



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

HS - Newsletter

Health Search

Istituto di Ricerca della S.I.M.G.

(Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)



N.3 VOL.25 MAGGIO-GIUGNO 2018

| | |
|--|---|
| Fibrillazione Atriale: la presa in carico della Medicina Generale e la gestione della terapia anticoagulante a cura del Dott. Antonio Pompeo Coviello..... | 2 |
| Il peso della cronicità e della multicronicità nelle regioni italiane: il contributo della Medicina Generale al Rapporto Osservasalute 2017 A cura del Presidente SIMG Claudio Cricelli e dei ricercatori Health Search..... | 6 |
| Collaborazioni e Progetti Internazionali/Nazionali..... | 8 |
| Health Search Dashboard e Comunicazioni..... | 9 |

ANALISI IN MEDICINA GENERALE

Fibrillazione Atriale: la presa in carico della Medicina Generale e la gestione della terapia anticoagulante

La Fibrillazione Atriale (FA) è un'aritmia sopraventricolare caratterizzata dalla perdita, da parte degli atri, di ogni attività elettrica organizzata, con conseguente perdita della funzione meccanica della contrazione atriale. La forma di FA più diffusa è quella non valvolare (85-90% dei casi), mentre solo una piccola percentuale di pazienti presenta una FA collegata a una malattia valvolare (in genere valvulopatia mitralica).

pag. 2



PUBBLICAZIONI ISTITUZIONALI

Il peso della cronicità e della multicronicità nelle regioni italiane: il contributo della Medicina Generale al Rapporto Osservasalute 2017

Il Rapporto Osservasalute annualmente **fornisce i risultati del check-up della sanità**, corredando dati e indicatori con un'analisi critica sullo stato di salute degli italiani e sulla qualità dell'assistenza sanitaria a livello regionale. Lo scorso aprile è stato presentato la XV edizione del Rapporto, contenente i dati relativi all'anno 2017.

pag. 6



CONTATTI

HEALTH SEARCH (SIMG)

Via del Sansovino, 179 50142 Firenze Italia
Tel: +39 055 494900 Orario: Lunedì - Venerdì 9.00-18.00
E-Mail: info@healthsearch.it Web: www.healthsearch.it

IQVIA (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

Fibrillazione Atriale: la presa in carico della Medicina Generale e la gestione della terapia anticoagulante

A cura del Dott. **Antonio Pompeo Coviello**

Panorama

La Fibrillazione Atriale (FA) è un'aritmia sopraventricolare caratterizzata dalla perdita, da parte degli atri, di ogni attività elettrica organizzata, con conseguente perdita della funzione meccanica della contrazione atriale. La forma di FA più diffusa è quella non valvolare (85-90% dei casi), mentre solo una piccola percentuale di pazienti presenta una FA collegata a una malattia valvolare (in genere valvulopatia mitralica).

La FA si può presentare in pazienti affetti da diverse patologie cardiache e non, e anche in soggetti apparentemente sani. Infatti, essa è asintomatica in oltre un terzo dei pazienti, oppure può manifestarsi con sintomi vaghi non specifici. Pertanto, **si può giungere a una diagnosi di FA solo quando il paziente presenta sintomi e segni rilevanti, quali dispnea, palpitazioni, vertigini/sincope o dolore toracico anginoso, oppure al manifestarsi di complicanze gravi come ictus, fenomeni tromboembolici e scompenso cardiaco.**

Dal punto di vista epidemiologico **la FA è l'aritmia cardiaca più diffusa**, con stime di prevalenza che si attestano tra l'1 e il 3% della popolazione, con un incremento a partire dai 65 anni e un picco oltre l'85esimo anno di età.

L'elevato impatto socio-economico della FA è dovuto all'aumento di mortalità e di morbosità ad essa associato: i pazienti affetta da FA, rispetto a coloro che non ne soffrono, hanno un aumentato rischio di mortalità di 1,5 volte negli uomini e di 1,9 volte nelle donne. Inoltre, i pazienti con FA presentano un aumentato rischio di ictus che, tra i pazienti di 80-89 anni, arriva a 4,5 volte in più rispetto a quelli che non hanno la FA.

