



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.26 MAGGIO-GIUGNO 2019

Farmacoutilizzazione del glucagone nei pazienti affetti da diabete mellito nella Medicina Generale Italiana. <i>Gaetano d'Ambrosio</i>	2
Differenze di genere nei determinanti dell'anemia sideropenica: uno studio in quattro paesi europei. <i>Miriam Levi, Monica Simonetti, Ettore Marconi, Ovidio Brignoli, Maurizio Cancian, Adriana Masotti, Valeria Pegoraro, Franca Heiman, Francesco Lapi</i>	8
Collaborazioni e Progetti Internazionali/Nazionali.....	10
Health Search Dashboard e Comunicazioni.....	11

ANALISI IN MEDICINA GENERALE

Farmacoutilizzazione del glucagone nei pazienti affetti da diabete mellito nella Medicina Generale Italiana.

L'ipoglicemia è una delle più comuni complicanze acute nei pazienti che soffrono di diabete. Si parla di ipoglicemia quando le concentrazioni del glucosio plasmatico risultano talmente basse da essere dannose per il paziente. Pragmaticamente si utilizza la soglia di 70 mg/dL per definire l'episodio ipoglicemico.



continua a pag. 2

RICERCA INTERNAZIONALE

Differenze di genere nei determinanti dell'anemia sideropenica: uno studio in quattro paesi europei.

Nel 2016, l'anemia sideropenica (IDA) risultava tra le cinque principali cause di disabilità (calcolata come tempo vissuto con disabilità - YLD) e tra le dieci cause con la maggiore prevalenza, con 1,24 miliardi di casi (95% UI 1,21-1,28 miliardi). Questo era particolarmente evidente nei soggetti di sesso femminile, per le quali IDA risultava la maggiore causa di disabilità in 35 paesi.



continua a pag. 8

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

Farmacoutilizzazione del glucagone nei pazienti affetti da diabete mellito nella Medicina Generale Italiana.

A cura del Dott. **Gaetano d'Ambrosio**

Panorama

L'ipoglicemia è una delle complicanze acute più comuni nei pazienti che soffrono di diabete. Si parla di ipoglicemia quando le concentrazioni di glucosio plasmatico risultano talmente basse da essere dannose per il paziente. Pragmaticamente si utilizza la soglia di 70 mg/dL per definire l'episodio ipoglicemico.

L'ipoglicemia, soprattutto nei pazienti in trattamento con insulina, risulta tra i principali fattori limitanti nella terapia del diabete sia di tipo 1 che di tipo 2. Inoltre, influisce in maniera negativa sulla qualità di vita del paziente a qualsiasi età e con qualsiasi forma di diabete. **Nella maggior parte dei casi, si tratta fortunatamente di ipoglicemie lievi; solo in circa il 10% dei casi si osservano episodi gravi con necessità di interventi sanitari tempestivi.**

L'insorgenza di ipoglicemia è caratterizzata da una serie di segni e sintomi legati all'attivazione del sistema simpatico (sintomi autonomici: tremori, ansia, nervosismo, palpitazioni, sudorazione, secchezza delle fauci, fame, pallore) e/o alla sofferenza del sistema nervoso centrale (sintomi neuro-glicopenici: irritabilità, confusione, difficoltà nell'eloquio e nel pensiero, atassia, parestesie, cefalea, convulsioni, coma). Episodi ripetuti di ipoglicemia sono associati a deficit cognitivi nei bambini, ospedalizzazioni ripetute, maggiore incidenza di eventi cardiovascolari e, conseguentemente, aumento dei costi dell'assistenza.

Solitamente la sintomatologia che

accompagna uno stato ipoglicemico è immediatamente avvertita del soggetto diabetico, il quale può quindi agire prontamente. Tuttavia possono esservi differenze significative nella percezione dei sintomi neuroglicopenici. I pazienti diabetici insulino-dipendenti mal controllati percepiscono i sintomi neurologici per valori di glicemia più alta della norma a causa di una down-regulation del sistema di trasporto del glucosio attraverso la barriera emato-encefalica. Per la ragione opposta, i pazienti diabetici trattati con dosi eccessive di insulina presentano una maggiore tolleranza all'ipoglicemia. Inoltre, in alcuni particolari contesti, come nel caso di pazienti anziani, o nel caso di ipoglicemie molto rapide e gravi o nel caso di una insorgenza di ipoglicemia notturna, tali sintomi possono non essere del tutto percepiti.

Le cause dell'ipoglicemia possono essere molteplici. Nella maggior parte dei casi essa compare in soggetti diabetici in terapia con insulina o con sulfaniluree. Fattori predisponenti sono: il perseguire target glicemici molto ambiziosi, l'età avanzata, l'insufficienza renale cronica. Fattori scatenanti: la riduzione dell'apporto di cibo, l'attività fisica intensa, errori nell'assunzione della terapia ipoglicemizzante.

