



HS-Newsletter

Health Search, istituto di ricerca della S.I.M.G.
(Società Italiana di Medicina Generale)



SOMMARIO

Analisi del mese...

Le cefalee nella Medicina Generale Italiana: prevalenza di malattia e percorsi diagnostico-terapeutici

Con quale frequenza il problema "mal di testa" viene riferito dai pazienti o indagato dai MMG durante le consultazioni? Al riguardo, i dati della Medicina Generale (Health Search) riferiti agli anni 2001 e 2006 indicano una bassa percentuale di registrazione di diagnosi di emicrania e cefalea (rispettivamente, 1,4%-1,8% per emicrania e 4,4%-5,8% per cefalea) a fronte di dati di prevalenza di letteratura del 12,7% per l'emicrania e percentuali maggiori anche se notevolmente variabili per la cefalea...

continua alle pagine 2-5

Analisi del mese

Le cefalee nella Medicina Generale Italiana: prevalenza di malattia e percorsi diagnostico-terapeutici

a cura del Dott. Francesco Mazzoleni

Ultima pubblicazione HS

Effetti di un sistema decisionale computerizzato nel miglioramento della gestione farmacologica dei pazienti con elevato rischio cardiovascolare: un trial controllato in aperto con randomizzazione per cluster

tratto da Health Informatics Journal

Progetti Internazionali e Team Operativo

Come accedere al Database: ricerche ed analisi

Ultima pubblicazione HS...

Effetti di un sistema decisionale computerizzato nel miglioramento della gestione farmacologica dei pazienti con elevato rischio cardiovascolare: un trial controllato in aperto con randomizzazione per cluster

Questa pubblicazione riporta i risultati dello studio REMIND, finanziato dall'Agenzia Italiana del Farmaco, che ha coinvolto diversi medici di medicina generale (MMG) appartenenti al network Health Search. Lo studio ha valutato gli effetti di un sistema decisionale computerizzato (computerized decision support system, CDSS), integrato nel software Millewin®, nel migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci per la prevenzione cardiovascolare in soggetti a rischio.

continua alla pagina 6

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

CEGEDIM STRATEGIC DATA

Assistenza Tecnica
Numero Verde: 800.199.846
Orario: Lunedì - Venerdì 10.30-12.30,
14.30-17.00
E-Mail: medici.thales@cegedim.com

Analisi del mese

Le cefalee nella Medicina Generale Italiana: prevalenza di malattia e percorsi diagnostico – terapeutici

Premessa

Con quale frequenza il problema "mal di testa" viene riferito dai pazienti o indagato dai MMG durante le consultazioni? Al riguardo, i dati della Medicina Generale (Health Search) riferiti agli anni 2001 e 2006 indicano una bassa percentuale di registrazione di diagnosi di emicrania e cefalea (rispettivamente, 1,4%-1,8% per emicrania e 4,4%-5,8% per cefalea) a fronte di dati di prevalenza di letteratura del 12,7% per l'emicrania e percentuali maggiori, anche se notevolmente variabili, per la cefalea (83,5% per la cefalea episodica sporadica e al 21,6% per la cefalea episodica frequente).

Che le cefalee siano un problema sottostimato da medici e pazienti è dimostrato dai dati dello studio METEOR (Migraine Epidemiology-Therapy and Economics: an Outcome Research), condotto sulla popolazione di pazienti in carico alla Medicina Generale. In questo studio veniva attivamente indagata la presenza di emicrania in tutti i pazienti che, per vari motivi, afferivano agli ambulatori dei MMG per cinque giorni consecutivi in due settimane mediante la somministrazione di un questionario mirato, coinvolgendo 71.600 pazienti e 900 MMG in tutto il territorio nazionale. Questo lavoro ha confermato che l'emicrania è una patologia sommersa che, se sistematicamente ricercata, raggiunge una prevalenza dell'11,6%, dato che corrisponde a circa 6.522.000 persone che soffrono di questo disturbo, percentuale molto vicina a quella di letteratura.

