



SOMMARIO

Epidemiologia delle disglucemie tra i pazienti in carico alla Medicina Generale

a cura del
Dott. Domenico Pasculli
pag. 2

Infezione da virus dell'epatite C: opportunità per un'individuazione tempestiva nell'ambito delle Cure Primarie

tratto da
"European Journal of
Gastroenterology &
Hepatology"
pag. 6

Progetti Internazionali e Team Operativo

pag. 6

Come accedere al Database HS per Ricerche, Analisi e Studi

pag. 7

ANALISI IN MEDICINA GENERALE

Epidemiologia delle disglucemie tra i pazienti in carico alla Medicina Generale

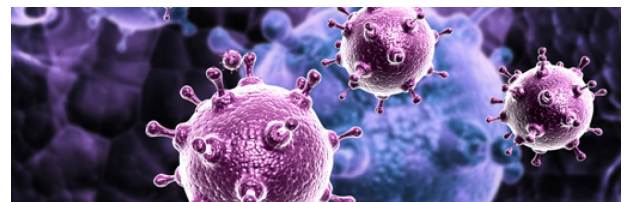
Le alterazioni del metabolismo glucidico o disglucemie, dall'American Diabetes Association (ADA) definite prediabete, sono condizioni intermedie fra lo stato di normalità e il diabete di tipo 2. Allorquando i valori di glicemia a digiuno sono compresi tra 100 e 125 mg/dl, la condizione disglucemica è definita "alterata glicemia a digiuno" o IFG (Impaired Fasting Glucose)...



continua a pagina 2

Infezione da virus dell'epatite C: opportunità per un'individuazione tempestiva nell'ambito delle Cure Primarie

Negli ultimi anni si è assistito a una vera e propria rivoluzione del trattamento dell'infezione da virus dell'epatite C (HCV) in quanto, accanto alla terapia con interferone pegilato e ribavirina, si sono aggiunti i farmaci antivirali diretti di nuova generazione. Se da un lato queste nuove terapie hanno consentito di raggiungere obiettivi di cura sorprendenti, dall'altro hanno posto problematiche di sostenibilità economica per i Sistemi Sanitari...



continua a 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

IMS Health-Millennium (Contact Center) Assistenza Tecnica

Numero Verde: 800.949.502
Orario: Lunedì - Venerdì 8.30-19.30,
Sabato 9.00-13.00
E-Mail: medicithales@it.imshealth.com

HEALTH SEARCH È...

ANALISI IN MEDICINA GENERALE

Epidemiologia delle disglicemie tra i pazienti in carico alla Medicina Generale

A cura del Dott. Domenico Pasculli

PREMESSA

Le alterazioni del metabolismo glucidico o disglicemie, dall'American Diabetes Association (ADA) definite prediabete, **sono condizioni intermedie fra lo stato di normalità e il diabete di tipo 2**. Allorquando i valori di glicemia a digiuno sono compresi tra 100 e 125 mg/dl, la condizione disglicemica è definita **"alterata glicemia a digiuno" o IFG (Impaired Fasting Glucose)**. Inoltre, poiché una normale risposta al carico orale di glucosio è caratterizzata da valori di glicemia alla seconda ora inferiori a 140 mg/dl, è possibile parlare di **"ridotta tolleranza al glucosio" o IGT (Impaired Glucose Tolerance)**, quando i valori alla seconda ora del carico orale di glucosio sono compresi fra 140 e 199 mg/dl. A tali valori soglia, più recentemente, si è aggiunto il criterio proposto dall'ADA, secondo il quale si può parlare di intolleranza glucidica in presenza di valori di emoglobina glicata (HbA1c) compresi fra 39 e 42 mmol/mol (5,7 e 6,4%), solo se il dosaggio è standardizzato e allineato al sistema IFCC.