Per la prevenzione delle principali complicanze (in particolare ictus ischemico) nella pratica clinica corrente vengono impiegati antiaggreganti o terapia anticoagulante orale (TAO). Tuttavia, la terapia antiaggregante conferisce una protezione inferiore alla TAO, in termini di riduzione del rischio di ictus e, di conseguenza, lo standard terapeutico è rappresentato dalla TAO.

La decisione di porre in TAO o meno un paziente (e con quale farmaco), risulta da un bilancio fra rischio tromboembolico e rischio emorragico, valutati mediante apposite scale di rischio (CHA₂-DS₂-VASc e HAS-BLED risk score) e tenendo conto di eventuali controindicazioni alla TAO, sia assolute (gravidanza, recente emorragia e grave insufficienza epatica), sia relative (non aderenza, alcolismo grave, ecc.).

La TAO classica, basata sull'utilizzo dei farmaci antagonisti della vitamina K (AVK: warfarin e acenocumarolo), è considerata il trattamento standard per la prevenzione del rischio tromboembolico nel paziente con FA non valvolare. La principale criticità di questa terapia risiede nello stretto indice terapeutico che richiede continui aggiustamenti posologici da parte di personale competente e un monitoraggio dei valori di INR. Un secondo aspetto problematico del trattamento con AVK è il rischio emorragico, in particolare emorragie intracraniche, molto temute nei soggetti anziani. Al fine di ovviare agli inconvenienti degli AVK, negli ultimi anni la ricerca si è rivolta verso lo sviluppo di farmaci orali con caratteristiche di sicurezza almeno sovrapponibili e con un meccanismo d'azione che ne renda più semplice la gestione del dosaggio e

ne riduca le interazioni farmacologiche. **Attualmente, sono registrati 4 nuovi anticoagulanti orali (NAO) utilizzabili per la prevenzione dell'ictus ischemico in corso di FA che agiscono come inibitori diretti del fattore II (dabigatran) o del fattore X (rivaroxaban, apixaban e edoxaban).** In generale questi farmaci presentano un profilo farmacodinamico prevedibile e costante, che non richiede un routinario monitoraggio della coagulazione, superando quindi uno dei limiti della terapia con AVK. Tuttavia, in presenza di un certo grado di disfunzione renale, nei pazienti anziani fragili (> 80 anni, sottopeso, con elevato rischio emorragico) e nel caso di interazioni farmacologiche, occorre valutare adeguamenti loro dosaggi.

Da questo quadro emergono con chiarezze le motivazioni alla base dell'aumentato interesse verso questa patologia la cui prevalenza è in crescita a causa dell'invecchiamento della popolazione, di un migliore accesso alle strutture sanitarie e, in ultimo, delle nuove opportunità terapeutiche che si stanno affermando. Anche dal punto di vista organizzativo e assistenziale l'interesse verso la FA è aumentato, soprattutto per le notevoli conseguenze socioeconomiche dovute alle cure, ai ricoveri ospedalieri e alla disabilità ad essa associate. **La figura fondamentale, tra i diversi operatori coinvolti nella gestione del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale (PDTA) della FA, risulta essere il Medico di Medicina Generale (MMG).** Questa figura ha, difatti, le potenzialità per produrre indubbi vantaggi sia in termini di benessere, sia in termini di risparmio per la spesa sanitaria.

La conoscenza dell'epidemiologia di questa patologia nell'ambito della Medicina

Generale risulta fondamentale per impostare strategie di popolazione che ne riducano, in qualche modo, l'incidenza e l'impatto sociale.

