



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.6 VOL.25 NOVEMBRE-DICEMBRE 2018

La prevalenza e la gestione del Linfedema nella Medicina Generale Italiana <i>Aurelio Sessa</i>	2
I pattern prescrittivi di allopurinolo e febuxostat sulla base dei criteri di rimborsabilità della Nota AIFA 91 e delle linee guida internazionali: un'analisi del database della Medicina Generale <i>Ettore Marconi, Alessandra Bettiol, Niccolò Lombardi Giada Crescioli, Luca Parretti, Alfredo Vannacci, Gerardo Medea, Claudio Cricelli, Francesco Lapi</i>	6
Collaborazioni e Progetti Internazionali/Nazionali.....	8
Health Search Dashboard e Comunicazioni.....	9

ANALISI IN MEDICINA GENERALE

La prevalenza e la gestione del Linfedema nella Medicina Generale Italiana

Secondo le linee guida Flebo-Linfologiche del 2016, redatte dalla Società Italiana di Flebologia (SIF) e dalla Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (SICVE), **il Linfedema** è definito “una condizione patologica che si manifesta con edema distrettuale ad elevata concentrazione proteica interstiziale, alterazioni degenerative dei tessuti connettivi della cute e del sottocute, frequente riduzione delle funzioni immunitarie e conseguente significativa incidenza di infezioni, interessanti generalmente, ma non in maniera esclusiva, i tessuti molli soprafasciali”.

pag. 2



RICERCA INTERNAZIONALE

I pattern prescrittivi di allopurinolo e febuxostat sulla base dei criteri di rimborsabilità della Nota AIFA 91 e delle linee guida internazionali: un'analisi del database della Medicina Generale

La gotta è la causa più comune di artrite delle articolazioni periferiche, causata dal deposito all'interno e vicino alle articolazioni e ai tendini di cristalli di urato monosodico derivante dagli alti livelli di acido urico circolante (iperuricemia). In Italia si stima che **questa condizione riguardi circa lo 0,9% della popolazione**, con percentuali più elevate tra i maschi ultra 65enni e tra le donne in menopausa.

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

La prevalenza e la gestione del Linfedema nella Medicina Generale Italiana

A cura del Dottor **Aurelio Sessa**

Panorama

Secondo le linee guida Flebo-Linfologiche del 2016, redatte dalla Società Italiana di Flebologia (SIF) e dalla Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (SICVE), **il Linfedema** è definito “una condizione patologica che si manifesta con edema distrettuale ad elevata concentrazione proteica interstiziale, alterazioni degenerative dei tessuti connettivi della cute e del sottocute, frequente riduzione delle funzioni immunitarie e conseguente significativa incidenza di infezioni, interessanti generalmente, ma non in maniera esclusiva, i tessuti molli soprafasciali”. Pertanto, non è corretto considerare questa condizione come un segno o un sintomo, bensì è **una vera e propria patologia cronica causata da un difetto del sistema linfatico, a cui segue un accumulo di linfa nello spazio interstiziale.**

È possibile distinguere tra linfedema primario (o congenito) e secondario (o acquisito), ossia dovuto a cause estrinseche che hanno portato un individuo con sistema linfatico normale verso questa condizione, oppure che hanno scatenato una predisposizione del soggetto stesso. A prescindere dall'eziologia, **alla base di un edema periferico è sempre presente un'insufficienza linfatica**, che può essere dinamica (dovuta ad un'aumentata formazione del fluido interstiziale per motivi extralinfatici) e meccanica (causata da una ridotta capacità del sistema linfatico di riassorbimento e di trasporto).

La diagnosi di linfedema è essenzialmente clinica, e viene successivamente confermata dagli esami strumentali. L'iniziale valutazione medica prevede un'accurata anamnesi ed un attento esame clinico, volto ad

individuare le possibili cause scatenanti o la presenza di una storia familiare. Alla valutazione clinica può seguire il ricorso ad esami strumentali, tra cui la linfoscintigrafia. Questo esame, sebbene sia molto specifico per lo studio del sistema linfatico, non è altrettanto sensibile; pertanto, anche a causa del suo costo elevato, dovrebbe essere considerato un esame di secondo livello.