Sebbene sia stato dimostrato che la progressione dalla disglicemia al diabete possa impiegare diversi anni, occorre considerare che circa il 70% dei soggetti con alterato metabolismo glucidico svilupperà il diabete. **IFG e IGT rappresentano dunque un importante fattore di rischio per la comparsa di diabete e delle complicanze ad esso associate; pur essendo entrambe precursori del diabete, riconoscono due differenti meccanismi fisiopatologici** e possono non essere sempre presenti contemporaneamente nello stesso individuo. Esse sono

condizioni di insulino-resistenza, mentre nella IFG vi è resistenza insulinica epatica con normale sensibilità insulinica a livello muscolare, nella IGT avviene il fenomeno contrario. Nei soggetti in cui le due condizioni sono presenti contemporaneamente la resistenza insulinica è presente a livello sia epatico sia muscolare, configurandosi così una situazione di maggiore gravità. Le due condizioni divergono anche per quel che concerne il deficit di secrezione insulinica: nella IFG vi è una riduzione della fase precoce della risposta insulinica, mentre nei soggetti con IGT la compromissione della secrezione insulinica interessa sia la fase precoce sia quella tardiva. Queste diverse caratteristiche metaboliche sono alla base del diverso profilo glicemico del carico di glucosio osservato nelle due condizioni: nella IFG si assiste a un incremento della glicemia superiore a quello osservato nei normo-tolleranti durante i primi 60 minuti dell'OGTT (Oral Glucose Tolerance Test) e a un successivo ritorno alla normalità dopo 120 minuti, mentre nei soggetti con IGT, la glicemia aumenta dopo 60 minuti e rimane elevata dopo 120 minuti. I soggetti con disglicemia combinata mostrano, come è logico attendersi, valori di glicemia più elevati a ogni tempo dell'OGTT. **Nel mondo si stima che la prevalenza di soggetti con intolleranza glucidica sia destinata ad aumentare, in particolare tra i soggetti di età compresa tra 20 e 79 anni, e interesserà circa l'11% della popolazione**. Se tali soggetti ad alto rischio di sviluppare il diabete si sommano a quelli con diagnosi conclamata, si stima che nel 2030 un miliardo di soggetti, nel mondo,

saranno portatori di una forma più o meno grave di disordine del metabolismo del glucosio. Il contrasto a quella che si va ormai contestualizzando come una nuova epidemia deve essere tempestivo in modo da prevenire o quanto meno ritardare la progressione a diabete; In tale direzione le condizioni disglicemiche in particolare sono fattori di rischio facilmente rilevabili nella popolazione generale, inoltre esse sono modificabili e essi stessi prevenibili con interventi precoci sugli stili di vita. In tale contesto **la Medicina Generale svolge un ruolo di importanza strategica e del tutto peculiare**; Il medico di medicina generale può infatti intervenire proattivamente sui pazienti a rischio, anche sui più giovani, **può identificare e trattare le condizioni di alterato metabolismo glucidico, può attuare le strategie necessarie a evitare o ritardare la progressione a diabete di tipo 2**. Assume rilevanza a tal proposito l'analisi della prevalenza delle disglicemie e degli altri fattori di rischio noti tra i pazienti senza diagnosi di diabete, valutata mediante **i dati del database Health Search IMS Health Longitudinal Patient Database (HS), al fine di quantificare il loro impatto nella pratica clinica della Medicina Generale Italiana**.

COSTRUZIONE DEGLI INDICATORI

All'interno della popolazione attiva al 31/12/2014, in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori. **Prevalenza (%) di IFG (Impaired Fasting Glucose) in assenza di diabete**

calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti con una diagnosi IFG (ICD9 CM: 790.2/02, 790.2/03) e senza diagnosi di diabete mellito di tipo 2 (ICD9 CM: 250.xx) nel 2014;
- **denominatore:** numero di individui presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2014.

Prevalenza (%) di IGT (Impaired Glucose Tolerance) in assenza di diabete

calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti con una diagnosi IGT (ICD9 CM: 790.2/00, 790.2/01) e senza diagnosi di diabete mellito di tipo 2 (ICD9 CM: 250.xx) nel 2014;
- **denominatore:** numero

di individui presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2014.