In tale panorama, **mediante i dati Health Search (HS), è stato condotto uno studio volto a seguire nel tempo l'impatto della FA nel setting della Medicina Generale italiana, sia in termini di presa in carico, sia di gestione della terapia da parte del MMG.**

Costruzione degli indicatori

All'interno della popolazione attiva negli anni 2013, 2014 e 2015, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

Prevalenza (%) di Fibrillazione Atriale, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti con una diagnosi di Fibrillazione Atriale (ICD9 CM: 427.31) negli anni 2013, 2014 e 2015;
- **denominatore:** numero di individui presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre di ciascun anno.

Per l'anno 2015, tutte le analisi sono state stratificate per sesso, età e regione di residenza.

Prevalenza (%) d'uso dei farmaci antitrombotici, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti con una prescrizione di farmaci antitrombotici (ATC: B01A) negli anni 2013, 2014 e 2015;
- **denominatore:** numero di soggetti con una diagnosi di Fibrillazione Atriale (ICD9 CM: 427.31) in ciascun anno.

L'analisi della prevalenza d'uso dei farmaci è stata condotta sia considerando l'intera classe dei farmaci antitrombotici, sia le diverse tipologie di farmaci appartenenti a tale gruppo.

Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di oltre 1 milione di assistiti degli 800 MMG ricercatori HS negli anni 2013, 2014 e 2015, sono stati identificati 30.875 soggetti con una diagnosi di FA nel 2013, 32.370 nel 2014 e 32.768 nel 2015. **Pertanto, la prevalenza di FA è crescita negli anni analizzati, andando dal 2,7% del 2013, al 2,8% del 2014, fino a raggiungere il 2,9% nel 2015 (Tabella 1).**

La distribuzione della prevalenza per fasce d'età, relativa all'anno 2015, mostra **che la prevalenza di FA cresce all'aumentare dell'età**, in particolare a partire dai 65 anni. In tutte le fasce d'età **gli uomini presentano una prevalenza di patologia superiore alle donne** (M 3,2% vs F 2,7%). Il picco di prevalenza si raggiunge nella popolazione ultra 85enne, sia tra gli uomini (20,3%) che

tra le donne (16,2%) (**Figura 1**).

L'analisi della prevalenza di FA nell'anno 2015 su base regionale (**Figura 2**), mostra che le Regioni con un dato superiore a quello registrato per l'intero territorio nazionale (2,9%) sono: Friuli Venezia Giulia (3,7%), Emilia Romagna e Veneto (entrambe 3,6%), Toscana e Umbria (entrambe 3,5%), Trentino Alto Adige e Liguria (entrambe 3,1%), Abruzzo e Molise (entrambe 3,0%).

La prevalenza d'uso dell'intera classe dei farmaci antitrombotici, negli anni 2013-2015, si attesta tra il 76% e il 77% della popolazione affetta da FA. Osservando le singole categorie terapeutiche, si nota che **gli antiaggreganti piastrinici calano** in maniera rilevante, andando dal 36,5% del 2013 al 31,8% del 2015, così come le eparine (da 16,3% del 2013 a 15,2% del 2015). Tra gli anticoagulanti orali, invece, si nota **un calo degli antagonisti della vitamina K** (da 43,9% del 2013 a 37,6% del 2017) che, comunque, rimangono la classe maggiormente impiegata tra i pazienti affetti da FA. Di contro, negli anni analizzati, si osserva **un aumento di tutti i nuovi anticoagulati orali**, in particolare gli inibitori diretti del fattore X, quali rivaroxaban, apixaban e edoxaban (da 0,4% del 2013 a 9,0% del 2015) e gli inibitori diretti della trombina, ossia dabigatran (da 2,0% del 2013 a 4,8% del 2015) (**Tabella 1**).