Per quanto riguarda l'evoluzione malattia, occorre considerare che il linfedema, in assenza di una precoce, adeguata e competente terapia decongestiva, è generalmente degenerativo. Di conseguenza, le più autorevoli linee guida riportano che **il gold standard terapeutico del linfedema è il trattamento fisico conservativo complesso o combinato** (complex decongestive physiotherapy, CDP). **Tale trattamento andrebbe intrapreso immediatamente in modo da scongiurare l'evoluzione della malattia ed evitare le sue complicanze**, che richiederebbero una gestione medica e chirurgica, con inevitabili aggravii sulla spesa sanitaria. A ciò va aggiunto che la presenza di altre condizioni patologiche, in particolare di tipo cardio- e cerebrovascolare, può influire sul decorso della malattia e, quindi, esse devono essere attentamente prese in considerazioni nel percorso del paziente.

Nonostante l'importanza di una diagnosi precoce e di un trattamento fisico/riabilitativo tempestivo, i pazienti affetti da linfedema, giungono spesso tardi alla diagnosi e, frequentemente, non vengono presi in carico mediante la stesura e l'implementazione di un progetto riabilitativo individuale (PRI).

Per garantire un'assistenza adeguata e di qualità del paziente con linfedema è

necessario dotarsi di appositi Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), utili a favorire l'interazione tra i diversi setting assistenziali: ospedale, ambulatorio specialistico e ambulatorio del **Medico di Medicina Generale (MMG).** **Quest'ultimo, infatti, considerando che il fattore tempo è di estrema importanza per questa patologia, è strategico nell'individuazione precoce dei pazienti potenzialmente interessati, nonché nell'indirizzamento degli stessi all'interno di un adeguato percorso clinico e terapeutico.**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che nel mondo i casi di linfedema varino tra 140 e 250 milioni: per metà si tratta di linfedema primario, per un quarto di linfedema successivo ad intervento chirurgico per l'eradicazione di neoplasie maligne (in particolare tumore della mammella) e per il restante quarto si tratta di forme dovute a infestazione parassitaria. In Italia alcuni studi epidemiologici hanno evidenziato che i linfedemi secondari spesso sono localizzati agli arti superiori, sono più frequenti delle forme primarie, il sesso maggiormente interessato è quello femminile e l'età più colpita è quella tra le III e la IV decade di vita. Questi dati, tuttavia, risultano ancora insufficienti per definire l'esatta epidemiologia del linfedema e il suo impatto in termini di salute e di impiego di risorse per il sistema sanitario.

Considerato che per questa condizione occorre ancora fare luce su diversi aspetti, il presente studio si è posto l'obiettivo di fotografare la prevalenza di linfedema e la sua gestione all'interno del setting della Medicina Generale Italiana, impiegando i dati contenuti nel database Health Search (HS) generati dagli stessi MMG.

Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva al 31/12/2016, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

Prevalenza (%) di Linfedema, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti con una diagnosi di Linfedema (ICD9 CM: 457.1x) nel 2016;
- **denominatore:** numero di individui presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2016.

Distribuzione (%) delle visite specialistiche richieste per i pazienti con Linfedema, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di richieste di visite specialistiche (suddivise per le diverse discipline) per i pazienti con una diagnosi di Linfedema (ICD9 CM: 457.1x) nell'anno 2016;
- **denominatore:** numero totale di visite specialistiche per i pazienti con una diagnosi di Linfedema (ICD9 CM: 457.1x) nel 2016.

Distribuzione (%) degli accertamenti richiesti per i pazienti con Linfedema, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di richieste accertamenti (suddivise per le diverse tipologie di accertamenti) per i pazienti con una diagnosi di Linfedema (ICD9 CM: 457.1x) nell'anno 2016;
- **denominatore:** numero totale di richieste accertamenti per i pazienti con una diagnosi di Linfedema (ICD9 CM: 457.1x) nell'anno 2016.

Tutte le analisi sono state stratificate per sesso, età e regione di residenza.

Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di 1.065.065 assistiti degli 800 MMG ricercatori HS attivi al 31/12/2016, **sono stati identificati 4.774 soggetti con una diagnosi di linfedema, per una prevalenza di 0,45%**. La prevalenza di malattia è stata nettamente superiore nelle donne rispetto agli uomini (0,70% F vs. 0,18% M). Inoltre, essa aumenta in maniera costante al crescere dell'età, raggiungendo il picco nella popolazione ultra 85enne, sia femminile (1,72%), sia maschile (0,90%) (Figura 1).

La distribuzione geografica della malattia, evidenzia un gradiente Nord-Sud delle stime di prevalenza. Infatti, fatta eccezione per l'Emilia Romagna (0,54%), la prevalenza aumenta andando dalle regioni del Nord verso quelle del Sud, con i valori più elevati in Puglia (0,75%), Campania (0,66%), Basilicata (0,54%) e Sicilia (0,52%) (Figura 2).

Per ciò che concerne la gestione della malattia, la distribuzione delle diverse tipologie di visite specialistiche richieste evidenzia che, quando il MMG ricorre a uno specialista (116 richieste di visite specialistiche nel 2016 per i pazienti con linfedema), nel 56,1% dei casi richiede una visita fisiatrica, nel 15,5% una visita cardiologica e nel 5,2% una visita chirurgovascolare (Figura 3).

Analizzando la distribuzione delle richieste di accertamenti (480 richieste nel 2016 per i pazienti con linfedema), nel 73,8% si è trattato di esami di laboratorio, nel 24,0% di una richiesta di Rx e nell'1,0% di una richiesta di counselling per la modifica degli stili di vita (Figura 4).

Tutti i risultati di questa analisi sono consultabili e navigabili all'interno della Dashboard Health Search nella sezione "Richieste dei ricercatori HS - Linfedema".

Figura 1. Prevalenza lifetime (%) di Linfedema nella popolazione attiva del campione degli 800 medici HS. Distribuzione per Regione. Anno 2016

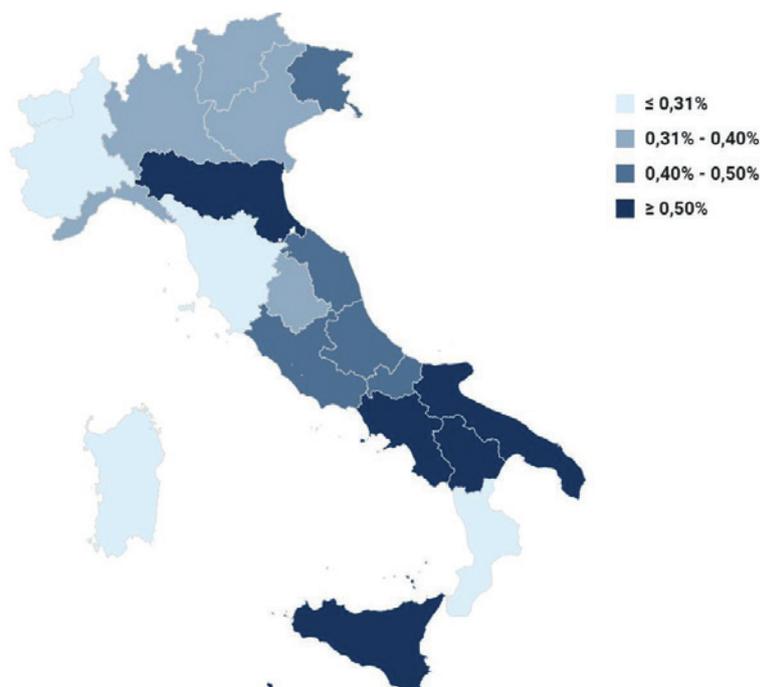


Figura 2. Prevalenza lifetime (%) di Linfedema nella popolazione attiva del campione degli 800 medici HS. Distribuzione per sesso e fasce di età. Anno 2016