Sulla base della gravità si distinguono tre livelli di ipoglicemia: lieve, moderata e grave (Figura 1).

Nel caso di ipoglicemia lieve il paziente presenta tremori, palpitazioni e sudorazione mentre, nel caso di ipoglicemia moderata, sopraggiunge anche un senso di debolezza e

confusione. In entrambe le tipologie, il paziente è comunque generalmente in grado di autogestirsi. Contrariamente, nell'ipoglicemia grave il paziente presenta un'alterazione dello stato di coscienza con la necessità di un intervento da parte di terzi. **La gravità della sintomatologia è determinata anche dalla rapidità con cui si determina il calo glicemico.**

Nel caso di ipoglicemia lieve-moderata, il trattamento prevede l'ingestione di cibi contenenti glucosio e carboidrati.

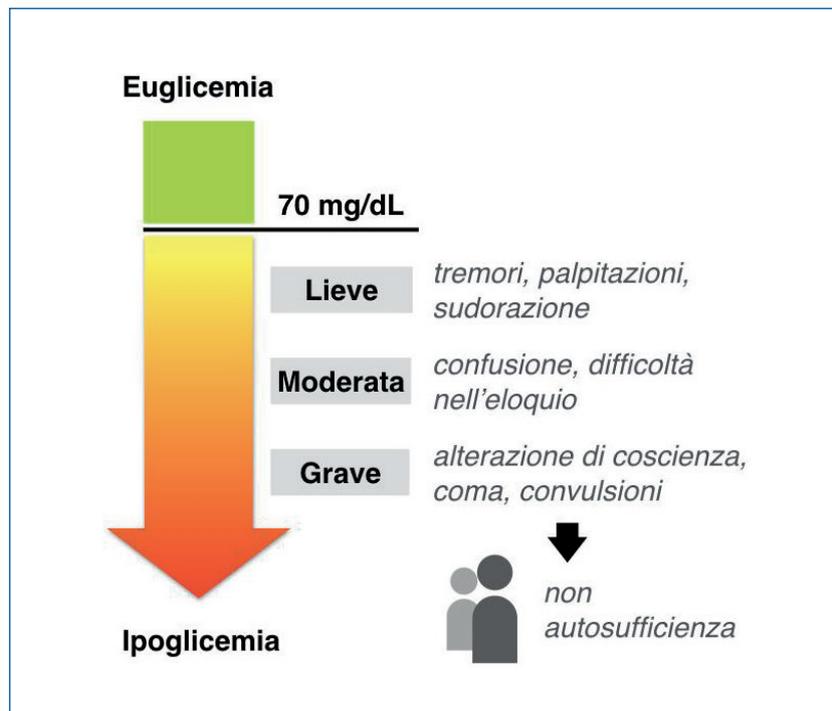
Sono preferibili gli zuccheri semplici, che permettono un assorbimento più rapido e una più facile quantificazione dei livelli di glicemia. In particolare, dovrebbero essere assunti per bocca circa 15 gr di carboidrati, preferibilmente glucosio, e la glicemia dovrebbe essere ricontrollata dopo 15 minuti. Se la glicemia è ancora inferiore a 100 mg/dL si somministrano altri 15 mg di glucosio e si esegue una ulteriore verifica dopo altri 15 minuti. Quando la soglia dei 100 mg/dL è superata, si può sospendere la somministrazione di glucosio ma è necessario eseguire un ulteriore controllo glicemico ancora dopo altri 15 minuti.

Nel caso di una ipoglicemia grave, la complicanza acuta più temibile nei diabetici insulino-trattati, la terapia necessita obbligatoriamente l'intervento di terzi.

Il trattamento di scelta si basa sulla somministrazione endovenosa di glucosio in soluzione ipertonica (dal 20 al 33%). Chiaramente tale procedura richiede la presenza di un accesso venoso e la disponibilità di un operatore esperto.

Una soluzione alternativa consiste

Figura 1. Livelli di gravità dell'ipoglicemia.



nella somministrazione del glucagone alla dose di 1 mg, negli adulti e nei bambini di età superiore ai 12 anni, o di 0,5 mg nei bambini al di sotto dei 12 anni. Questo farmaco è disponibile in siringhe pre-riempite e può essere facilmente somministrato per via intramuscolare o sottocutanea, anche in assenza di personale sanitario, dai familiari del paziente.