Tabella 1 - Prevalenza (%) di Fibrillazione Atriale e Prevalenza d'uso (%) dei Farmaci Antitrombotici nella popolazione attiva del campione degli 800 medici Health Search – IQVIA HEALTH LPD. Anni 2013, 2014 e 2015

| | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
|--|--------|------|--------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Prevalenza di malattia ^a | | | | | | |
| Pazienti con FA | 30.875 | 2,7 | 32.370 | 2,8 | 32.768 | 2,9 |
| Prevalenza d'uso dei farmaci ^b | | | | | | |
| Antitrombotici (B01A) | 23.709 | 76,8 | 24.894 | 76,9 | 24.894 | 76,0 |
| Eparinici (B01AB) | 5.041 | 16,3 | 5.181 | 16,0 | 4.972 | 15,2 |
| Antagonisti Vitamina K (B01AA) | 13.549 | 43,9 | 13.352 | 41,2 | 12.315 | 37,6 |
| Inibitori Diretti Trombina (B01AE) | 630 | 2,0 | 1.230 | 3,8 | 1.573 | 4,8 |
| Inibitori Diretti Fattore K (B01AF) | 136 | 0,4 | 1.421 | 4,4 | 2.960 | 9,0 |
| Antiaggreganti Piastrinici (B01AC) | 11.266 | 36,5 | 11.276 | 34,8 | 10.425 | 31,8 |
| Altri Antitrombotici (B01AX) | 218 | 0,7 | 232 | 0,7 | 227 | 0,7 |

a. Il denominatore è costituito dall'intera popolazione HS attiva al 31 dicembre di ciascun anno

b. Il denominatore è costituito dai pazienti con Fibrillazione Atriale in ciascun anno