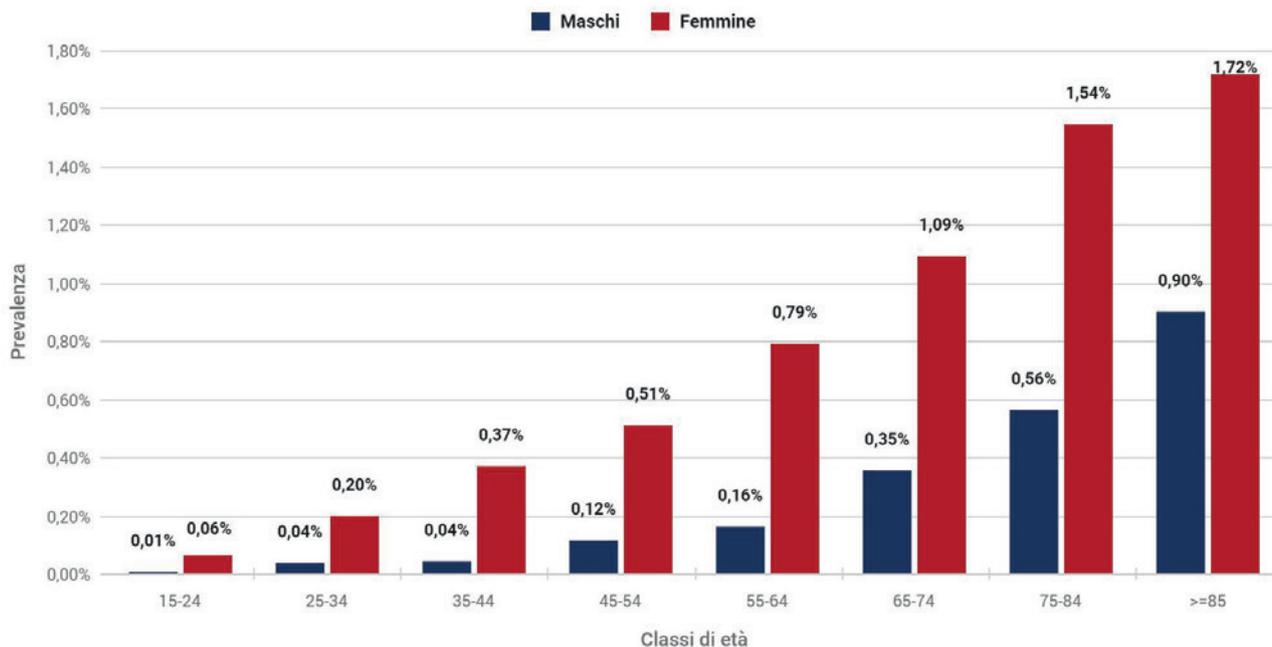


Figura 3. Distribuzione (%) delle Visite Specialistiche richieste per i pazienti con Linfedema in carico agli 800 medici HS. Anno 2016

