta tempestività nell'ipotesi diagnostica e nel primo intervento terapeutico.

Noti i fattori di rischio (fattori ereditari, fattori acquisiti e cause predisponenti), il MMG è in grado di identificare i pazienti che potenzialmente potrebbero andare incontro a tromboembolismo e, quindi, anticiparne il possibile evento. In Medicina Generale il problema non è quello di giungere ad una diagnosi di certezza, ma di selezionare i pazienti da inviare con urgenza in ospedale per eseguire gli opportuni accertamenti.

Le Linee Guida raccomandano di utilizzare strumenti validati per stimare la probabilità di TVP e, quindi, la necessità di ulteriori test; il livello di probabilità pre-test, come sempre, deve essere poi integrato nell'interpretazione dei test stessi. Nel bagaglio professionale del MMG non possono mancare la conoscenza dello Score

di Wells per il sospetto clinico di TVP (Jama 1998; 279: 1094-9), del regolo di Wells (CMAJ 2006; 175(9): 1087-92). Negli ultimi tempi, inoltre sta aumentando l'interesse verso la Compression Ultrasonography (CUS). L'esame consiste nel verificare la completa compressibilità dell'asse venoso a livello inguinale e a livello popliteo. Può essere eseguito in pochi minuti, senza richiedere una grande esperienza in ecografia vascolare, al contrario della valutazione ecodoppler completa che richiede personale qualificato e tempi di esecuzione decisamente superiori. L'assenza di rischi per il paziente, la semplicità di esecuzione, i costi limitati e la discreta accessibilità rendono la CUS particolarmente utile per la diagnosi del tromboembolismo venoso e, recentemente, è stato dimostrato che **i MMG, adeguatamente addestrati nel campo dell'ultrasonografia, possono eseguire ecografie affidabili per aumentare la rapidità e migliorare la qualità della gestione clinica.**

Nel trattamento della trombosi venosa profonda e dell'embolia polmonare si deve utilizzare eparine a basso peso molecolare.

Nel trattamento dell'embolia polmonare è ugualmente efficace l'eparina non frazionata. Seguendo le Linee Guida Annals of Internal Medicine 2007, **il trattamento del tromboembolismo può anche essere effettuato a domicilio, purché il paziente non abbia avuto precedenti episodi tromboembolici, non abbia importante comorbidità e non sia affetto da condizioni trombofiliche.** Il tromboembolismo venoso causato da fattori di rischio transitori deve essere trattato per 3-6 mesi; il tromboembolismo ricorrente per almeno 12 mesi; il tromboembolismo idiopatico per almeno 4 anni. La terapia a lungo termine con eparine a basso peso molecolare è efficace forse più del warfarin, soprattutto nei pazienti affetti da cancro o in quelli in cui il monitoraggio dell'INR è difficoltoso.

PER APPROFONDIRE...

- Filippi A, Laurora NR. **La gestione della trombosi venosa profonda in Medicina generale.** Serie editoriale Disease Management Società Italiana di Medicina Generale. Pacini Editore Medicina. Link: <http://www.pacinimedica.it/wp-content/uploads/La-gestione-della-trombosi-venosa-profonda-in-Medicina-Generale.pdf>
- Consiglio Sanitario Regionale - Regione Toscana. **Linee guida per la profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti ospedalizzati. SNLG 20 Regioni. Aggiornata nel 2015.** Link: <http://www.salute.toscana.it/sst/consiglio-sanitario-regionale.shtml>
- Wells PS, Anderson DR, Bormanis J et al. **Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management.** Lancet 1997;350:1795-8.
- Anand SS, Wells PS, Hunt D et al. **Does this patient have deep vein thrombosis?** JAMA. 1998 Apr 8;279(14):1094-9.
- Scarvelis D, Wells PS. **Diagnosis and treatment of deep-vein thrombosis.** CMAJ. 2006 Oct 24;175(9):1087-92.
- Qaseem A, Snow V, Barry P et al. **Current diagnosis of venous thromboembolism in primary care: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians.** Ann Intern Med. 2007 Mar 20;146(6):454-8.
- Snow V, Qaseem A, Barry P et al. **Management of venous thromboembolism: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians.** Ann Intern Med. 2007 Feb 6;146(3):204-10. Epub 2007 Jan 29.