Il glucagone è un ormone peptidico che in condizioni normali funge da contro-regolatore rispetto all'insulina. È secreto dalle cellule alfa del pancreas quando la concentrazione ematica di glucosio scende al di sotto di 80 – 100 mg/dL e si lega ai suoi recettori, presenti principalmente sugli epatociti, determinando la degradazione del glicogeno (glicogenolisi) e il conseguente rilascio di glucosio nel sangue che consente di contrastare l'ipoglicemia indotta da insulina.

Per queste ragioni, i pazienti diabetici a rischio di ipoglicemia grave, soprattutto

i diabetici insulino-trattati con elevata variabilità glicemica, dovrebbero poter disporre di una confezione di glucagone e le persone a stretto contatto con essi dovrebbero essere istruite a riconoscere i sintomi dell'ipoglicemia e a somministrare prontamente il farmaco.

Considerando il ruolo centrale svolto dal Medico di Medicina Generale nella gestione e nella presa in carico del paziente diabetico nonché l'importanza che ha il glucagone nella gestione delle ipoglicemie, il presente studio si è posto l'obiettivo di mettere in luce quale sia il livello di utilizzo del glucagone nel setting della Medicina Generale Italiana, analizzando i dati contenuti nel database Health Search (HS) generati dagli stessi Medici di Medicina Generale.

Costruzione degli Indicatori

A partire dalla popolazione attiva al 31/12/2017 con età superiore o uguale

a 15 anni, in carico agli 800 Medici di Medicina Generale del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

Prevalenza d'uso (%) di glucagone nei pazienti con diabete di tipo 1, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con diagnosi di diabete di tipo 1 (ICD9 CM: 250.*1 e 250.*3) antecedente al 2017 ed almeno una prescrizione di glucagone (ATC: H04AA01) nel 2017;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di diabete di tipo 1 (ICD9 CM: 250.*1 e 250.*3) antecedente al 2017.

Prevalenza d'uso (%) di glucagone nei pazienti con diabete di tipo 2, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con diagnosi di diabete di tipo 2 (ICD9 CM: 250*, escludendo 250.*1 e 250.*3) antecedente al 2017 ed almeno una prescrizione di glucagone (ATC:

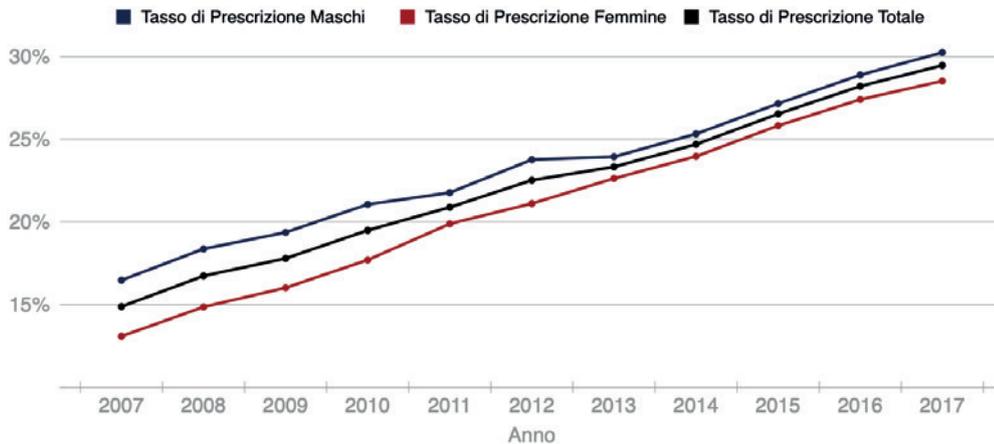


Figura 2. Trend prescrittivo di glucagone per i pazienti con diabete di tipo 1. Anno 2017.