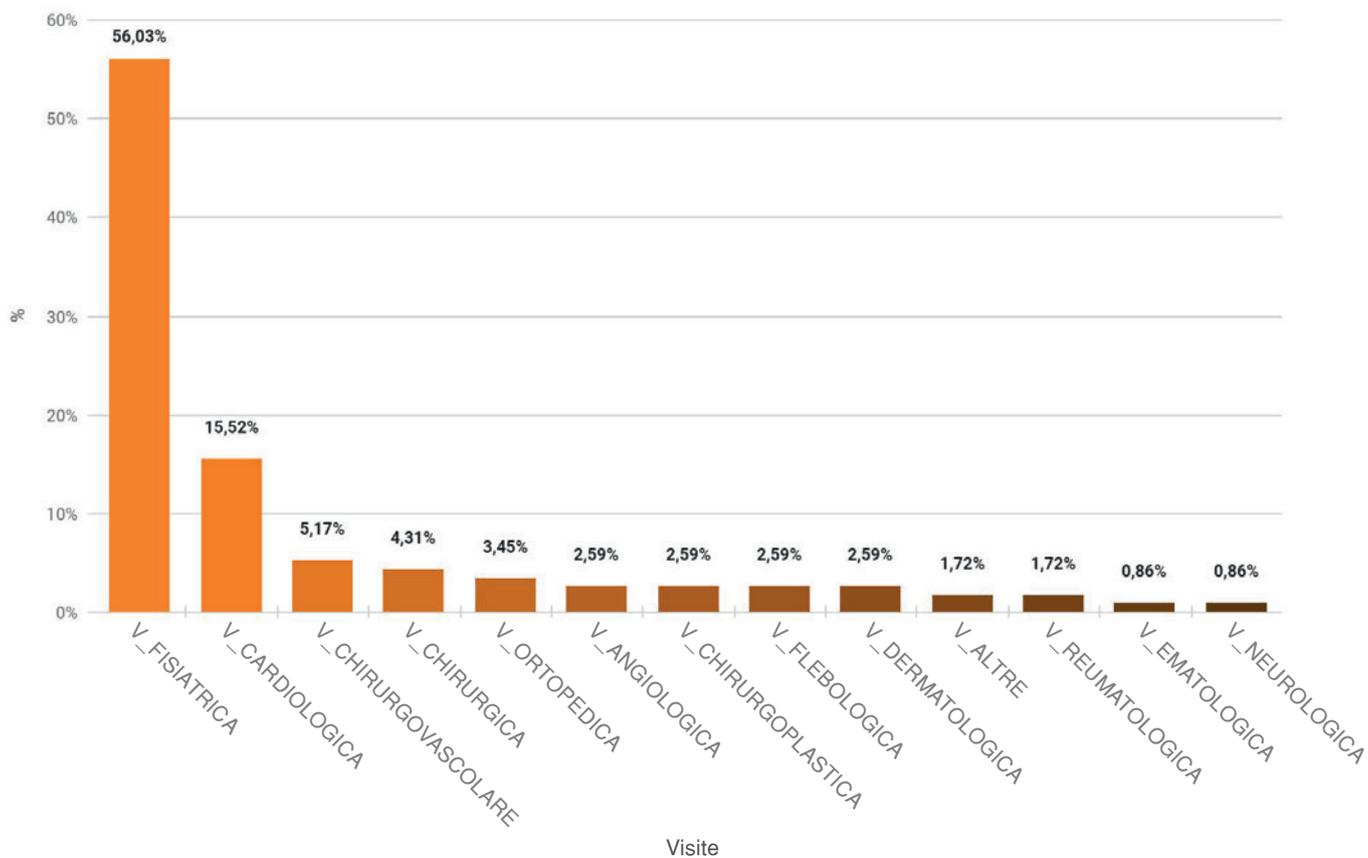
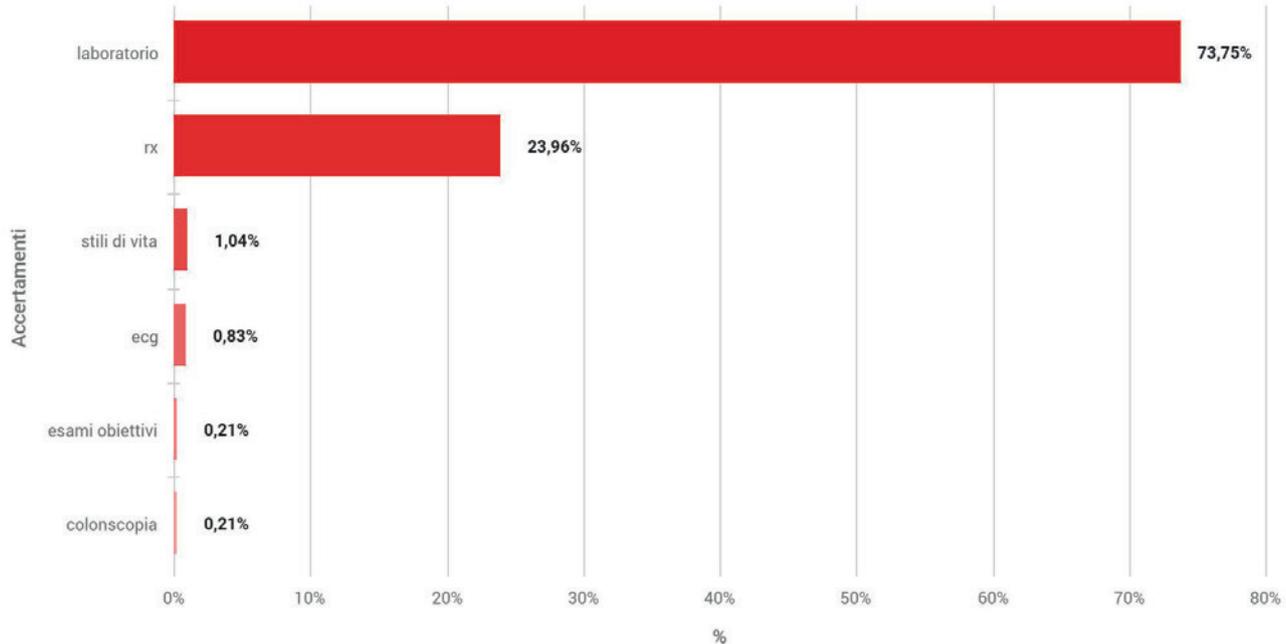