Nonostante le cefalee primarie non abbiano alcuna influenza sull'aspettativa di vita, le conseguenze per l'individuo e per la società sono considerevoli, sia in termini di costi diretti e indiretti (es. perdite di giornate lavorative), sia di ripercussioni negative sulla qualità di vita.

Poiché i pazienti con cefalea spesso si rivolgono al MMG prima di consultare uno specialista, egli rappresenta la figura chiave nella corretta identificazione e gestione dei pazienti con questo disturbo.

Per una buona gestione del paziente affetto da cefalea è fondamentale, innanzitutto, formulare una corretta diagnosi e quindi avere una buona conoscenza dei criteri diagnostici basati sulla classificazione della International Headache Society (IHS). Tale classificazione prevede una struttura di tipo gerarchico in cui tutti i disordini cefalalgici vengono distribuiti in gruppi principali (primo livello, es. "Emicrania"), che sono a loro volta suddivisi una, due o tre volte in vari tipi, sottotipi e sottoforme (secondo livello, es. "Emicrania con aura", terzo livello, es. "Aura tipica con cefalea emicranica"). Il MMG è chiamato in primo luogo a distinguere le cefalee primarie (forme in cui il mal di testa rappresenta allo stesso tempo il sintomo e la malattia) da quelle secondarie (casi in cui la cefalea è il sintomo di una patologia organica sottostante). Le principali forme di cefalea primaria sono rappresentate dall'emicrania, dalla cefalea di tipo tensivo e dalla cefalea a grappolo. Per le forme primarie, la diagnosi a tutt'oggi è basata prevalentemente sulla raccolta anamnestica dei sintomi e sull'esecuzione dell'esame obiettivo generale e neurologico. Le indagini strumentali, quali la Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) o la Risonanza Magnetica (RM), possono essere invece utili, in presenza di un sospetto concreto, per escludere cause secondarie.

Il trattamento sintomatico e preventivo delle cefalee primarie si avvale dell'impiego di numerosi farmaci le cui modalità d'uso sono definite in diverse linee guida non sempre concordi tra loro. E' possibile suddividere i trattamenti in due categorie: farmaci per il trattamento sintomatico del dolore (assunti durante l'attacco allo scopo di bloccare la sintomatologia) e farmaci preventivi (assunti regolarmente per ridurre la severità e la frequenza degli attacchi). Tra i trattamenti sintomatici si annoverano i farmaci antiinfiammatori (FANS e aspirina), il paracetamolo, i triptani, l'ergotamina e i suoi derivati, gli oppioidi e i glucocorticoidi. Mentre, sono considerati trattamenti profilattici gli antidepressivi (SSRI e triciclici), gli antiepilettici, le benzodiazepine, i beta-bloccanti, i calcio antagonisti e gli ACE-inibitori. Data la diversità di tutte queste categorie terapeutiche (in termini sia di benefici, sia di possibili effetti indesiderati), la scelta per un terapia adeguata della cefalea non può prescindere, oltre che dalla frequenza e dalla severità degli attacchi, anche dalle condizioni cliniche del soggetto e dalle sue comorbidità.

Il presente studio, pertanto, ha lo scopo di fornire un dato di prevalenza aggiornato delle cefalee nella medicina generale italiana, con una particolare attenzione alla diversità delle diagnosi eseguita dal MMG e dai percorsi diagnostico-terapeutici da lui attivati.

Metodi

Sono stati considerati eleggibili per lo studio i pazienti in carico presso i 700 MMG del network Health Search (HS) "validati" per la qualità del dato registrato, ≥ 14 anni e attivi al 31 dicembre 2013.