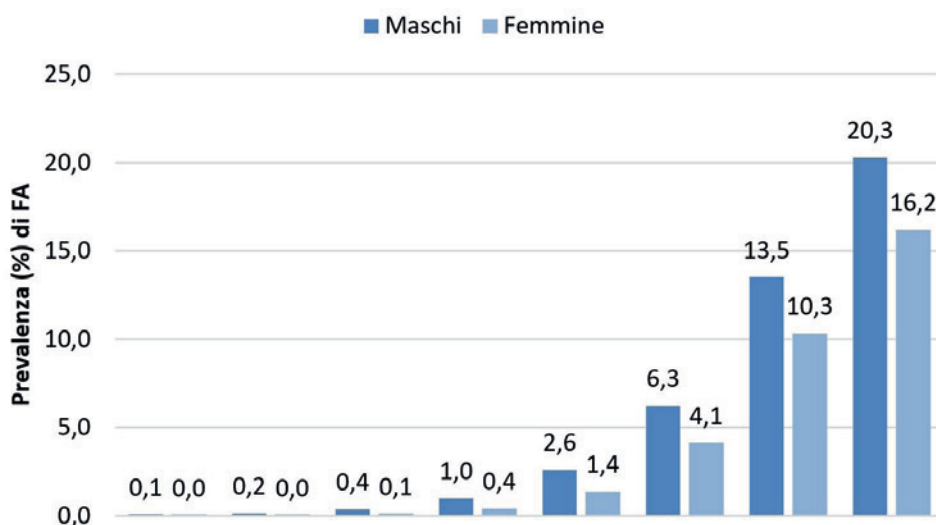
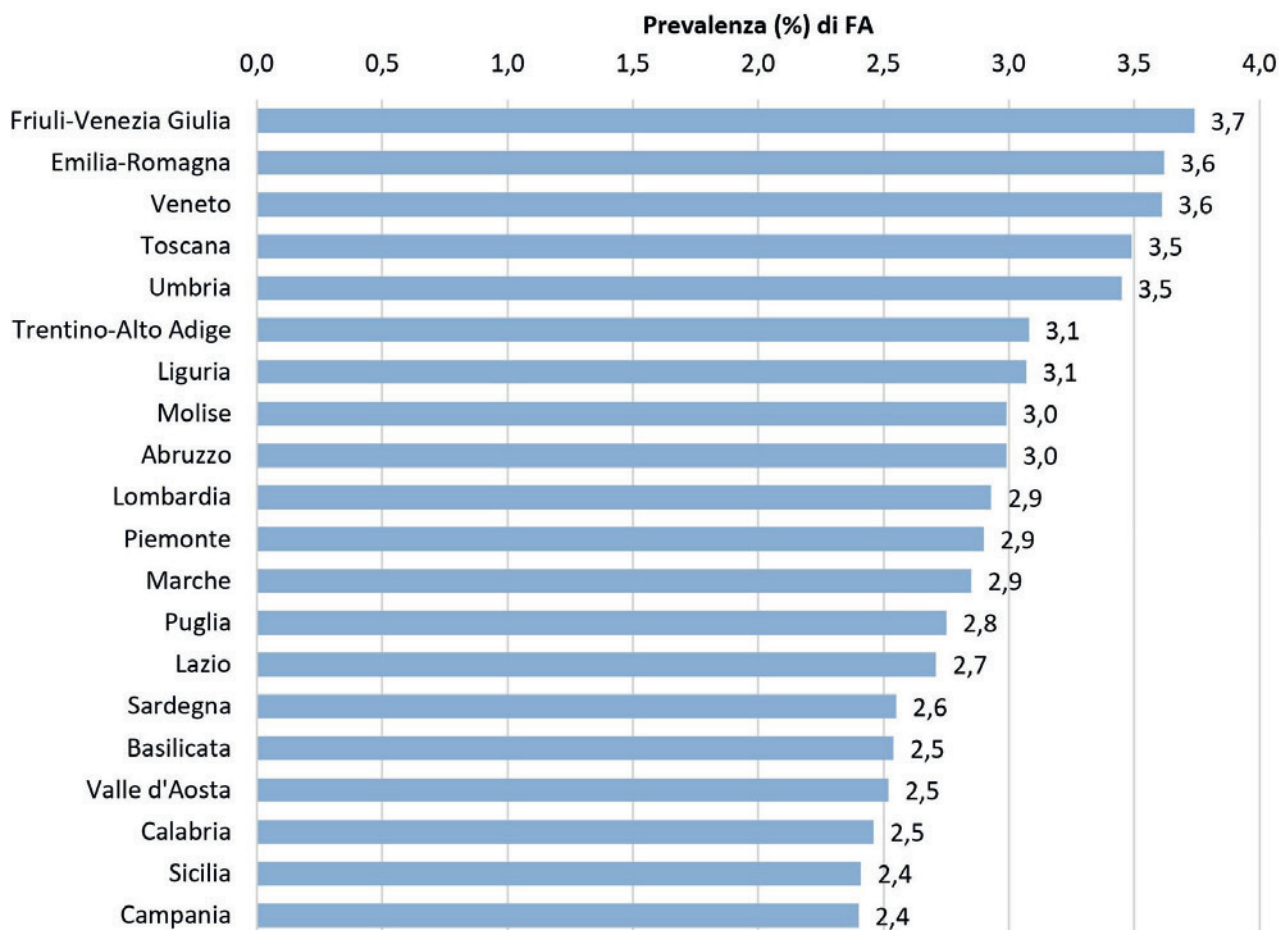


Figura 1 - Prevalenza (%) di Fibrillazione Atriale al 31/12/2015 nella popolazione attiva del campione degli 800 medici Health Search – IQVIA HEALTH LPD. Distribuzione per fasce di età.

Figura 2 - Prevalenza (%) di Fibrillazione Atriale al 31/12/2015 nella popolazione attiva del campione degli 800 medici Health Search – IQVIA HEALTH LPD. Distribuzione per Regione



Il parere del Medico di Medicina Generale

La prevalenza della FA nella popolazione italiana è in costante crescita e i dati di questa analisi ci dicono che è di circa il 3%. Ogni MMG massimalista deve aspettarsi di trovare e gestire mediamente 45 pazienti con FA.

Il trattamento, rispetto ai dati provenienti dallo studio ISAF (Italian Survey of Atrial Fibrillation), condotto nel 2011 dalla SIMG e dall'Associazione Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), è migliorato. Il 76% dei soggetti affetti da FA sono trattati con antitrombotici, tra questi però il 31,8% continua ancora ad utilizzare antiaggreganti

piastrinici invece che TAO (consideriamo che trattare con ASA un paziente con FA significa risparmiare circa 1,2 stroke/anno ogni 100 pazienti, e che trattare con TAO un paziente con FA significa risparmiare 3 stroke/anno ogni 100 pazienti).