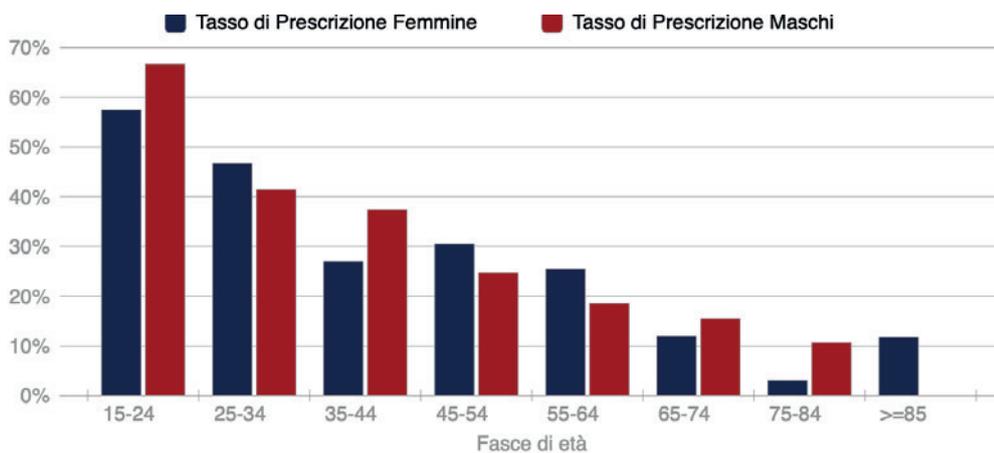
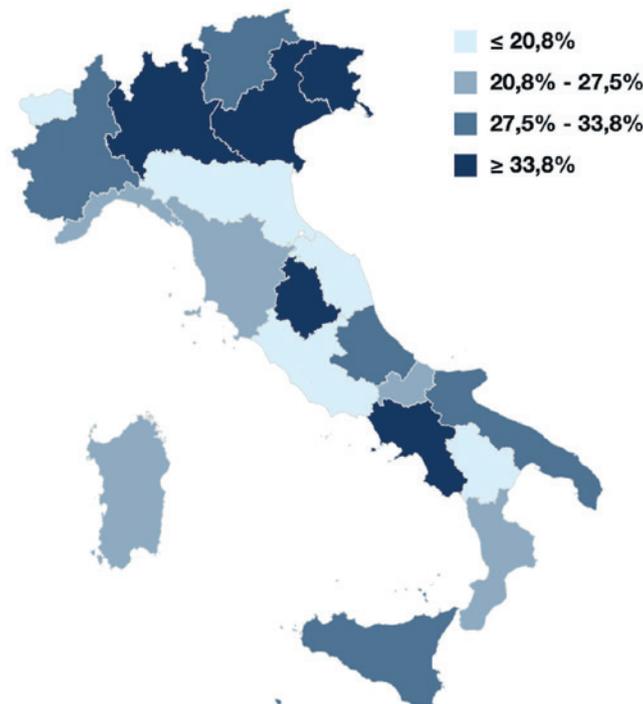


Figura 3. Tasso di prescrizione di glucagone nella popolazione dei pazienti HS con diabete di tipo 1. Analisi per sesso e classi di età. Anno 2017.

Figura 4. Tasso di prescrizione di glucagone nella popolazione dei pazienti HS con diabete di tipo 1. Distribuzione per Regione. Anno 2017.



H04AA01) nel 2017;

- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di diabete di tipo 2 (ICD9 CM: 250*, escludendo 250.*1 e 250.*3) antecedente al 2017.

Tasso di prescrizione di glucagone nei pazienti con diabete di tipo 1, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con diagnosi di diabete di tipo 1 ed almeno una prescrizione di glucagone al 31 Dicembre 2017;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di diabete di tipo 1 nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2017.

Tasso di prescrizione di glucagone nei pazienti con diabete di tipo 2, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con diagnosi di diabete di tipo 2 ed almeno una prescrizione di glucagone al 31 Dicembre 2017;
- **denominatore:** numero di pazienti con una diagnosi di diabete di tipo 2 nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2017.

Tutte le analisi sono state stratificate per sesso, fascia d'età e Regione di residenza.

Risultati dell'analisi

Diabete di Tipo 1

A partire dalla popolazione di assistiti degli 800 Medici di Medicina Generale ricercatori HS attivi al 31/12/2017 sono stati identificati 132 pazienti con una diagnosi di diabete di tipo 1 e con una prescrizione di glucagone nell'anno (2017), per una prevalenza d'uso pari al 6,91% nel 2017.

Considerando il tasso di prescrizione di glucagone al 31 dicembre 2017, emergeva un totale di 571 pazienti (29,46%) con una diagnosi di diabete di tipo 1 ed almeno una prescrizione di glucagone nell'intera storia clinica del paziente. Il trend di prescrizione di glucagone risultava leggermente superiore per i pazienti di sesso maschile (30,25%) rispetto ai pazienti di sesso femminile (28,52%) (Figura 2).

Considerando le varie fasce d'età, si osservava, al 2017, un picco nel tasso di prescrizione di glucagone per la fascia più giovane (15-24 anni), sia per i pazienti di sesso maschile (66,67%) che femminile (57,43%), e un progressivo decremento nelle fasce di età più avanzate (Figura 3).

Dall'analisi sulla distribuzione geografica nell'anno 2017, emergeva un maggior tasso di prescrizione di glucagone

principalmente nelle regioni del Nord Italia (Lombardia 35,4%, Veneto 39,1% e Friuli-Venezia Giulia 40,7%) nonché in Umbria (36,4%) e Campania (45%) (Figura 4).