Quota (%) dei principali fattori di rischio per il diabete mellito di tipo 2 tra i pazienti senza diagnosi di diabete

calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di soggetti con almeno uno dei seguenti fattori di rischio per il diabete mellito di tipo 2:
 1. IFG/IGT (ICD9 CM: 790.xx) o glicemia tra 100 e 125 mg/dl
 2. BMI \geq 25
 3. Ipertensione arteriosa (ICD9 CM: 401.xx - 405.xx)
 4. Familiarità di diabete I grado (genitori, figli, germani)
 5. Trigliceridi \geq 250 mg/dl
 6. Colesterolo HDL \leq 35 mg/dl
 7. Diabete gestazionale (ICD9 CM: 648.8)

- **denominatore:** numero di individui presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre del 2014 e senza diabete mellito di tipo 2 (ICD9 CM: 250.xx)

Tutte le analisi sono state stratificate per sesso, età e localizzazione geografica, distinta in Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud e Isole.

RISULTATI DELL'ANALISI

Dalla popolazione di 1.095.948 assistiti degli 800 MMG ricercatori HS al 31/12/2014, sono stati identificati 27.422 pazienti con IFG (Impaired Fasting Glucose) in assenza di diabete mellito di tipo 2 e 9.775 soggetti con IGT

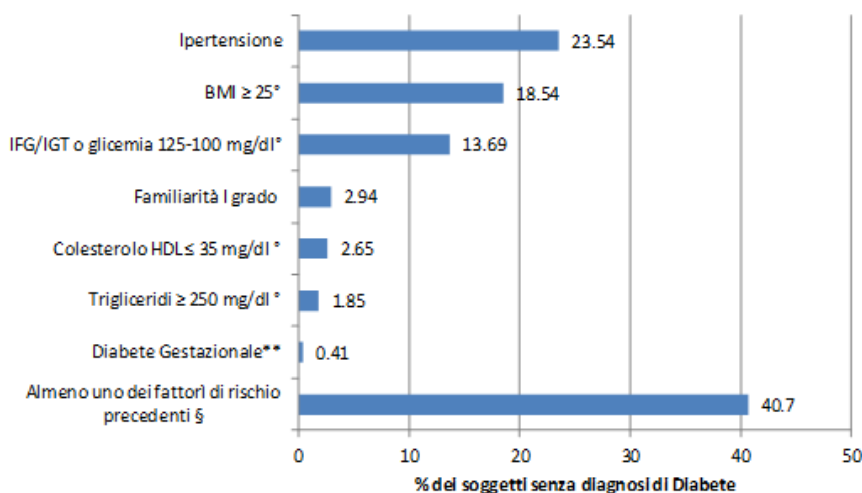
Tabella 1. Prevalenza (%) di IFG (alterata glicemia a digiuno) in assenza di diabete (ICD9 790.2/02, 790.2/03) al 31/12/2014 nella popolazione attiva del campione degli 800 medici Health Search – IMS HEALTH LPD. Distribuzione per sesso, fasce di età e area geografica

Tabella 2. Prevalenza (%) di IGT (alterata tolleranza al glucosio) in assenza di diabete (ICD9 790.2/00, 790.2/01) al 31/12/2014 nella popolazione attiva del campione degli 800 medici Health Search – IMS HEALTH LPD. Distribuzione per sesso, fasce di età e area geografica

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Fasce d'età						
15-24	94	0,17	97	0,19	191	0,18
25-34	262	0,36	200	0,27	462	0,31
35-44	926	0,99	604	0,63	1530	0,80
45-54	2628	2,64	1644	1,58	4272	2,10
55-64	4067	5,02	2782	3,31	6849	4,15
65-74	4382	6,56	3384	4,73	7766	5,61
75-84	2488	5,92	2540	4,40	5028	5,04
>=85	516	3,81	808	2,80	1324	3,12
Area geografica						
Nord-Ovest	4480	3,18	3255	2,19	7735	2,67
Nord-Est	3559	3,63	2774	2,55	6333	3,07
Centro	1997	2,08	1499	1,41	3496	1,72
Sud/Isole	5327	2,78	4531	2,20	9858	2,48
TOTALE	15363	2,92	12059	2,12	27422	2,50