A partire da tale popolazione di riferimento, sono stati individuati i soggetti con una diagnosi di cefalea o emicrania. La prevalenza (%) di questi disturbi è stata calcolata nel modo seguente:

[numeratore] numero di soggetti con diagnosi di cefalea o emicrania (ICD9-CM 784.0x, 346.9x, 307.81, 346.0x e 346.1x);

[denominatore] numero di assistiti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attiva al 31 dicembre del 2013.

Analisi del mese

Tra i soggetti affetti da cefalea o emicrania, mediante l'analisi della richiesta di accertamenti, è stata valutata la quota di soggetti per i quali il MMG aveva richiesto una visita neurologica, una TAC dell'encefalo con e senza contrasto e una RM del cervello e del tronco encefalico:

[**numeratore**] numero di soggetti con almeno una richiesta di accertamento tra quelli elencati sopra;

[**denominatore**] numero di soggetti con diagnosi di cefalea (ICD9-CM 784.0x) o emicrania (ICD9-CM 346.9x) al 31 dicembre 2013.

La prevalenza d'uso dei trattamenti farmacologici tra i soggetti affetti da cefalea o emicrania è stata valutata nel modo seguente:

[**numeratore**] numero di soggetti con almeno una prescrizione dei seguenti ATC: M01-Antinfiammatori e Antireumatici, C07-Beta bloccanti, N05BA-Benzodiazepine, N06AB-SSRI, N02BE01-Paracetamolo, N02CC-Triptani, N03AX-Antiepilettici, N06AA-Antidepressivi triciclici e N07CA03-Flunarizina;

[**denominatore**] numero di soggetti con diagnosi di cefalea (ICD9-CM 784.0x) o emicrania (ICD9-CM 346.9x) al 31 dicembre 2013.

La prevalenza delle diverse comorbidità presenti tra i soggetti affetti da cefalea o emicrania è stata valutata nel modo seguente:

[**numeratore**] numero di soggetti con almeno una delle seguenti comorbidità: Ipertensione arteriosa, Depressione, Insufficienza Renale Cronica (IRC), Diabete mellito di tipo 2, Ipotiroidismo, Ictus, Malattie ischemiche del cuore, Demenza, BroncoPneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO), Fibrillazione Atriale (FA) e Scompenso cardiaco;

[**denominatore**] numero di soggetti con diagnosi di cefalea (ICD9-CM 784.0x) o emicrania (ICD9-CM 346.9x) al 31 dicembre 2013.

Risultati

All'interno della popolazione adulta di 893.870 assistiti nel 2013 dei 700 MMG ricercatori HS, la prevalenza di cefalea è stata del 9,3% (82.769 casi), e quella di emicrania del 2,3% (20.370 casi). In pochi altri casi la diagnosi è stata più specifica riportando una prevalenza di 0,9% per la cefalea da tensione (8.223 casi), dello 0,7% per l'emicrania con aurea (5.937 casi) e dello 0,2% per l'emicrania comune (1.594 casi) (**Figura 1**).

Dall'analisi degli accertamenti richiesti dal MMG, in presenza di una diagnosi di cefalea o emicrania, è emerso che il 6,2% dei soggetti con emicrania e il 5,7% di quelli con cefalea è stato indirizzato ad una visita neurologica. Mentre, la RM del cervello e del tronco encefalico è stata richiesta nel 2,8% dei pazienti con emicrania e nel 2,3% di quelli con cefalea; la TAC dell'encefalo, invece, è stata prescritta rispettivamente nel 1,4% e nel 1,6% dei casi (**Figura 2**).

La prevalenza d'uso dei diversi trattamenti farmacologici mostra che i farmaci maggiormente impiegati in entrambi i disturbi sono gli antinfiammatori (circa il 30% per entrambe le condizioni), seguiti dai beta-bloccanti (circa l'11%), dalle benzodiazepine (circa il 9%) e dagli SSRI (circa l'8%). I triptani, farmaci indicati per il trattamento acuto degli attacchi di emicrania, sono impiegati nel 12,3% dei soggetti con diagnosi di emicrania e nel 3,7% di quelli che soffrono di cefalea. Altri trattamenti farmacologici, prescritti in piccole quote di pazienti con questi disturbi, sono stati: il paracetamolo (circa il 4%), gli antiepilettici (circa il 3%), gli antidepressivi triciclici (circa 2-3%) e la flunarizina (meno dell'1%) (**Figura 3**).