Diabete di Tipo 2

Analizzando le stesse stime nei pazienti con diabete di tipo 2, emergeva una prevalenza d'uso di glucagone pari allo 0,22%, corrispondente a 165 pazienti affetti da tale forma di diabete.

Valutando il trend di prescrizione di glucagone al 31 dicembre 2017 per i pazienti con diabete di tipo 2, risultava un totale di 905 pazienti (1,13%) caratterizzati da almeno una prescrizione di glucagone, nell'intera storia clinica. Circa il 95% di questi pazienti aveva avuto una prescrizione di insulina o di sulfaniluree nei sei mesi precedenti la prescrizione del farmaco. In questo caso, la stima è risultata leggermente maggiore nelle femmine (1,20%) rispetto ai maschi (1,08%) (Figura 5).

Come per i pazienti affetti da diabete di tipo 1, il picco di prescrizione di glucagone si osservava per i pazienti compresi tra i 15 e 24 anni, per poi decrescere progressivamente nelle fasce d'età più avanzate (Figura 6).

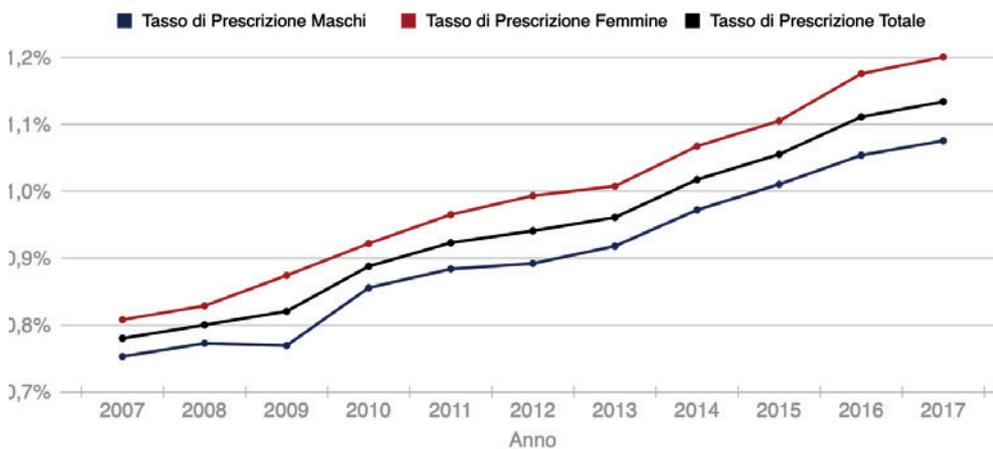


Figura 5. Trend prescrittivo di glucagone per i pazienti con diabete di tipo 2. Anno 2017.

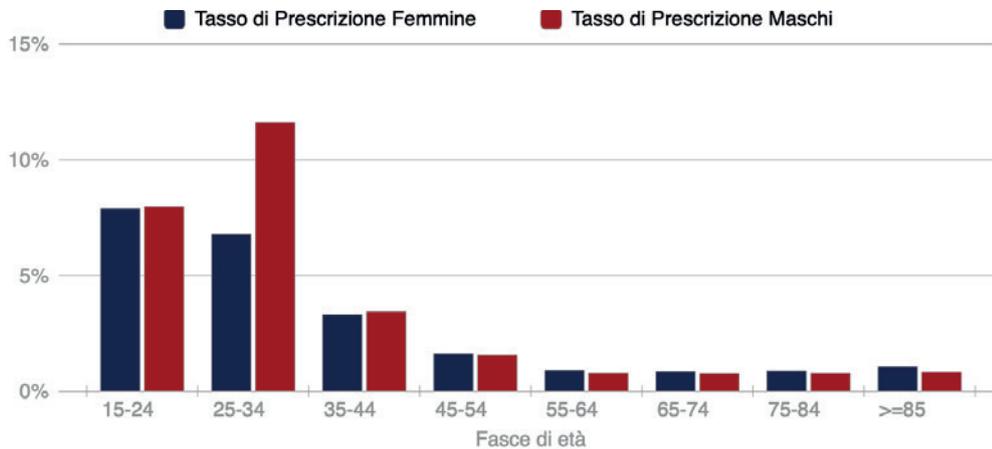
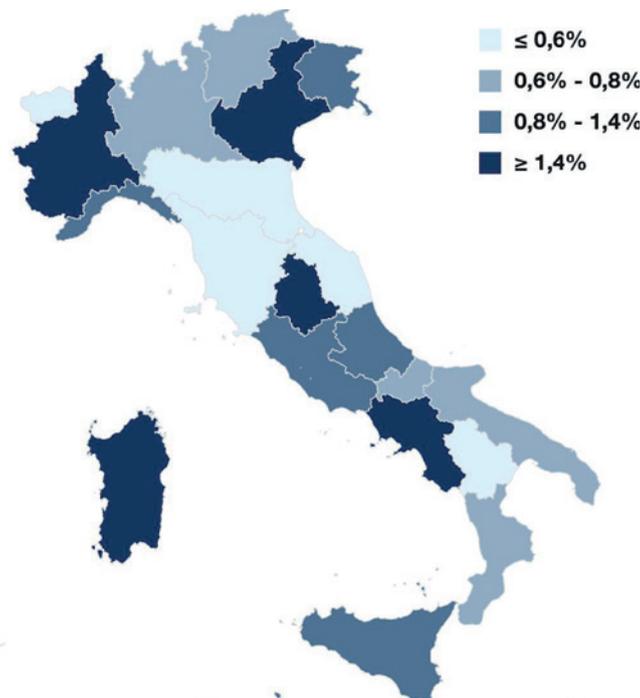