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Fasce d'età						
15-24	22	0,04	42	0,08	64	0,06
25-34	92	0,13	124	0,17	216	0,15
35-44	255	0,27	284	0,29	539	0,28
45-54	826	0,83	577	0,55	1403	0,69
55-64	1337	1,65	937	1,11	2274	1,38
65-74	1585	2,37	1205	1,68	2790	2,02
75-84	942	2,24	973	1,68	1915	1,92
>=85	230	1,70	344	1,19	574	1,35
Area geografica						
Nord-Ovest	1397	0,99	1134	0,76	2531	0,87
Nord-Est	1363	1,39	1078	0,99	2441	1,18
Centro	726	0,76	655	0,61	1381	0,68
Sud/Isole	1803	0,94	1619	0,77	3422	0,86
TOTALE	5289	1,01	4486	0,79	9775	0,89

Figura 1. Prevalenza (%) di fattori di rischio per diabete nella popolazione senza diagnosi di Diabete (ICD9 250.xx escluso 250.x1 e 250.x3) al 31/12/2014 in carico agli 800 medici Health Search – IMS HEALTH LPD



*accertamenti registrati negli ultimi cinque anni (valore dell'ultima registrazione)

**valutato tra le donne con età compresa tra 15 e 54 anni

‡escluso diabete gestazionale

(Impaired Glucose Tolerance) sempre in assenza di diabete mellito di tipo 2. **La prevalenza di IFG in assenza di diabete mellito di tipo 2 è risultata pari al 2,50%**, con valori più elevati tra i maschi rispetto alle femmine (2,92% vs. 2,12%). Le stime di prevalenza mostrano un incremento all'aumentare dell'età, raggiungendo il picco massimo nella fascia 65-74 anni (5,61%). Inoltre, i pazienti residenti nel Nord-Est presentano una prevalenza di IFG superiore alle altre zone (3,07%), seguiti dalla popolazione del Nord-Ovest (2,67%), da quella del Sud e Isole (2,48%) e dal Centro (1,72%) (Tabella 1).

La prevalenza di IGT in assenza di diabete mellito di tipo 2 è stata di 0,89%, con valori sempre maggiori tra gli uomini rispetto alle donne (1,01% vs. 0,79%). Anche in questo caso si nota un incremento della prevalenza al crescere dell'età e un picco tra i soggetti con 65-74 anni (2,02%). L'analisi per area geografica mostra che la prevalenza più elevata è riscontrabile al Nord-Est (1,18%), seguito dal Nord-Ovest (0,87%), dal Sud e Isole (0,86%) e dal Centro (0,68%) (Tabella 2). Studiando i fattori di rischio per il diabete tra i soggetti senza una diagnosi conclamata di questa patologia, pari a una popolazione

di 1.017.889 soggetti, si nota che **le condizioni disglicemiche rappresentano il terzo fattore in termini di frequenza (13,69%)**, preceduto solo da ipertensione (23,54%) e da un valore di BMI ≥ 25 (18,54%). Altri fattori di rischio, presenti in una quota inferiore al 3% tra i pazienti senza diabete, in ordine decrescente, sono: la familiarità di I grado, un valore di colesterolo HDL ≤ 35 mg/dl e un valore di trigliceridi ≥ 250 mg/dl.

Complessivamente, il 40,7% della popolazione senza una diagnosi di diabete mellito di tipo 2 presenta almeno uno dei fattori di rischio sopra elencati.

A questi fattori di rischio, nella popolazione di donne in età fertile (15-45 anni), va aggiunto anche il diabete gestazionale che interessa lo 0,41% di questa popolazione (Figura 1).

IL PARERE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

La diagnosi clinica di diabete mellito di tipo 2 è solitamente preceduta da una lunga fase asintomatica caratterizzata da alterazioni della glicemia (comunque al di sotto della soglia diagnostica per diabete), insulino-resistenza, deficit variabile della secrezione insulinica. L'aumento relativamente precoce della

glicemia, pur modesto, è tuttavia tale da determinare danni a livello dei tessuti bersaglio dando ragione della non infrequente presenza di complicanze micro- o macro-vascolari già al momento della diagnosi clinica di diabete.