C'è ancora una quota importante di pazienti con FA (24%) che risulta non essere trattata con farmaci.

A fronte di un ottimo livello di registrazione dei dati, per quanto riguarda la prevalenza, indubbiamente persistono ancora aree di criticità gestionale, che fanno individuare notevoli possibilità di miglioramento delle performance dei MMG in questo ambito.

È auspicabile che la Medicina Generale

giunga ad elaborare, e metta disposizione di tutti i MMG, un modello gestionale condiviso e validato che, al di là della raccolta dei dati, sia applicabile e utilizzabile tutti i giorni da tutti i medici.

Per questo motivo riteniamo auspicabile e funzionale al perseguimento della qualità gestionale in Medicina Generale la diffusione di questi dati e la prosecuzione di progetti formativi e di verifica delle performance nei riguardi di una condizione, quale è la FA, suscettibile ancora di ulteriori miglioramenti di "outcome" e di ottimizzazione dei costi.

Per approfondire

- Battigelli D, Brignoli O, Ermini G et al. **Fibrillazione Atriale in Medicina Generale**. Serie Editoriale Disease Management, Società Italiana di Medicina Generale, luglio 2013.
- Finazzi G, Palareti G, Filippi A et al. **Guida alla Terapia Anticoagulante Orale per Medici di Medicina Generale**, FCSA – SIMG XI ed. 2012.
- Regione Friuli Venezia Giulia. **La fibrillazione atriale - Terapia NAO: Documento di indirizzo per la gestione del paziente con fibrillazione atriale non valvolare da avviare alla terapia con i nuovi anticoagulanti orali**. Documento Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, gennaio 2014.
- Regione Veneto. **Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale per la gestione della terapia anticoagulante orale (TAO) in pazienti adulti con fibrillazione atriale non-valvolare (FANV)**. Delibera di giunta regionale n. 1374 del 09 settembre 2016.
- Zoni-Berisso M, Filippi A, Landolina M et al. **Frequency, patient characteristics, treatment strategies, and resource usage of atrial fibrillation (from the Italian Survey of Atrial Fibrillation Management [ISAF] study)**. Am J Cardiol. 2013 Mar 1;111(5):705-11.

Il peso della cronicità e della multicronicità nelle regioni italiane: il contributo della Medicina Generale al Rapporto Osservasalute 2017

A cura del Presidente SIMG Claudio Cricelli e dei ricercatori Health Search

sito web: <http://www.osservatoriosullasalute.it/>

Il Rapporto Osservasalute 2017

Il Rapporto Osservasalute annualmente fornisce i risultati del check-up della sanità, corredando dati e indicatori con un'analisi critica sullo stato di salute degli italiani e sulla qualità dell'assistenza sanitaria a livello regionale.

Lo scorso aprile è stato presentato la XV edizione del Rapporto, contenente i dati relativi all'anno 2017. Il Rapporto è il frutto di un network di 197 ricercatori appartenenti a Università, Istituzioni pubbliche e Società Scientifiche, coordinate dall'Istituto di Sanità Pubblica – Sezione di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. In questo panel istituzionale di grande rilievo è presente anche la SIMG che, per il secondo anno consecutivo, ha contribuito attivamente alla stesura di una parte importante del rapporto relativa al problema della cronicità.

Il Rapporto ha rilevato che, nonostante l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi, i conti del SSN sembrano tornati per lo più sotto controllo. Sebbene tali dati dimostrino che il SSN è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa, dall'altro evidenziano che una parte della spesa si è spostata a carico delle famiglie.

Altro risultato importante evidenziato dal Rapporto è che, nel 2017, la speranza di vita alla nascita è tornata a crescere, seppure con le ben note disuguaglianze territoriali, che vedono le Regioni del Mezzogiorno più svantaggiate rispetto al resto del Paese.