HEALTH SEARCH È... RICERCA INTERNAZIONALE

Qual è la reale epidemiologia dell'ipercolesterolemia familiare in Italia? Evidenze dal database nazionale di Medicina Generale

Valeria Guglielmi, Alfonso Bellia, Serena Pecchioli, Gerardo Medea, Damiano Parretti, Davide Lauro, Paolo Sbraccia, Massimo Federici, Iacopo Cricelli, Claudio Cricelli, Francesco Lapi

tratto da "*International Journal of Cardiology*"

sito web: <http://www.journals.elsevier.com/international-journal-of-cardiology>

IL CONTESTO

L'ipercolesterolemia familiare (IF) è una malattia ereditaria causata da mutazioni genetiche che provocano un aumento del colesterolo LDL e la comparsa prematura di patologia cardiovascolare aterosclerotica.

L'individuazione tempestiva della diagnosi e il conseguente trattamento farmacologico rappresentano il punto cruciale per garantire la sopravvivenza dei pazienti affetti da IF.

Infatti, se l'IF non viene adeguatamente trattata, abbassando i livelli di colesterolo LDL, si assiste a un 50% di rischio di patologie coronariche tra gli uomini da 50 anni in su e del 30% tra le donne dai 60 anni in su. Nonostante ciò, l'IF risulta spesso sotto-diagnosticata e sotto-trattata.

In Italia, si stima che meno dell'1% dei casi siano adeguatamente riconosciuti, a ciò si associa una gestione sanitaria non uniforme e carente di informazioni sulla modalità diagnostica e terapeutica da seguire. Infatti, la IF dovrebbe essere diagnosticata mediante appositi test genetici e seguendo adeguati criteri diagnostici. Ad oggi il "gold standard" per la diagnosi dell'IF è rappresentato dall'applicazione dei criteri DLCN (Dutch Lipid Clinic Network) che, mediante la combinazione dei valori di colesterolo LDL, l'anamnesi clinica di patologia aterosclerotica prematura (nel soggetto e nei suoi familiari di primo grado) e la presenza di xantoma tendineo e/o arco corneale, consente di stabilire se si tratta di una IF "certa",

"probabile" o "possibile".

Per quel che riguarda il trattamento dell'IF l'ideale per un paziente affetto dalla forma eterozigote sarebbe raggiungere un valore LDL di 70 mg/dl; tuttavia una quota rilevante di pazienti risulta sottotrattata per diversi motivi tra cui: la scarsa consapevolezza di medici e pazienti circa il beneficio del trattamento ipolipemizzante, i problemi di intolleranza delle statine ad alte dosi, la scarsa aderenza al trattamento. In tale contesto si inseriscono i recenti farmaci PCSK9, due dei quali (alirocumab ed evolocumab) indicati proprio per l'IF. Essi potrebbero costituire una valida alternativa terapeutica

per questa tipologia di pazienti, sebbene i loro costi elevati pongono problematiche di sostenibilità del sistema sanitario; pertanto risulta di estrema importanza stimare la quota di potenziali soggetti che potrebbero accedere a queste terapie, indagando la reale epidemiologia dell'IF.

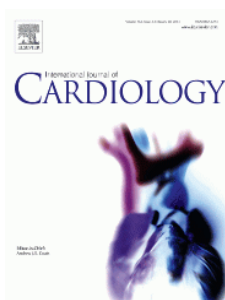
Dalla letteratura emerge che, mentre la forma omozigote dell'IF è rara (1/300.000 a 1/1.000.000), la forma eterozigote risulta più comune, con una prevalenza stimata di 1 caso ogni 500 abitanti. Tuttavia, recenti studi hanno riportato una prevalenza della forma eterozigote ancora più elevata, arrivando a stimare 1 caso ogni 200-300 individui.

Tali discrepanze derivano sia dalle differenti metodologie impiegate (si precisa che **non esiste uno specifico codice ICD9 che identifichi tale diagnosi**) sia da una diversa conoscenza di questa patologia nelle diverse nazioni.