Figura 6. Tasso di prescrizione di glucagone nella popolazione dei pazienti HS con diabete di tipo 2. Analisi per sesso e classi di età. Anno 2017.

Figura 7. Tasso di prescrizione di glucagone nella popolazione dei pazienti HS con diabete di tipo 2. Distribuzione per Regione. Anno 2017.



Dall'analisi per regione, si osservava in questo caso una maggiore prescrizione di glucagone in **Piemonte (1,5%), Veneto (1,7%), Umbria (2,2%), Campania (2,1%)** e Sardegna (Figura 7).

Il parere del Medico di Medicina Generale

I dati di Health Search mettono in

luce una limitata propensione alla prescrizione di glucagone sia nei pazienti con diabete di tipo 1 che di tipo 2.

Come indicato nelle più recenti linee guida, il glucagone rappresenta una arma formidabile per il trattamento delle ipoglicemie gravi.

Questo farmaco, infatti, può essere

facilmente somministrato anche da un familiare, con un minimo grado di preparazione, a differenza delle soluzioni glucosate ipertoniche che invece richiedono la disponibilità di personale qualificato per la somministrazione endovenosa.

Appare, quindi, preoccupante che il farmaco sia disponibile solo per il

30% dei pazienti con diabete di tipo 1 e per poco più dell'1% dei pazienti con diabete di tipo 2. Bisogna tuttavia considerare che tra i pazienti di tipo 2 sono considerati a rischio di ipoglicemie solo i pazienti insulino-trattati e quelli che assumono una sulfanilurea. I dati relativi alle prescrizioni non consentono di riconoscere i fattori che

inducono il sotto-utilizzo del glucagone nei pazienti diabetici. Si può tuttavia ipotizzare che una delle cause del fenomeno possa essere ricercata in una scarsa conoscenza del glucagone come farmaco e che un intervento informativo / formativo sulla gestione delle ipoglicemie possa favorire una migliore gestione di questa temibile

complicanza del diabete e delle conseguenze negative che essa comporta in termini di mortalità, ospedalizzazioni, qualità della vita, costi diretti e indiretti.

Ci auguriamo che la diffusione dei dati di Health Search possa dare un contributo significativo in questa direzione.

Per approfondire...

- Società Italiana di Diabetologia. **Standard italiani per la cura del Diabete Mellito, 2018**
- Kedia N. **Treatment of severe diabetic hypoglycemia with glucagon: an underutilized therapeutic approach.** Diabetes Metab Syndr Obes. 2011; 4: 337–346.
- Seaquist ER, Anderson J, Childs B et al. **Hypoglycemia and diabetes: a report of a workgroup of the American Diabetes Association and the Endocrine Society.** Diabetes Care. 2013 May;36(5):1384-95.

Differenze di genere nei determinanti dell'anemia sideropenica: uno studio in quattro paesi europei.

Miriam Levi, Monica Simonetti, Ettore Marconi, Ovidio Brignoli, Maurizio Cancian, Adriana Masotti, Valeria Pegoraro, Franca Heiman, Francesco Lapi.

Tratto da: *Annals of Hematology*

Sito web: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00277-019-03707-w>

Il contesto

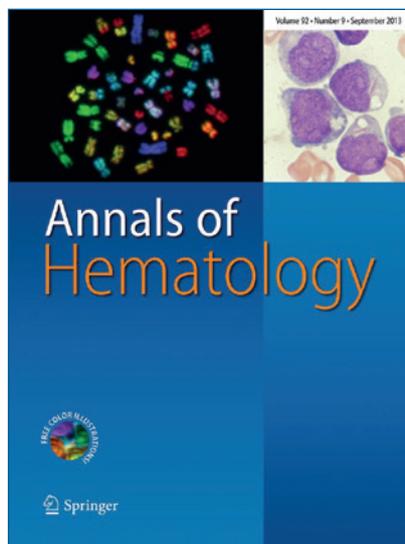
Nel 2016, l'anemia sideropenica (IDA) risultava tra le cinque principali cause di disabilità (calcolata come tempo vissuto con disabilità - YLD) e tra le dieci con la maggiore prevalenza, con 1,24 miliardi di casi (95% UI 1,21-1,28 miliardi).