Il problema della cronicità e della multicronicità

Gli indicatori presenti nel Rapporto, sono uno strumento utile anche a fotografare la dinamica demografica del nostro Paese che tende verso un progressivo invecchiamento; dinamica strettamente connessa alla sostenibilità del SSN. In tale scenario risulta di cruciale importanza mantenere un



attento monitoraggio della dimensione della cronicità; essa, infatti, è in costante e progressiva crescita, con conseguente impegno di risorse sanitarie, economiche e sociali.

Gli stessi modelli organizzativi stanno evolvendo per poter affrontare questo cambiamento epocale. Infatti questi dovrebbero essere centrati sulle cure territoriali e domiciliari integrate, delegando all'assistenza ospedaliera la gestione dei

casi acuti/complessi non gestibili dagli operatori sanitari delle cure primarie. In tali modelli l'appropriatezza e l'efficacia dell'assistenza sono assicurati dalla "presa in carico" del cittadino, che dovrebbe avvenire sulla base dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) delineati per ogni patologia, sempre tenendo in considerazione le peculiarità di ogni singolo paziente.

Allo scopo di fornire un quadro dettagliato e attendibile della dimensione delle cronicità in carico alla Medicina Generale, la SIMG ha messo a disposizione dell'Osservatorio diverse analisi derivanti dai dati raccolti attraverso Health Search. Queste analisi, partendo da un dato epidemiologico, derivante dai dati real-world delle singole patologie croniche e della loro compresenza (multicronicità), permettono di tracciare il comportamento dei Medici di Medicina Generale (MMG) e di comprendere come vengono trattate le più frequenti patologie croniche.

Il contributo di Health Search al rapporto Osservasalute 2017

All'interno del Rapporto Osservasalute 2017, la SIMG ha curato un capitolo dedicato al problema della cronicità in Medicina Generale intitolato "Dimensione cronica delle patologie in Medicina Generale: le cronicità". Tale capitolo, impiegando i dati della Medicina Generale italiana contenuti nel database Health Search, fornisce le stime di prevalenza e il relativo assorbimento di prestazioni sanitarie proprie delle cure primarie,

relativamente alle principali patologie croniche ad elevato impatto sociale.

Le patologie croniche prese in esame dagli indicatori presentati nel Rapporto sono state: ipertensione arteriosa, ictus ischemico, malattie ischemiche del cuore, scompenso cardiaco congestizio, diabete mellito tipo 2, Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), asma bronchiale, osteoartrosi e disturbi tiroidei (con l'eccezione dei tumori tiroidei). Per ogni patologia è stata calcolata la prevalenza, sia su base nazionale che regionale, e l'assorbimento di prestazioni sanitarie in termini di prescrizioni farmaceutiche, visite specialistiche, accertamenti clinico-diagnostici e contatti con il MMG.

Inoltre, **nel contributo è stato dato particolare risalto al problema della multicronicità che rappresenta l'aspetto più delicato e complesso dei nuovi modelli di governance sanitaria.**

Proprio considerata l'elevata complessità di questo fenomeno, diventa fondamentale riuscire a fotografarlo e poterlo misurare.

La SIMG ha cercato di rispondere a tale sfida, presentando nel Rapporto Osservasalute 2017, sia il dato sul "peso" della multicronicità, sia l'analisi dei fenomeni ad esso associati, quali la politerapia e la difficile gestione da parte del MMG. Infatti, in presenza di più patologie croniche, il ruolo del MMG diventa ancora più cruciale per evitare che si perda la continuità di cura che è minata dalla tendenza dei pazienti con multicronicità a riferirsi a diversi specialisti. Pertanto, risulta comprensibile che i soggetti con multicronicità determinino un maggior carico di lavoro per il MMG, in termini di visite e di richieste di prestazioni di qualsiasi tipo; dalla prescrizione dei farmaci alla richiesta di una visita specialistica.