A causa delle difficoltà cliniche e metodologiche connesse allo studio dell'IF, ad oggi non esistono studi sulla sua reale epidemiologia nel setting della medicina generale italiana. Considerando che il ruolo del medico di medicina generale (MMG) è cruciale nell'individuare l'IF, ne deriva che la medicina generale rappresenta il contesto ideale per studiarne l'epidemiologia.

LO STUDIO

Lo studio, nato dalla collaborazione tra la SIMG e l'Università Roma Tor Vergata, aveva lo scopo di individuare la reale epidemiologia dell'ipercolesterolemia familiare, impiegando i dati della medicina generale italiana contenuti nel database Health Search IMS Health LPD. A tale scopo lo studio ha applicato i criteri diagnostici DLCN, considerati il "gold standard" per la diagnosi dell'IF. Poiché l'applicazione di tali criteri risulta molto complessa ed è scarsamente impiegata dai MMG italiani, lo studio ha testato anche la performance di due algoritmi alternativi.



Un primo algoritmo basato su codici ICD9 e un secondo, sviluppato dalla SIMG in collaborazione con la SISA (Società Italiana per lo Studio dell'Aterosclerosi), che consiste in un adattamento dei criteri DLCN alla pratica del MMG italiano e, in una loro semplificazione dei criteri internazionali. Quest'ultimo algoritmo, inoltre, è quello riportato dalla Nota AIFA 13 per il rimborso dei farmaci ipolipemizzanti.

Applicando i criteri DLCN al database HS è emersa una prevalenza di IF pari a 1/10.000 se si considerano solo i casi di IF "certa", mentre se si considerano anche i casi di IF "probabile" tale valore arriva a 1/550. L'algoritmo basato sui codici ICD9 ha stimato, invece una prevalenza di 1/110, e quello della SIMG/SISA una prevalenza di 1/770. La performance di questi due algoritmi è stata valutata confrontando i risultati con quelli ottenuti applicando il DLCN. Tale analisi ha mostrato che l'algoritmo basato sugli ICD9 a fronte di una buona specificità (99.10%), presenta una scarsa sensibilità (10.10%).

Diversamente l'algoritmo SIMG/SISA presenta sia una buona specificità (99.90%) sia una buona sensibilità (85.90%).

Lo studio ha concluso che la prevalenza di IF stimata mediante i dati della medicina generale italiana è in linea con quella di altri studi che hanno analizzato le popolazioni caucasiche. Inoltre, lo studio ha dimostrato che il sistema delle codifiche ICD9, non risponde adeguatamente alle necessità diagnostiche dell'IF e che **l'algoritmo SIMG/SISA, più semplice e più utilizzabile del DLCN da parte del MMG, presenta una buona affidabilità. Pertanto gli autori concludono che l'applicazione di strumenti più maneggevoli per il MMG**

dovrebbe essere incoraggiata al fine di migliorare la diagnosi, e quindi la cura, dell'IF.

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, per la stima dell'epidemiologia di condizioni specifiche e di non facile identificazione quali l'IF.** Infatti, quello descritto rappresenta il primo studio sull'epidemiologia dell'IF condotto nel setting della medicina generale italiana. **Le stime di prevalenza generate dallo studio risultano di vitale importanza, non solo per generare nuove evidenze scientifiche, ma anche per monitorare e programmare la gestione sanitaria e di conseguenza valutare la sostenibilità economica del sistema sanitario.** Il problema della IF, infatti, si inserisce all'interno del più ampio discorso dei costi da affrontare per l'arrivo sul mercato dei nuovi farmaci ipolipemizzanti denominati PCSK9. Solo mediante stime accurate è possibile avere un'idea della quota di pazienti che potrebbero beneficiare di questi nuovi farmaci e conseguentemente guidarne le decisioni regolatorie. Infine, **lo studio sottolinea che solo mediante i dati reali della medicina generale è possibile implementare e testare algoritmi diagnostici di più immediato impiego per il MMG.** Ciò è fondamentale in quanto spesso i metodi diagnostici considerati "gold standard" a livello internazionale non tengono conto delle peculiarità locali, obiettivo raggiungibile mediante i dati generati all'interno di uno specifico contesto assistenziale.

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
 LISTINO PER RICERCATORI
 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.