Infine, lo studio delle comorbidità dei pazienti con una diagnosi di cefalea o emicrania rileva che questi soggetti soffrono spesso di ipertensione arteriosa (27,2% dei soggetti con cefalea e 23,9% di quelli con emicrania) e di depressione (20,0% e 21,3%, rispettivamente). Le altre comorbidità analizzate, invece, sono presenti in meno del 10% della popolazione presa in esame (**Figura 4**).

Figura 1 Prevalenza (%) di Cefalea ed Emicrania al 2013 nella popolazione attiva del campione dei 700 medici Health Search

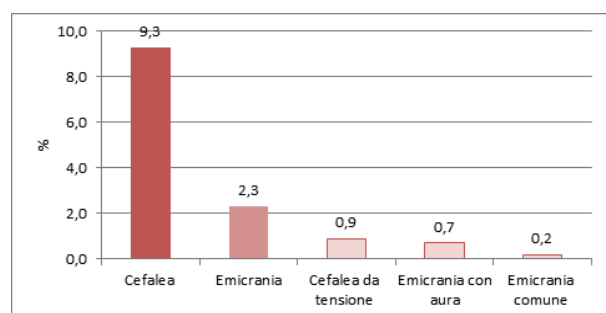
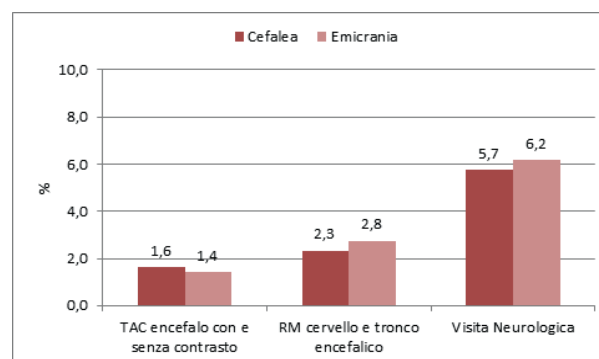


Figura 2 Prevalenza (%) di accertamenti tra i soggetti affetti da cefalea o emicrania e in carico alla medicina generale nel 2013



Analisi del mese

Figura 3 Prevalenza d'uso (%) dei trattamenti farmacologici prescritti ai soggetti affetti da cefalea o emicrania in carico alla Medicina Generale nel 2013

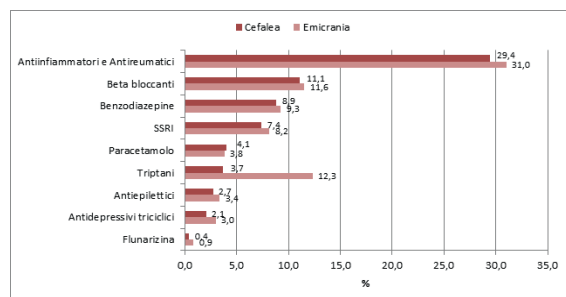
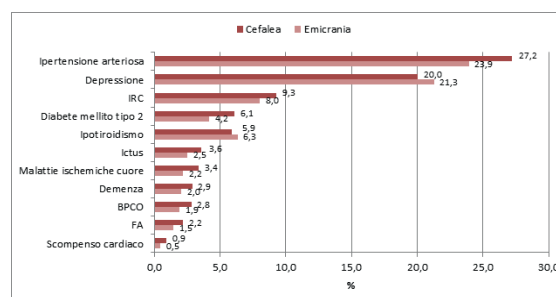


Figura 4 Prevalenze (%) di comorbidità tra i soggetti affetti da cefalea o emicrania in carico alla Medicina Generale nel 2013



Il parere del Medico di Medicina Generale

Questo studio conferma la necessità di migliorare la gestione dei pazienti affetti da cefalea nell'ambito della medicina generale e mette in evidenza una serie di aspetti critici, a cominciare dal riconoscimento della patologia.