L'identificazione tempestiva dei pazienti a rischio medio-alto di progressione, attuata con screening selettivo opportunistico o di popolazione (in ambito di medicina di iniziativa), permette di intervenire precocemente sui fattori di rischio modificabili in modo da evitare/ritardare la diagnosi clinica di diabete e le sue complicanze. Il MMG ha un ruolo strategico e del tutto peculiare nella lotta al diabete mellito di tipo 2; egli gioca in attacco; in quanto conosce bene i suoi assistiti con i quali ha un rapporto longitudinale e possiede gli strumenti per identificare e definire la parte sommersa dell'iceberg diabete, ossia la popolazione con i fattori di rischio noti e in particolare quelli suscettibili di cambiamento.

La cartella clinica è lo strumento fondamentale per attuare interventi di prevenzione del diabete e non solo, ma deve contenere dati completi, corretti e periodicamente aggiornati. L'analisi dei dati clinici registrati permette di identificare agevolmente i soggetti a più alto rischio di diabete mellito di tipo 2 sui quali intervenire, ad esempio con il counselling motivazionale. Numerose evidenze scientifiche hanno infatti dimostrato che programmi di modifica dello stile di vita focalizzati sulla perdita di peso, sull'aumento dell'attività fisica e sulle modifiche dell'apporto energetico influiscono sulle condizioni disglicemiche e possono ridurre il rischio di manifestare il diabete di tipo 2.

L'analisi sulla popolazione generale non diabetica presente nel Database Health Search evidenzia una prevalenza del 13,69% di "IFG/IGT o glicemia a digiuno compresa fra 100 e 125 mg/dl"; la prevalenza di IFG o IGT (problema registrato) è invece di gran lunga inferiore (2,5 e 0,8% rispettivamente). Vi è evidentemente una criticità gestionale dovuta a sotto-registrazione del problema IFG/

IGT in presenza di valori di glicemia a digiuno (FPG) compresi fra 100 e 125 mg/dl. Le prevalenze di IFG e di IGT appaiono dunque sottostimate; in particolare per IGT è ipotizzabile una sottovalutazione del rischio di diabete per mancata esecuzione del carico orale con glucosio. Analoghe considerazioni possono essere fatte riguardo la prevalenza degli altri fattori di rischio analizzati, anch'essi probabilmente sottostimati perché sotto-registrati.

Ciononostante, i dati rilevati permettono di quantificare con sufficiente approssimazione quale potrebbe essere l'impatto nella pratica clinica del MMG di un programma di interventi per prevenire e/o diagnosticare tempestivamente il diabete tipo due: circa un terzo della popolazione non diabetica presenta almeno un fattore di rischio per diabete mellito di tipo 2 (40,7%); un MMG con 1000 pazienti dovrebbe attendersi

circa 400 soggetti a rischio e, tra questi, almeno 130 con una condizione disglicemica a più alto rischio di progressione; tutti questi soggetti devono eseguire ripetuti controlli della glicemia a digiuno e della emoglobina glicata, oltre che la determinazione della glicemia dopo carico orale secondo le raccomandazioni delle linee guida ADA e dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete 2016.

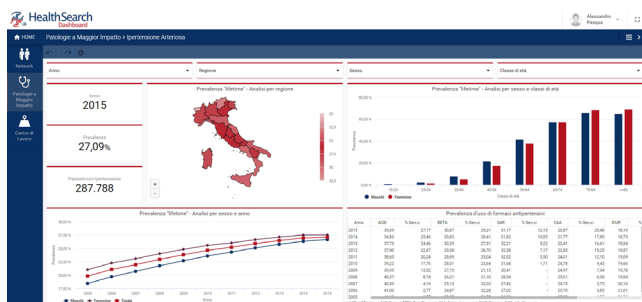
PER APPROFONDIRE...