In tale contesto i sistemi informatici

di gestione delle cartelle cliniche possono fornire un valido supporto al MMG, sia nell'identificazione dei pazienti con multicronicità, sia nel gestire la loro presa in carico in maniera adeguata. Come dimostrato anche da questo contributo di SIMG al Rapporto Osservasalute 2017, **tali sistemi, se adeguatamente interrogati, costituiscono una preziosa e unica fonte di informazioni. Infatti, essi possono fornire risposte ai nuovi bisogni professionali e alle richieste degli amministratori chiamati a progettare i nuovi modelli di governance, con l'obiettivo di fornire la migliore assistenza possibile per i pazienti e, al contempo, garantire la sostenibilità del SSN.**

Collaborazioni e Progetti Internazionali



EMIF - Platform (European Medical Information Framework)

www.emif.eu

La raccolta di informazioni cliniche informatizzate ha conosciuto un forte aumento negli ultimi anni e svariati centri europei hanno creato banche dati contenenti informazioni genetiche e biologiche dei singoli pazienti. Il progetto EMIF (European Medical Information Framework) si pone l'obiettivo di armonizzare informazioni differenti presenti sul territorio europeo, mediante una struttura integrata ed efficiente.



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 IMS LPD, che coprono più di 45 milioni di pazienti provenienti da 5 paesi europei (Italia, Olanda, Regno Unito, Germania e Danimarca).



OCSE PSA Early Diagnosis Project – PSA

www.oecd.org

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 IMS 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.



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 IMS LPD. Tale progetto consentirà di migliorare le conoscenze sulla sicurezza dei farmaci antidiabetici.

Collaborazioni e Progetti Nazionali



CEIS Tor Vergata

www.ceistorvergata.it

Il CEIS Tor Vergata è un centro di ricerca economica istituito presso l'Università di Roma Tor Vergata riconosciuto a livello internazionale. Il CEIS è impegnato a produrre e diffondere ricerca di eccellenza e analisi per la promozione dello sviluppo economico sostenibile, e per ampliare e migliorare le opzioni disponibili per politiche pubbliche a livello nazionale e internazionale.



Istituto Superiore di Sanità

www.iss.it

La collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità ha l'obiettivo di esaminare la natura e l'incidenza delle malattie croniche nella popolazione italiana, in particolare per ciò che concerne le malattie metaboliche (diabete, sovrappeso, obesità) e l'impatto delle malattie cardiovascolari (stroke, infarto e scompenso cardiaco).



ISTAT

www.istat.it

La collaborazione con l'ISTAT prevede lo scambio di informazioni e competenze che consentano significativi avanzamenti nell'analisi e nella comprensione dell'utilizzo dei servizi e dei costi in ambito sanitario e dello stato di salute della popolazione in Italia.



Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane

www.osservasalute.it

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane ha lo scopo di monitorare, secondo criteri di scientificità, l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano attualmente i Sistemi Sanitari Regionali e trasferire i risultati della ricerca ai responsabili regionali, aziendali e alla comunità scientifica nazionale ed internazionale.

Health Search Dashboard è un innovativo strumento di reportistica e analisi epidemiologica basato sul Database Health Search.

La piattaforma offre l'accesso a cruscotti progettati per semplificare il processo esplorativo e abilitare la valutazione multi-dimensionale dei dati. Grazie a numerose funzionalità grafiche interattive (mappe, tabelle, grafici) è possibile analizzare le differenze territoriali, di genere ed età con analisi puntuali e di trend temporale.



Health Search Dashboard

L'accesso è riservato esclusivamente ai Ricercatori Health Search attraverso il sito:

www.healthsearch.it/dashboard



Comunicazioni

Il Team di Ricerca SIMG-Health Search partecipa attivamente allo sviluppo del software MilleGPG.

A voi ricercatori Health Search, Millennium ha dedicato un listino speciale ed esclusivo di tale programma, offrendo licenza gratuita ed il canone ad un costo ridotto del 50% per il 1 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

MilleGPG
Software per la Ricerca

Listino riservato esclusivamente ai Ricercatori Health Search/IMS HEALTH LPD

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/IMS HEALTH LPD 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