Infatti, i dati di Health Search, pur indicando un trend in aumento negli anni della registrazione delle diagnosi delle varie forme di cefalea, mettono in evidenza una prevalenza di questi disturbi notevolmente inferiore rispetto a quella indicata dai dati di letteratura. Tra le possibili cause del fenomeno rientrano probabilmente l'insufficiente consapevolezza da parte dei MMG della potenziale rilevante disabilità dei pazienti e delle possibili complicanze a medio-lungo termine (soprattutto la cronicizzazione) conseguenti alla mancata applicazione dei criteri diagnostici e di gestione del problema.

Nell'approccio al paziente cefalalgico il primo compito del medico è di escludere le cefalee secondarie a cause gravi, considerando che, pur essendo le cefalee patologiche ad alta frequenza di riscontro, esse sono associate a una bassa incidenza di cause gravi. Se da un lato le lesioni endocrine (tumori, ESA, infezioni), con i relativi sintomi, devono indurre il MMG a prendere in considerazione la possibilità della presenza di queste patologie, dall'altro altre situazioni cliniche possono presentarsi in modo poco chiaro. Al fine di evitare o ridurre gli errori diagnostici occorre seguire una procedura standard centrata sull'anamnesi strutturata specifica (per i dettagli si veda **Tabella 1**) accompagnata da un breve ma completo esame obiettivo.

Tabella 1 Sintomi di allarme di cefalee secondarie e cause gravi

Insorgenza > 40 anni
Esordio improvviso
Peggior mal di testa mai provato
Improvviso e sostanziale aumento della frequenza degli attacchi
Improvviso cambiamento delle caratteristiche della cefalea
Associazione con sforzo fisico (colpi di tosse, starnuti)
Durata dell'aura molto breve (< 5 min)
Cefalea di recente insorgenza in pazienti con patologia neoplastica o HIV

I primi tre sintomi quando presenti insieme nello stesso paziente sono molto suggestivi della presenza di causa grave

Un ulteriore aspetto critico è rappresentato dai trattamenti farmacologici con prescrizioni inappropriate di alcune classi di farmaci. A questo proposito occorre sottolineare alcune incongruenze delle indicazioni dei farmaci usati nella terapia di attacco e profilassi delle varie forme di cefalea. Nella terapia di attacco dell'emicrania, infatti, da un lato i farmaci a base di ergotamina e caffeina sono prescrittibili anche ai bambini tra 6 e 12 anni, i triptani, più selettivi e meno problematici rispetto all'ergotamina, non sono prescrittibili a pazienti di età inferiore a 18 anni e superiore a 65 (ad eccezione del sumatriptan spray nasale prescrittibile dopo i 12 anni). Inoltre, le associazioni di ergotamina, caffeina e aminofenazone rientrano tra i prodotti da banco, incoraggiando così l'automedicazione con possibili rischi conseguenti quali abuso, sviluppo di cefalee da farmaci ma, soprattutto, cronicizzazione della cefalea. Secondo le Linee Guida italiane, i farmaci inseriti nel gruppo A di raccomandazione per la profilassi dell'emicrania sono: atenololo, propranololo, amitriptilina, flunarizina e valproato di sodio. Amitriptilina e propranololo hanno l'indicazione per l'emicrania e sono in fascia A, flunarizina ha l'indicazione per l'emicrania ma è in fascia C, atenololo e valproato di sodio sono in fascia A ma non hanno l'indicazione per l'emicrania.