Questo era particolarmente evidente nei soggetti di sesso femminile, per le quali IDA risultava la maggiore causa di disabilità. Le cause principali di tale patologia sono legate all'età ed al sesso. Nello specifico, le malattie gastrointestinali sono la causa principale di IDA negli uomini e nei pazienti più anziani, mentre nelle donne in età fertile, la causa più frequente è da riscontrare nell'ipermenorrea. Negli Stati Uniti, la prevalenza di IDA era del 5,0% ± 0,4% e 2,6% ± 0,7% rispettivamente per le donne non gravide (dai 15 ai 49 anni) e in gravidanza (di età compresa tra 12 e 49 anni). In Europa, la prevalenza di IDA in donne apparentemente sane in età riproduttiva risultava comparabile tra Danimarca (2,3-4,9%), Norvegia (4,7%), Belgio (3%), Paesi Bassi (4,0%), Finlandia (5,9%), Francia 4,4%), Spagna (3,9%) e Svezia (6,9%). **Nonostante la presenza di numerose pubblicazioni atte a valutare la prevalenza di tale malattia, sono assenti studi che mettono in luce differenze di genere nei determinanti di IDA in Europa.**

Lo studio

Per rispondere a tali quesiti, basandosi su un precedente lavoro svolto da SIMG

su tale tematica, sono stati investigati i determinanti di IDA nelle femmine e nei maschi prendendo in considerazione quattro differenti paesi europei, in particolare Italia, Belgio, Germania e Spagna. L'Italia ha partecipato a questo studio mettendo a disposizione le analisi condotte sul database Health Search IMS Health Longitudinal Patients Database (HSD), che raccoglie



le informazioni di circa 800 medici di Medicina Generale italiani.

Sulla base del numero di anni coperti dai vari database, la popolazione in studio è stata selezionata tra il 1 gennaio 2000 e 31 dicembre 2013 per l'Italia e dal 1 gennaio 2006 al 31 dicembre 2013 per i restanti paesi.

I determinanti di IDA sono stati valutati per la coorte di pazienti a partire dal primo contatto con il loro medico di famiglia tra il 1 gennaio 2002 e il 31 dicembre nel 2012,

mentre per Germania, Spagna e Belgio, tra il 1° gennaio 2008 e il 31 dicembre 2010. Dallo studio emergeva come l'età risultasse fortemente associata all'insorgenza di IDA per entrambi i sessi. Nello specifico, per le femmine si osservava un range di rischio tra il 2.09 (adjusted Hazard Ratio) (95% CI 1.04–4.21) per la fascia di età 85–89 in Spagna fino al 7.94 (95% CI 4.22–14.96) tra i 30 e 34 anni per il Belgio.

Allo stesso modo, nei maschi il rischio di IDA aumentava con l'età a partire dalla fascia d'età compresa tra i 65 ed i 69 anni, con un valore di 1,90 (95% CI 1,25-2,90) per la Germania a 14,96 (95% CI 1,97-113,42) tra pazienti ultra novantacinquenni in Spagna.

Per quanto riguarda i segni e sintomi considerati, nelle femmine la cefalea e l'alopecia risultavano fortemente associate con il rischio di IDA in tutti e quattro i paesi considerati. Diversamente la debolezza fisica risultava associata a IDA in tutti i paesi, tranne che per la Spagna. Per quanto riguarda i pazienti di sesso maschile, la debolezza e la cefalea risultavano associate positivamente con IDA rispettivamente per l'Italia e per la Germania.

Prendendo in considerazione eventuali condizioni concomitanti, emergeva come la gravidanza fosse associata a IDA in tutti e quattro i paesi, così come la metrorragia (escluso il Belgio). Per queste tipologie di pazienti è ben documentata in letteratura l'efficacia derivante dall'utilizzo di supplementi a base di ferro nel risolvere tale

stato carenziale, e di conseguenza migliorarne la sintomatologia. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda l'utilizzo di tali supplementi nelle donne in gravidanza, generalmente 30 mg giornalieri.

L'obesità nel sesso femminile risultava associata a IDA in Germania Spagna e Italia, mentre per il sesso maschile solamente per la Germania e Spagna.