- ADA (American Diabetes Association). **Standards of medical care in diabetes—2017**. Diabetes Care January 2017, 40 (Supplement 1).
- UK Prospective Diabetes Study 6. **Complications in newly diagnosed type 2 diabetic patients and their association with different clinical and biochemical risk factors**. Diabetes Res. 1990 Jan;13(1):1-11.
- Rydén L, Grant PJ, Anker SD, Berne C et al. **ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD)**. Eur Heart J 2013;34:3035-3087
- Lindström J, Louheranta A, Mannelin M et al. **The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity**. Diabetes Care 2003 Dec; 26(12): 3230-3236.
- U.S. Department of Health and Human Services. **Diabetes Prevention Program (DPP)**. Link: <https://www.niddk.nih.gov/about-niddk/research-areas/diabetes/diabetes-prevention-program-dpp/Pages/default.aspx#availability>

HEALTH SEARCH DASHBOARD



Siamo felici di annunciarvi una importante novità: Health Search Dashboard. 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



HEALTH SEARCH È... RICERCA INTERNAZIONALE

Infezione da virus dell'epatite C: opportunità per un'individuazione tempestiva nell'ambito delle Cure Primarie

Francesco Lapi, Alice Capogrosso Sansone, Stefania Mantarro, Monica Simonetti, Marco Tuccori, Corrado Blandizzi, Alessandro Rossi, Giampaolo Corti, Alessandro Bartoloni, Alfonso Bellia, Leonardo Baiocchi, Iacopo Cricelli e Claudio Cricelli

tratto da "European Journal of Gastroenterology & Hepatology"

sito web: <http://journals.lww.com/eurojgh/pages/default.aspx>

IL CONTESTO

Negli ultimi anni si è assistito a una vera e propria **rivoluzione del trattamento dell'infezione da virus dell'epatite C (HCV)** in quanto, accanto alla terapia con interferone pegilato e ribavirina, si sono aggiunti i farmaci antivirali diretti di nuova generazione. Se da un lato queste nuove terapie hanno consentito di raggiungere obiettivi di cura sorprendenti, dall'altro hanno posto problematiche di sostenibilità economica per i Sistemi Sanitari.

LO STUDIO

Lo studio, condotto dalla SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie) in collaborazione con le Università di Firenze, Pisa e Roma Tor Vergata, si è posto **l'obiettivo di stimare la prevalenza di HCV in Italia, mediante i dati contenuti in Health Search IMS Health Longitudinal Patient Database (LPD)**. Inoltre, lo studio ha indagato i possibili determinanti dei casi incidenti di HCV rilevabili dai Medici di Medicina Generale MMG. I casi di HCV sono stati ricercati all'interno di una popolazione di 826.300 soggetti adulti (>14 anni) in cura presso 700 MMG "validati" per la qualità del dato, con almeno 1 anno di storia registrata nel periodo 1/1/2002 - 30/6/2013. Tali casi sono stati individuati mediante la presenza nel database di codici ICD9CM, debitamente selezionati, oppure mediante la registrazione di un test positivo per l'RNA dell'HCV. **Nel periodo 2002-2012 lo studio ha rilevato un aumento della prevalenza**

di HCV da 0,24% a 0,50%, con valori di prevalenza più elevati tra i soggetti di età 65-74 anni e 75-84 anni. **L'incidenza di HCV rilevata era pari a 0,8 per 1.000 anni-persona**. Analizzando i possibili determinanti alla base dell'insorgenza di HCV, lo studio ha rilevato un aumento **di rischio al crescere dell'età** (fino a 74 anni, per poi decrescere nella fasce d'età successive). Inoltre, un **rischio maggiore è stato individuato tra i soggetti residenti al Sud e nelle Isole** rispetto a quelli del Nord e del Centro Italia. Infine, la ricerca ha confermato un **maggior rischio di sviluppare HCV tra i pazienti già affetti da epatite B, da altre forme di epatiti e da HIV, nonché tra coloro che facevano un uso di sostanze illecite**.

Se e b b e n e questo studio sia arrivato a definire stime di prevalenza di HCV inferiori rispetto a studi precedenti, probabilmente dovute a diversità metodologiche (popolazione in studio, anni, ecc.), esso ha evidenziato che **in Italia si sta assistendo a un aumento della prevalenza di HCV**. Inoltre, l'analisi effettuata ha consentito di identificare alcuni determinanti, quali l'età avanzata, la localizzazione geografica e la presenza di alcune patologie alla base di un aumento di rischio di sviluppare HCV. Tali parametri sono di estrema utilità per identificare in modo tempestivo i soggetti più a

rischio, anche al fine di migliorare la loro gestione clinica e attuare il trattamento più appropriato.