Analisi del mese

Anche riguardo ai tempi di somministrazione della terapia di profilassi i problemi non mancano ,perché le indicazioni non sono uniformi: 3 mesi, 6 mesi, 1 anno? A cicli con periodicità variabile? Tempi di terapia correlati al tipo di farmaco? Al riguardo non esistono dati in letteratura e i trial clinici valutano la risposta terapeutica fino a 3-4 mesi e non nel medio-lungo termine. Inoltre, nelle Linee Guida c'è accordo sulla necessità di attendere fino a 3 mesi per valutare l'efficacia della terapia, ma c'è anche disomogeneità sulla durata del trattamento.

Strettamente correlate alle scelte terapeutiche sono le situazioni di comorbidità che implicano, il più delle volte, trattamenti farmacologici multipli nello stesso paziente con possibilità d'interazioni farmacologiche in grado di influire negativamente sulle varie patologie.

Oltre al miglioramento delle conoscenze specifiche, per una gestione più appropriata dei pazienti cefalalgici possono essere importanti alcuni spunti aggiuntivi:

- legittimare il problema cefalea come una malattia fisica che va seguita nel tempo ("la cefalea è come l'asma, l'ipertensione") per ottenere la fiducia del paziente;
- chiarire che non in tutti i casi la terapia preventiva è efficace nel lungo termine (circa nel 50%);
- avere un obiettivo terapeutico realistico da spiegare al paziente (migliorare la cefalea);
- considerare le comorbidità nella scelta della terapia di profilassi, in particolare in presenza di ansia, depressione, insonnia, reflusso gastroesofageo, ipertensione, asma, allergie e/o intolleranze farmacologiche;
- considerare che aumento di peso e astenia nei pazienti che assumono farmaci per la profilassi degli attacchi, rappresentano le cause più frequenti di abbandoni terapeutici.

Infine, considerando i ruoli e i compiti specifici nell'approccio clinico al paziente con cefalea, è auspicabile che le cefalee più frequenti con sintomatologia tipica (emicrania e cefalea di tipo tensivo in primis) vengano gestite direttamente nell'ambito della medicina generale. Oltre questo livello il MMG, senza rigidità di ruoli, potrà decidere per la gestione diretta di altre forme di cefalea, oppure per la gestione integrata con lo specialista.

A cura del Dott. Francesco Mazzoleni

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bigal ME et al. The epidemiology, burden and comorbidities of migraine. *Neurol Clin.* 2009; 27(2):321-34.
- Russel MB et al. Tension-type headache in adolescents and adults: a population based study of 33,764 twins. *Eur J Epidemiol.* 2006; 21:153-60.
- Amaal J et al. Best Practices for Patients With Chronic Migraine: Burden, Diagnosis, and Management in Primary Care. *Mayo Clinic Proceedings*; Mar 2015; 90,3.
- Roncolato M et al. An Epidemiological Study to Assess Migraine Prevalence in a Sample of Italian Population Presenting to Their GPs. *Eur Neurol.* 2000;43(2):102-6.
- International Headache Classification Disponibile al link <http://www.ihs-classification.org/it/> (Ultimo accesso 15/5/2015)
- Sarchielli et al. Italian guidelines for primary headaches: 2012 revised version *J Headache Pain* (2012) 13 (Suppl 2):S31-S70.
- Surace MA et al. Criticità nella gestione delle cefalee in Medicina Generale. *Rivista SIMG - Anno 2008 Numero 1 (Febbraio 2008).*

Ultima pubblicazione HS

Effetti di un sistema decisionale computerizzato nel miglioramento della gestione farmacologica dei pazienti con elevato rischio cardiovascolare: un trial controllato in aperto con randomizzazione per cluster

Giampiero Mazzaglia, Carlo Piccinni, Alessandro Filippi, Giovanna Sini, Francesco Lapi, Emiliano Sessa, Iacopo Cricelli, Paola Cutroneo, Gianluca Trifirò, Claudio Cricelli, Achille Patrizio Caputi

Questa pubblicazione riporta i risultati dello studio REMIND, finanziato dall'Agenzia Italiana del Farmaco, che ha coinvolto diversi medici di medicina generale (MMG) appartenenti al network Health Search.