Il paziente obeso è notoriamente associato ad uno scarso assorbimento di ferro dalla dieta, con un conseguente incremento nel fabbisogno e/o una compromissione nel suo assorbimento. Tale condizione è spesso secondaria ad un uso di antiacidi per il controllo del reflusso gastroesofageo, tipico in tali pazienti.

Inoltre, l'obesità comporta nel paziente un continuo stato infiammatorio subclinico, il quale potrebbe giocare un ruolo centrale nell'insorgenza di IDA.

Dallo studio emergeva come i pazienti con malattia caratterizzata da una perdita di sangue o malassorbimento a livello gastrointestinale presentassero un rischio elevato di sviluppare IDA.

Diversamente, solo per la Germania e solo per il sesso femminile, la presenza di protesi valvolari cardiache risultava associata all'insorgenza di tale patologia. Questo è sostanzialmente dovuto al presentarsi di emolisi successiva alla sostituzione valvolare o a causa di una disfunzione della valvola stessa. Inoltre, può essere presente una collisione tra il sangue rigurgitato e l'apparato valvolare.

Per quanto concerne l'utilizzo di farmaci, i pazienti di sesso femminile presentavano un rischio del 13-14% in più di sviluppare IDA rispetto ai non utilizzatori. Nel caso di un utilizzo di FANS, il rischio di insorgenza di anemia risultava opposta in base al paese considerato. **In particolare, considerando i dati italiani, l'utilizzo di FANS risultava inversamente associato all'insorgenza di IDA sia per i maschi [0.93 (95% CI 0.91–0.96)] che per le femmine [0.94 (95% CI 0.90–0.98)];** quindi emergeva come fattore protettivo. **Diversamente, per Germania e Spagna, si evidenziava un rischio tra**

il 15% ed il 31%. Il quale raggiungeva un valore pari al 44% per i maschi in Germania. Questa differenza potrebbe essere spiegata dall'uso di inibitori di pompa-protonica (PPI), tipologia di farmaci molto usata nel nostro paese, e dal loro effetto protettivo in relazione ai sanguinamenti determinati dai FANS.

Al contrario, l'associazione tra aspirina e l'insorgenza di IDA per tutti e quattro i paesi, è mediata probabilmente dal suo utilizzo in prevenzione cardiovascolare.

Analogamente, **anche l'uso di antiacidi/farmaci antiulcera o per il reflusso gastroesofageo, risultava associato all'insorgenza di IDA per tutti e quattro i paesi considerati, tranne che per l'Italia.** La produzione di acido gastrico modificata da tali farmaci è di fondamentale importanza nell'assorbimento intestinale di ferro. Inoltre, **la scarsa associazione emersa in Italia, è probabilmente da implicare al frequente uso concomitante di PPI e FANS, con la conseguente diminuzione di eventi emorragici gastrointestinali.**

Infine, valutando il livello di comorbidità sulla base del Charlson index, emergeva un crescente aumento nel rischio tra l'insorgenza di IDA ed il punteggio del suddetto score. In particolare, considerando i pazienti di sesso femminile, per tutti e quattro i paesi, si osservava un incremento di rischio di IDA dal 39% fino al 94% in più per le pazienti con Charlson index >2, rispetto ai pazienti con un punteggio di zero.

Tale associazione risultava ancora più forte nei pazienti di sesso maschile, soprattutto per il Belgio [2.28 (95% CI 1.63–3.19)], la Germania [2.10 (95% CI 1.89–2.34)] e la Spagna [2.04 (95% CI 1.79–2.32)].

In conclusione, i risultati di tale studio possono aumentare la consapevolezza e la conoscenza nei Medici di Medicina Generale sui fattori di rischio di IDA. In tal senso, il Medico di Medicina Generale dovrebbe spronare soprattutto le donne in età fertile ad aderire al meglio possibile a quelle che sono le indicazioni sull'assunzione di ferro e monitorarne in maniere regolare

i livelli.

Il contributo di Health Search alla ricerca medico-scientifica

Lo studio mette in luce la rilevanza scientifica del database Health Search che al pari di altri database, come quelli presenti in tale studio, viene frequentemente impiegato per condurre analisi real world di grande rilevanza clinica ed epidemiologica.

Difatti, solo attraverso l'utilizzo di dati clinici oggettivi (spese sanitarie effettive, diagnosi delle malattie croniche, risultati dei test, prescrizioni di farmaci, test diagnostici ambulatoriali, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri) e di buona qualità raccolti per un ampio campione della popolazione, è possibile andare ad analizzare e condurre tali tipologie di studi.

In questo modo, **i dati del mondo reale ed in particolare della Medicina Generale, posso essere usati così da mettere in luce i determinanti di tale patologia ed aiutare il Medico di Medicina Generale nella gestione e identificazione di tale paziente durante la pratica clinica quotidiana.**

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