Figura 4. Distribuzione (%) degli accertamenti richiesti per i pazienti con Linfedema in carico agli 800 medici HS. Anno 2016



Il parere del Medico di Medicina Generale

I dati di Health Search indicano che il linfedema è una patologia poco prevalente ed incidente, in cui un MMG con mille assistiti può annoverare da 3 a 5 pazienti con questa diagnosi e un nuovo paziente ogni 3 anni. La maggior parte delle consulenze specialistiche sono in ambito fisiatrico e rivolte a pazienti di sesso femminile; il che denota che i pazienti con questa diagnosi siano nella maggior parte dei casi secondari a neoplasie mammarie trattate con linfadenectomie dei cavi ascellari, che necessitano poi di trattamenti compressivi e drenanti.

Solo una parte delle diagnosi di linfedema è correlata a patologie

specifiche (neoplasia della mammella per il linfedema dell'arto superiore e neoplasia nella regione pelvica per il linfedema degli arti inferiori). Un'altra parte, invece, non è correlata a diagnosi ben definite o ancora in fase di definizione, oppure è risolta senza una diagnosi precisa. C'è poi una parte di linfedemi secondari a patologie in ambito reumatologico (artrite reumatoide o artrite psoriasica), dove il linfedema può essere anche monolaterale. Alcuni casi di linfedemi secondari possono essere presenti in pazienti provenienti da zone endemiche con storia di filariosi.

Fra le visite specialistiche, tra quelle fisiatriche e quelle del chirurgo vascolare, ci sono anche le visite cardiologiche e, nell'ambito delle indagini

biumorali, dopo esami della funzionalità renale e il protidogramma; c'è anche il peptide nautiretico atriale; il che indica che una parte di diagnosi di linfedema non sono tali, ma si tratta probabilmente di edemi degli arti inferiori da insufficienza cardiaca.

Ci si può chiedere quindi se, alla luce di quanto sopra riportato, può essere che venga riportato in cartella una diagnosi di linfedema che non è tale. Pertanto, sarebbe opportuno una definizione clinica di "caso" e conoscere quali sono le indagini "gold standard" per confermarla (linfoscintigrafia?) e sapere anche chi è lo specialista di riferimento, pur riconoscendo che tale problema clinico è multidisciplinare.

Per approfondire

- Ebner H, Stillo F, Lanza G et al. **Linee guida flebo-linfologiche SIF-SICVE 2016 della Società Italiana di Flebologia e della Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare**. Minerva Cardioangiologica 2016 August;64(4 Suppl 2):1-80.
- International Society of Lymphology. **The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2013 Consensus Document of the International Society of Lymphology**. Lymphology. 2013 Mar;46(1):1-11.
- Conferenza Stato-Regioni. **Linee di indirizzo su linfedema ed altre patologie correlate al sistema linfatico**. Repertorio Atti n.: 159/CSR del 15/09/2016.