Lo studio ha valutato gli effetti di un sistema decisionale computerizzato (computerized decision support system, CDSS), integrato nel software Millewin®, nel migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci per la prevenzione cardiovascolare in soggetti a rischio.

A tale fine è stato condotto un trial controllato in aperto con randomizzazione per cluster. 197 MMG appartenenti al network Health Search e utilizzatori del software Millewin®, sono stati suddivisi in due gruppi. Il primo, oltre al materiale cartaceo sulle terapie cardiovascolari preventive raccomandate e sulle più importanti interazioni che riguardano i farmaci cardiovascolari (linee guida e liste di interazioni), aveva ricevuto avvisi informatici ad hoc all'atto della prescrizione (gruppo di intervento), mentre, l'altro gruppo aveva ricevuto solo il materiale cartaceo (gruppo di controllo).

A partire dagli assistiti di questi MMG, sono stati analizzati i dati di 21.230 pazienti con diabete mellito di tipo II, 3.956 con infarto acuto del miocardio e 2.158 con stroke.

Per tali pazienti è stata valutata sia la quota di soggetti posti in terapia con farmaci per la prevenzione cardiovascolare, sia il numero di giorni di esposizione a potenziali interazioni farmacologiche.

Lo studio ha rilevato che, quando l'attività del MMG è supportata da un sistema di avvisi informatizzati, aumenta significativamente la prescrizione di farmaci antiaggreganti (gruppo di intervento: +2,7% vs. gruppo di controllo: +0,15%; $p < 0,001$) e di farmaci ipolipidemizzanti orali (+4,2% vs. +2,8%; $p = 0,001$) ai soggetti con diabete. Inoltre, con il supporto di un sistema di avvisi informatizzati, il numero di giorni di esposizione a potenziali interazioni farmacologiche è calato significativamente solo per i soggetti con stroke (-1,2 vs. -0,5 giorni/persona-anno; $p = 0,001$).

Gli autori concludono che il CDSS incrementa, in modo statisticamente significativo, l'impiego dei farmaci per la prevenzione cardiovascolare, soprattutto nei pazienti affetti da diabete, e che tale sistema ha una lieve influenza sul prevenire le potenziali interazioni farmacologiche.

Gli autori, pur riconoscendo che questi sistemi informatizzati non rappresentino la soluzione a tutte le criticità connesse all'appropriatezza d'impiego dei farmaci, sostengono che questi possono essere un valido strumento per migliorare la pratica prescrittiva nella medicina generale.

Lo studio ha ricevuto un grant da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

Tutti gli autori hanno dichiarato di non avere conflitti di interessi.

a cura dei ricercatori di Health Search

tratto da Health Informatics J. 2014 Sep 10.

<http://jhi.sagepub.com/content/early/2014/09/09/1460458214546773.abstract>



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



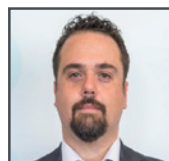
Iacopo Cricelli

Direttore della Ricerca



Francesco Lapi

Direttore Tecnico



Alessandro Pasqua

Consulente Scientifico



Carlo Piccini

Analisi Statistiche



Serena Pecchioli



Monica Simonetti



Elisa Bianchini

Data Manager



Mirko Monnini

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 riservato esclusivamente ai Ricercatori Health Search – CSD

Licenza d'uso MilleGPG: ~~€ 200,00 + IVA~~
GRATUITA

Canone annuo: ~~€ 200,00 + IVA~~
e 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
SELEZIONE DI ESPERTI E PROFESSIONISTI DELLA RICERCA ITALIANA E 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/CSD-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/CSD-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.