IL CONTRIBUTO DI HEALTH SEARCH ALLA RICERCA MEDICO-SCIENTIFICA

Questo studio sottolinea l'estrema utilità di sistemi di raccolta dati, quali Health Search IMS Health LPD, in grado di rispondere in maniera immediata ed efficace a necessità informative di carattere sanitario. Infatti, l'avvento dei nuovi farmaci per l'HCV ha posto diverse problematiche di sostenibilità economica del Sistema Sanitario Nazionale che possono trovare una adeguata soluzione solo se si è in grado di stimare il reale bisogno assistenziale della popolazione. In tale direzione lo studio ha dimostrato che strumenti quali Health Search IMS Health LPD, se opportunamente indagati, possono fornire preziose informazioni sulla prevalenza di disturbi quali l'HCV. Tali dati, oltre ad avere un grande valore scientifico, sono di estrema utilità per tutti gli attori coinvolti nel mondo sanitario e, in particolare, per i decisori che si trovano ad affrontare nuove sfide sulla gestione del sistema sanitario. Infine, l'analisi dei dati della medicina generale si conferma uno strumento unico per l'individuazione di strategie che consentano un'individuazione tempestiva dei gruppi di soggetti più a rischio, al fine di attuare strategie di gestione e trattamento adeguate, consentendo così di utilizzare in modo appropriato le risorse economiche stanziate per garantire la salute dei pazienti.



PROGETTI INTERNAZIONALI



SAFEGUARD: Safety Evaluation of Adverse Reactions in Diabetes www.safeguard-diabetes.org

Il progetto SAFEGUARD ha l'obiettivo di valutare e quantificare i rischi cardiovascolari, cerebrovascolari e pancreatici dei farmaci antidiabetici. Il progetto, oltre all'analisi delle segnalazioni spontanee e alla conduzione di studi sull'uomo, prevede l'impiego di database contenenti informazioni cliniche e terapeutiche di più di 1,7 milioni di pazienti in USA e in Europa, tra cui quelli inclusi in Health Search CSD LPD. Tale progetto consentirà di migliorare le conoscenze sulla sicurezza dei farmaci antidiabetici.



The EMA_TENDER (EU-ADR Alliance)

www.alert-project.org

Il progetto EMA_TENDER (EU-ADR Alliance) nasce dal precedente progetto EU-ADR e ha lo scopo di studiare tre specifiche problematiche di sicurezza da farmaci: a) modalità e determinanti di impiego dei contraccettivi orali, b) monitoraggio dei rischi da pioglitazone e c) associazione tra bifosfonati e disturbi cardiovascolari. Il progetto impiega database clinici, tra cui Health Search CSD LPD, che coprono più di 45 milioni di pazienti provenienti da 5 paesi europei (Italia, Olanda, Regno Unito, Germania e Danimarca).



ARITMO: Arrhythmogenic potential of drugs

www.aritmo-project.org

Il progetto ARITMO si propone di analizzare il profilo di rischio aritmogenico di circa 250 farmaci antipsicotici, anti-infettivi, ed anti-istaminici. La strategia consiste nell'utilizzo di dati provenienti da studi prospettici, database, tra i quali anche Health Search CSD LPD, e studi in-silico. Tutte queste informazioni verranno armonizzate con l'obiettivo di fornire un rapporto finale sul profilo di rischio aritmogenico dei farmaci osservati e sui determinanti clinici e genetici di tale rischio.



OCSE PSA: Early Diagnosis Project – PSA

Il progetto OCSE si propone di valutare le modalità di impiego del test per i livelli del PSA (Prostate-Specific Antigen) nella diagnosi precoce del cancro della prostata. A tale fine il progetto utilizza database di medicina generale di diverse nazioni europee, tra cui Health Search CSD LPD per l'Italia. Lo studio consentirà di identificare le modalità di impiego del test PSA più efficienti nel diagnosticare in maniera precoce il cancro della prostata.