I pattern prescrittivi di allopurinolo e febuxostat sulla base dei criteri di rimborsabilità della Nota AIFA 91 e delle linee guida internazionali: un'analisi del database della Medicina Generale

Ettore Marconi, Alessandra Bettiol, Niccolò Lombardi Giada Crescioli, Luca Parretti, Alfredo Vannacci, Gerardo Medea, Claudio Cricelli, Francesco Lapi

tratto da *Current Medical Research and Opinion*

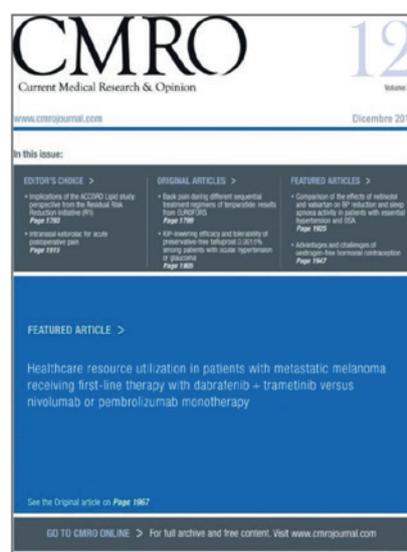
sito web: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03007995.2018.1541315>

Il contesto

La gotta è la causa più comune di artrite delle articolazioni periferiche, causata dal deposito all'interno e vicino alle articolazioni e ai tendini di cristalli di urato monosodico derivante dagli alti livelli di acido urico circolante (iperuricemia). In Italia si stima che **questa condizione riguardi circa lo 0,9% della popolazione**, con percentuali più elevate tra i maschi ultra 65enni e tra le donne in menopausa. I fattori che possono accentuare questo problema clinico risiedono nella presenza di comorbidità (patologie renali e cardiometaboliche), abitudini alimentari (dieta ricca di purine e aumento del consumo di alcol), uso di alcuni farmaci (diuretici, antiipertensivi, ciclosporina e aspirina a basse dosi) e, in rari casi, anche da alcune alterazioni genetiche.

Il **trattamento dell'iperuricemia è volto alla riduzione dei livelli dell'acido urico circolante e prevede l'utilizzo di allopurinolo e febuxostat** (quest'ultimo entrato in commercio nel 2011). **Secondo le linee guida europee** (EULAR - European League Against Rheumatism e BSR - British Society for Rheumatology) **l'allopurinolo dovrebbe essere impiegato in prima linea, mentre il febuxostat dovrebbe essere prescritto solo a seguito del fallimento di una precedente terapia con allopurinolo (seconda linea), o nei pazienti che non possono assumere tale farmaco per presenza di controindicazioni o intolleranze**. Sulla base di queste raccomandazioni, in Italia è in vigore la

Nota AIFA 91 che limita la rimborsabilità a carico SSN di febuxostat "nei soggetti nei quali l'allopurinolo sia controindicato (ipersensibilità nota) o che non siano adeguatamente controllati con allopurinolo o che siano intolleranti ad esso". Queste raccomandazioni configgono con quanto consigliato dall'American College of Rheumatology (ACR) che, invece, pone il febuxostat in prima linea al pari



dell'allopurinolo. **Questa eterogeneità di raccomandazioni, potrebbe generare differenti comportamenti prescrittivi dei clinici, in particolare dei Medici di Medicina Generale (MMG) che sono chiamati a gestire la terapia della gotta sul territorio.**

Lo studio

Allo scopo di descrivere il quadro dettagliato

dei comportamenti prescrittivi dei MMG italiani, in relazione alla scelta tra allopurinolo e febuxostat, **la SIMG, in collaborazione con le Università di Firenze e Perugia, ha condotto un'analisi volta a studiare le caratteristiche dei soggetti che ricevono dal MMG una prescrizione di questi farmaci e studiarne quindi l'aderenza alla Nota AIFA 91 e alle linee guida internazionali**. Analizzando il database Health Search (HS), nel periodo 2011 e 2016, sono stati individuati 44.257 pazienti con una prescrizione di allopurinolo e 5.837 pazienti con una prescrizione di febuxostat. Pertanto, **l'allopurinolo è stato di gran lunga preferito al febuxostat per il trattamento dell'iperuricemia**.