IL TEAM OPERATIVO

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

Direttore Generale



Iacopo Cricelli

Direttore della Ricerca



Francesco Lapi

Direttore Tecnico



Alessandro Pasqua

Consulente Scientifico



Carlo Piccini

Analisi Statistiche



Serena Pecchioli



Monica Simonetti



Elisa Bianchini

COMUNICAZIONI

Il Team di Ricerca HS con il contributo scientifico della SIMG ha partecipato allo sviluppo di un nuovo e affascinante programma: MilleGPG.

Health Search, per la sua struttura assolutamente non finanziata, non può permettersi di sostenere ulteriori costi; tuttavia Millennium a fronte della fruttuosa e lunga collaborazione ha ritenuto di poterci sostenere.

Ai ricercatori HS è pertanto dedicato un listino speciale per il primo anno, totalmente esclusivo e riservato; dando la possibilità di acquisire gratuitamente la licenza MilleGPG ad un costo ridotto del 50% per il contratto di manutenzione per il I anno al fine di premiare lo sforzo che quotidianamente fate per consentire la sopravvivenza della nostra rete di ricerca.



MilleGPG
STUDIO, MANUTENZIONE E ASSISTENZA

Listino riservato esclusivamente ai Ricercatori Health Search – CSD

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

Canone annuo: € 200,00+IVA
~~€ 200,00+IVA~~
€ 100 + IVA

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

genomedics | Millennium
 REALIZZATO SU SPECIFICHE PROFESSIONALI DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE

**Per ulteriori informazioni vi invitiamo a contattare
 l'ufficio commerciale Millennium al numero verde: 800 949 502**

COME ACCEDERE AL DATABASE

Ricerche, Analisi e Studi

L'Istituto Health Search (HS) mette a disposizione le proprie informazioni e le proprie risorse ai fini di un'attività di promozione della ricerca scientifica "no profit". Poiché ogni richiesta di estrazione richiede un carico di lavoro aggiuntivo rispetto alle attività "istituzionali" proprie della struttura è importante fornire alcune brevi linee guida atte a facilitare i soggetti proponenti la ricerca.

Al fine di una corretta programmazione ogni richiesta dovrebbe contenere le seguenti informazioni: finalità della richiesta (ad es. congressi, lavori per ASL, pubblicazioni scientifiche); obiettivi dell'indagine; scadenze; periodo di riferimento; caratteristiche della popolazione in studio; uso dei codici internazionali di classificazione delle patologie (ICD-9 CM) e delle prescrizioni (ATC); la richiesta di accertamenti, ricoveri, visite specialistiche deve essere effettuata precisando l'esatta dicitura con cui le prestazioni sono definite in Millewin®; le informazioni da ricavare dagli accertamenti con valore necessitano di ulteriori specifiche di estrazione, ad esempio: *ultimo valore rispetto ad una determinata data; * media dei valori in un determinato arco temporale

Richieste "Semplici" (modulo e informazioni disponibili nel sito www.healthsearch.it sezione "Health Search/IMS HEALTH LPD" da compilare e rispedire all'indirizzo info@healthsearch.it)

In particolare rientrano in questa categoria tutte quelle richieste che si limitano alla valutazione di un evento di tipo descrittivo, come ad esempio:

- Prevalenza di patologia
- Incidenza cumulativa o Rischio
- Prevalenza d'uso di farmaci
- Prevalenza d'uso di prescrizione di indagini diagnostico-strumentali

Richieste "Articolate" (modulo e informazioni disponibili nel sito www.healthsearch.it sezione "Health Search/IMS HEALTH LPD" da compilare e rispedire all'indirizzo info@healthsearch.it)

Se la richiesta del medico ricercatore, alla luce della maggiore articolazione della ricerca (es. studio caso-controllo o coorte, valutazioni di efficacia di interventi formativi, studi di valutazione economica) non rientra in tali modelli si renderà necessario un processo di revisione da parte di un apposito comitato scientifico per l'approvazione finale della ricerca.