Tra i pazienti in trattamento con febuxostat, il 74% aveva ricevuto il farmaco solo a seguito di una precedente terapia con allopurinolo (seconda linea), mentre il restante 26% come prima linea.

Dei 4.321 pazienti che ricevevano febuxostat come seconda linea, il 91% rispondeva ad almeno uno dei criteri stabiliti dalla Nota AIFA 91. Nello specifico, 3.994 soggetti presentavano livelli di acido urico non adeguatamente controllati, 545 attacchi acuti di gotta e 398 intolleranza o controindicazioni all'allopurinolo. Quindi, **l'iperuricemia è stata la motivazione principale alla base dello switch da allopurinolo a febuxostat**.

Analizzando le caratteristiche dei 1.516 pazienti che avevano ricevuto il febuxostat come prima linea di trattamento, è emerso che tale scelta era stata dettata

dalla presenza di condizioni cliniche quali diabete mellito e ridotta funzionalità renale (riduzione moderata o grave della velocità di filtrazione glomerulare). Entrambe queste condizioni cliniche possono far sì che, per controllare i livelli di acido urico circolante, sia necessario un importante incremento del dosaggio di allopurinolo, con conseguente aumento del rischio di eventi avversi associati a questo farmaco (reazioni cutanee gravi, vasculiti e danni a carico della funzionalità epatica e renale). Sulla base di questi risultati gli autori hanno concluso che i **MMG italiani, quando prescrivono il febuxostat, lo fanno in gran parte in accordo a quanto stabilito dalla Nota AIFA 91. Nella restante quota di prescrizioni di febuxostat che non rientrano nelle limitazioni di tale provvedimento regolatorio, è possibile riconoscere che la scelta prescrittiva è dettata da motivazioni cliniche riportate**

tra le raccomandazioni delle linee guida internazionali.

Il contributo di Health Search alla ricerca medico-scientifica

L'analisi descritta permette di giungere a un quadro dettagliato delle modalità prescrittive di allopurinolo e febuxostat da parte dei MMG italiani; ciò allo scopo di studiare le motivazioni cliniche alla base di una determinata scelta prescrittiva. **È stato possibile condurre questo studio solo grazie alle peculiarità della fonte di dati impiegata; il database HS.** Infatti esso, per ogni singolo individuo, consente di collegare alle informazioni sulle prescrizioni e sulle diagnosi (entrambe appositamente codificate), anche gli esiti degli esami laboratoristici (in particolare i livelli di acido urico circolante), la presenza di comorbidità ed eventuali dettagli clinici riportati nel

diario clinico dal MMG. **Questa variegata tipologia di dati rende il database HS unico sul territorio nazionale italiano e permette di valutare la quota di prescrizioni aderenti a quanto stabilito dalle disposizioni regolatorie e di indagare le reali motivazioni cliniche che sottendono ad eventuali scostamenti dalle stesse.** Di particolare rilevanza è la possibilità di studiare, tramite il database HS, le eventuali intolleranze a un dato trattamento o il mancato raggiungimento del target prefissato (nel caso specifico, il controllo dei livelli acido urico circolante). In conclusione, **questo studio conferma l'estrema utilità del database HS, sia ai fini della ricerca internazionale, sia per le scelte di carattere regolatorio e di valutazione dell'appropriatezza d'uso dei farmaci.**

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.



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 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



Listino riservato esclusivamente ai Ricercatori Health Search SIMG

Licenza d'uso MilleGPG: € 200,00 IVA

GRATUITO

Canone annuo: € 200,00 IVA

€ 100+IVA

Le condizioni economiche sopra indicate sono riservate esclusivamente ai Ricercatori Health Search/IQVIA HEALTH LPD che sottoscriveranno personalmente il "contratto di cessione in licenza d'uso del prodotto software MilleGPG e prestazioni dei servizi connessi"



REALIZZATO SU SPECIFICHE PROFESSIONALI DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE