



HS-Newsletter



Health Search
Istituto di Ricerca della S.I.M.G.
(Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)

N.4 Vol.27 Luglio-Agosto 2020

COMUNICAZIONE IMPORTANTE: TEST DIAGNOSTICI COVID-19 IN MILLEWIN

Vi informiamo che è possibile registrare in Millewin i Test diagnostici sul COVID-19 con i seguenti accertamenti:

- **TAMPONE NASOFARINGEO: TEST MOLECOLARE COVID-19**
- **SIEROLOGICO COVID-19: TEST RAPIDO QUALITATIVO** Trattasi del test sierologico qualitativo (pungi-dito), un test rapido in cui è sufficiente una goccia di sangue esaminata con un kit portatile per avere riscontro immediato.
- **SIEROLOGICO COVID-19: TEST QUANTITATIVO** Trattasi del test sierologico quantitativo, che richiede un prelievo di sangue e uno specifico analizzatore in dotazione al Laboratorio Analisi.

Vi sensibilizziamo all'utilizzo degli stessi per consentire ad Health Search una analisi puntuale delle diagnosi nelle prossime settimane.

INDICE DEGLI ARGOMENTI

Epidemiologia dell'Incontinenza Urinaria nella Medicina Generale Italiana.....	2
Comparazione sulla sicurezza cardiovascolare del ranelato di stronzio e dei bisfosfonati: uno studio multi-database in 5 paesi Europei ad opera di EU-ADR Alliance.....	7
Appropriatezza prescrittiva in Medicina Generale: il contributo di Health Search al Rapporto OsMed 2019 sull'uso dei farmaci in Italia.....	10
Collaborazioni e Progetti Nazionali/Internazionali.....	12
Health Search Dashboard e Comunicazioni.....	14-15

ANALISI IN MEDICINA GENERALE

Epidemiologia dell'Incontinenza Urinaria nella Medicina Generale Italiana

L'incontinenza urinaria viene definita come la perdita involontaria e incontrollata d'urina. In generale, ha un impatto fortemente negativo sulla qualità della vita dei soggetti che ne sono colpiti.

A cura di *Valentina Vassia*

[continua a pag. 2](#)

RICERCA INTERNAZIONALE

Comparazione sulla sicurezza cardiovascolare del ranelato di stronzio e dei bisfosfonati: uno studio multi-database in 5 paesi Europei ad opera di EU-ADR Alliance

Il ranelato di stronzio è stato autorizzato nel 2004 per il trattamento dell'osteoporosi nelle donne in postmenopausa.

A cura di *Ali MS, Berencsi K, Marinier K, Deltour N, Perez-Guthann S, Pedersen L., Rijnbeek P, Lapi F, Simonetti M, Reyes C, Van der Lei J, Sturkenboom M, Prieto-Alhambra D*

[continua a pag. 7](#)

CONTRIBUTO SPECIALE

Appropriatezza prescrittiva in Medicina Generale: il contributo di Health Search al Rapporto OsMed 2019 sull'uso dei farmaci in Italia.

Il Rapporto Nazionale sull'Uso dei Farmaci in Italia fornisce una descrizione dell'assistenza farmaceutica nel nostro Paese.

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

[continua a pag. 10](#)

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

ANALISI IN MEDICINA GENERALE

Epidemiologia dell'Incontinenza Urinaria nella Medicina Generale Italiana

A cura di **Valentina Vassia**¹

¹ Medico di Medicina Generale Asl TO4 - Ciriè, Chivasso, Ivrea

Panorama

L'incontinenza urinaria viene definita come la perdita involontaria e incontrollata d'urina. Tale definizione sostituisce la precedente, la quale considerava qualsiasi perdita di urina tale da rappresentare un problema igienico o sociale, e tentando, quindi, di uniformare l'importanza del fenomeno vissuto nelle diverse realtà sociali. **In generale, l'incontinenza urinaria ha un impatto fortemente negativo sulla qualità della vita dei soggetti che ne sono colpiti, con una forte limitazione delle normali attività quotidiane.**

La "continenza" delle urine è garantita fintanto che la pressione all'interno della vescica è inferiore a quella di chiusura uretrale. Ovviamente nella regolazione del funzionamento della vescica e degli sfinteri, il sistema nervoso svolge un ruolo primario. Difatti, i complessi riflessi nervosi periferici e centrali consentono al sistema vescico-sfinterico di operare in totale autonomia, con la possibilità però di essere controllato dalla nostra volontà. **La complessa organizzazione neurologica che regola il ciclo minzionale fa sì che alcune malattie del sistema nervoso centrale/periferico centrale e/o periferico possano comportare disfunzioni del controllo del complesso vescico-sfinterico, determinando varie forme di incontinenza urinaria. Tuttavia, gran parte delle forme di incontinenza non hanno origine da un danno neurologico, ma sono determinate ad altre cause.**

Possono sussistere fenomeni di incontinenza urinaria derivanti da disturbi transitori o alterazioni della minzione non legate all'apparato urinario. Alcuni esempi sono le irritazioni vescicali a causa di infezioni, neoplasie, la presenza

di calcoli, ipertrofioprostatica e molte altre. Diversamente, altri fenomeni di incontinenza possono trovare origine da problematiche a livello dell'apparato urinario. **Quest'ultime tipologie possono essere raggruppate, dal punto di vista clinico, in tre macro-categorie di incontinenza: i) incontinenza urinaria da sforzo; ii) incontinenza urinaria da urgenza; iii) incontinenza urinaria di tipo misto.**

Nell'incontinenza urinaria da sforzo si ha la perdita involontaria di urina in coincidenza con l'aumento della pressione addominale, sia essa di notevole entità, come in caso di sollevamento di pesi, che di durata breve ed intensità moderata, come in caso di starnuti o colpi di tosse. **Tale forma è comunque secondaria ad una disfunzione sfinteriale ed è legata ad un'alterazione dei meccanismi di chiusura uretrale.** Spesso viene meno l'integrità del pavimento pelvico anteriore in seguito al parto, in caso di tosse cronica, a interventi chirurgici, a prolapsi degli organi pelvici o ad alterazioni dei tessuti conseguenti all'età e a carenza ormonale post-menopausale.

Diversamente, **per incontinenza urinaria da urgenza si intende la perdita involontaria di urina secondaria a contrazioni detrusoriali non inibite.** Questa forma di incontinenza è molto comune nei soggetti più anziani ed avviene, solitamente, poco dopo aver avvertito un bisogno urgente ed incontrollabile di urinare. Le cause di tale fenomeno possono essere di origine transitoria, come un'infezione, o alterazioni del sistema nervoso centrale o periferico. **Per incontinenza di tipo misto si definisce la coesistenza di incontinenza urinaria da sforzo e da urgenza in**

percentuale variabile a seconda delle alterazioni patologiche presenti nel paziente.

È importante sottolineare che l'incontinenza urinaria è una condizione fortemente di genere. Difatti, le donne rappresentano la popolazione maggiormente affetta da tale condizione in quanto l'anatomia stessa degli organi pelvici femminili può facilitare l'insorgenza di problemi ai meccanismi di tenuta, così come il parto o la menopausa possono impattare fortemente sulle strutture anatomiche coinvolte. **Inoltre, l'incontinenza urinaria non è un fenomeno solo della terza età ma colpisce con una quota rilevante anche prima dei 30 anni.** La più frequente forma di incontinenza è quella da sforzo (circa il 50% dei casi), seguita da un 35% affetto dalla forma mista ed il restante da incontinenza da urgenza.

Dal punto di vista epidemiologico, la prevalenza dell'incontinenza urinaria varia approssimativamente dal 5% al 70%, anche se comunemente, in base a quanto evinto nella maggior parte degli studi condotti sul tema, è compresa tra il 25 e il 45%. La prevalenza aumenta con l'aumentare dell'età e, come già sottolineato, è nettamente maggiore nel sesso femminile, soprattutto nell'età perimenopausale. **Difatti più del 40% delle donne di età ≥ 70 anni è colpita da tale condizione. Le donne più anziane sono maggiormente affette da incontinenza da urgenza o di tipo misto, mentre nelle donne più giovani è più facilmente riscontrabile una incontinenza da stress.**

La Medicina Generale ha un ruolo chiave nella gestione di tale condizione. Tuttavia, risulta essere di estrema complessità per

il Medico di Medicina Generale (MMG) identificare e quantificare i pazienti affetti da incontinenza urinaria, e conseguentemente approfondire le cause di tale condizione ed eventualmente stabilire degli approcci terapeutici. Difatti, l'incontinenza urinaria viene vissuta da chi ne soffre come un fenomeno estremamente degradante ed umiliante, tanto da tenerlo nascosto al medico stesso. Questo comporta una difficile quantificazione dell'impatto epidemiologico dell'incontinenza urinaria a livello della popolazione generale, che si riflette in una possibile sottovalutazione del fenomeno e, conseguentemente, in una ridotta identificazione e gestione della quota di sommerso.

Comprendere il reale impatto di tale condizione nel setting della Medicina Generale, considerando il ruolo centrale attribuito alla Medicina Generale, è sicuramente un elemento di estrema rilevanza nell'ottica di ridurre la quota di sommerso e, quindi, migliorare la gestione del paziente con incontinenza urinaria. Ovviamente tutto ciò richiede innanzitutto una fonte dati adeguata alla realizzazione di tale proposito. Le banche

dati della Medicina Generale, come il database Health Search (HS) rappresentano difatti una preziosa fonte di informazione nello studio di tale problematica, difficilmente eguagliabile utilizzando altre fonti dati.

Sulla base di tali premesse, il seguente studio si è posto l'obiettivo di analizzare il fenomeno dell'incontinenza urinaria nel setting della Medicina Generale, mediante l'impiego dei dati di HS, attraverso l'inquadramento dell'impatto epidemiologico della malattia.

Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva nel periodo di studio (dal 1° gennaio 2018 al 31 dicembre 2018), in carico agli 800 MMG del network HS, validati per la qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

Prevalenza (%) dell'Incontinenza Urinaria, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una diagnosi di Incontinenza Urinaria (ICD9 CM: 788.30; 625.6; 788.39) al 31 dicembre 2018;

- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, attiva al 31 dicembre 2018.

Incidenza (x 1000 pazienti) dell'Incontinenza Urinaria, calcolata nel modo seguente:

- **numeratore:** numero di pazienti con una "nuova" diagnosi di Incontinenza Urinaria (ICD9 CM: 788.30; 625.6; 788.39) nel 2018;
- **denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS, privi della malattia al 1° gennaio del 2018.

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

Risultati dell'analisi

A partire dalla popolazione di assistiti degli 800 MMG ricercatori HS sono stati identificati 30.829 pazienti con una diagnosi di incontinenza urinaria, per una prevalenza pari allo 3,04%. La malattia ha mostrato un trend in crescita negli ultimi 10 anni, passando dall'1,59% nel 2009 al 3,04% nel 2018 (Figura 1).

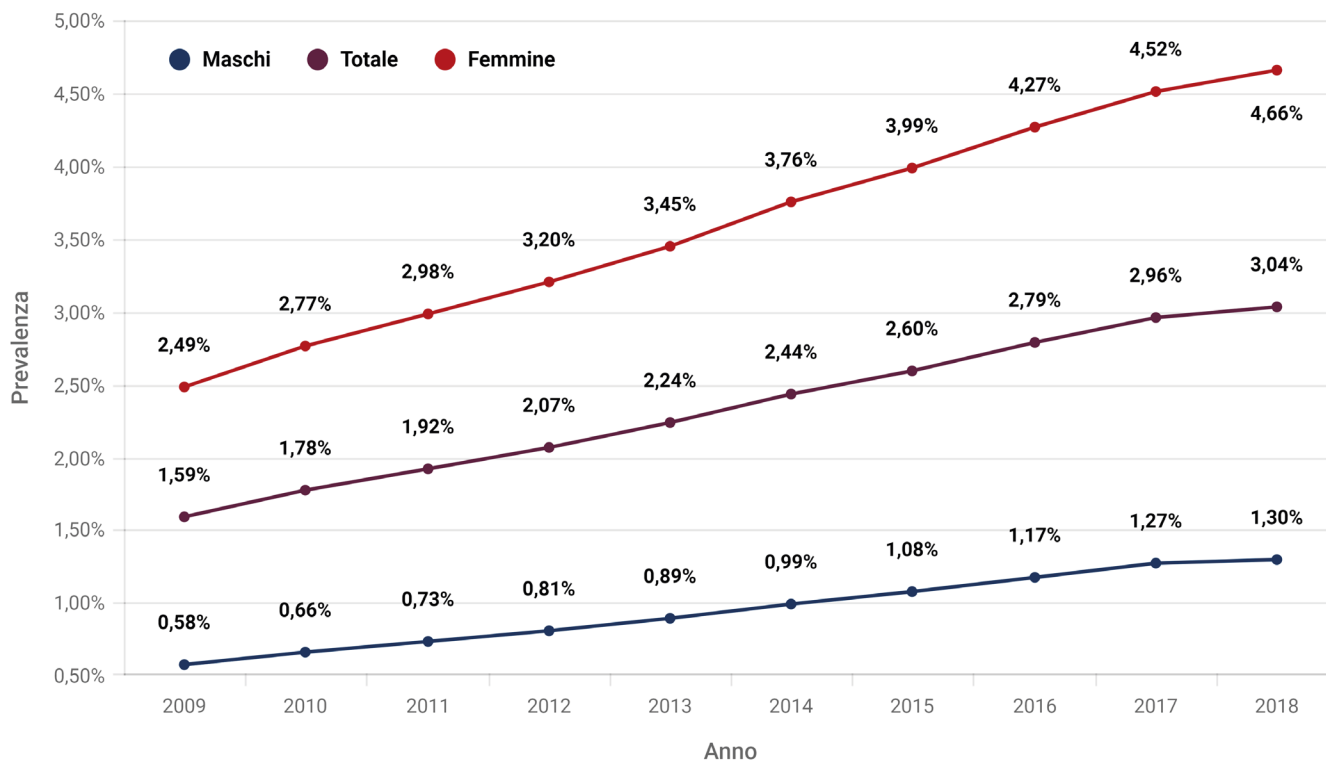
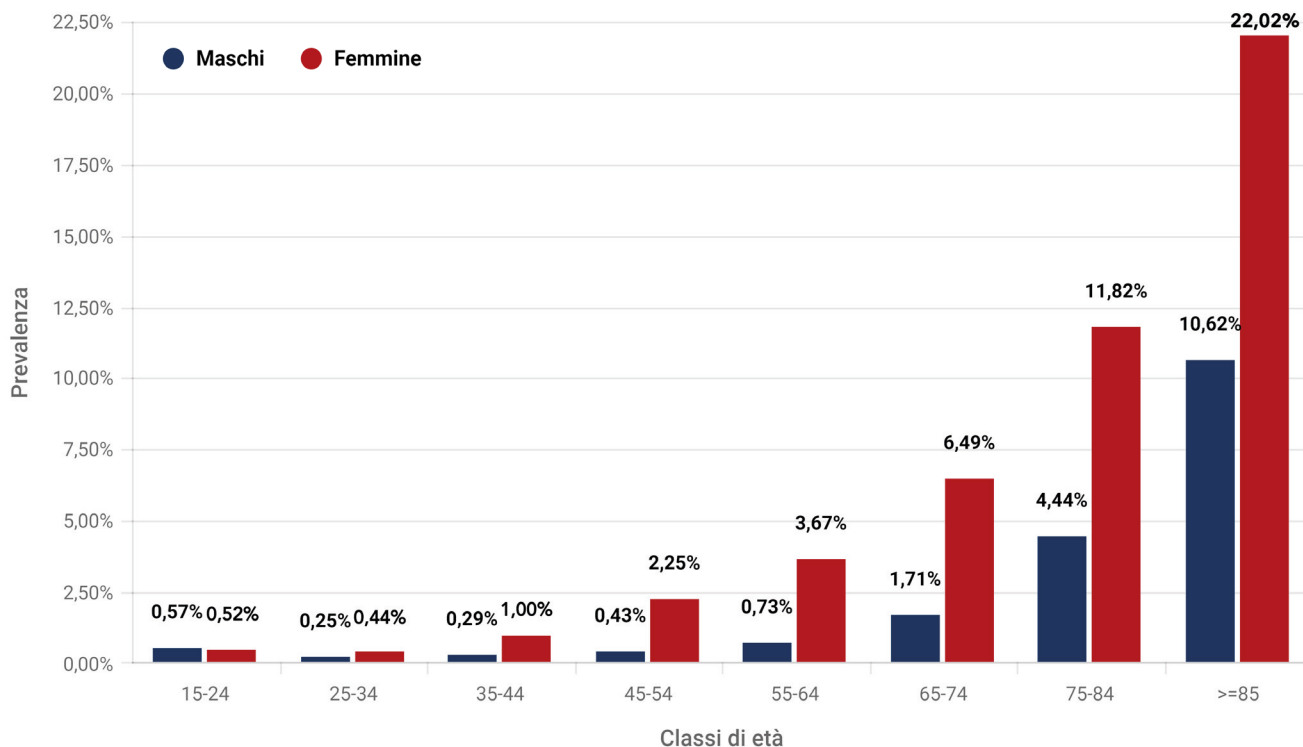


Figura 1. Prevalenza (%) dell'Incontinenza Urinaria nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2009 - 2018.

Figura 2. Prevalenza (%) dell'Incontinenza Urinaria nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.



La prevalenza, come aspettato, risultava superiore nelle donne rispetto agli uomini con un rapporto di circa 4:1 (F: 4,66% vs. M: 1,30%). Considerando le diverse fasce d'età per entrambi i sessi, seppur più marcatamente per le femmine, si osservava un **progressivo incremento nella prevalenza all'aumentare dell'età**, con il picco nei pazienti ultra ottantacinquenni (F: 22,02% vs. M: 10,62%) (Figura 2).

La prevalenza di incontinenza urinaria è stata valutata anche a livello regionale, evidenziando un certo grado di eterogeneità geografica (Figura 3). Difatti, le regioni associate a stime di prevalenza più elevate risultavano il Friuli-Venezia Giulia (3,96%), seguita da Umbria (3,78%), Sicilia (3,77%), Valle d'Aosta

(3,53%) e Toscana (3,50%). Per quanto riguarda l'incidenza di incontinenza urinaria nel 2018, emergevano 3.857 nuovi casi di malattia per una incidenza pari al 3,92‰. L'incidenza si è mantenuta sostanzialmente stabile nel corso degli anni, mostrando comunque con un trend lievemente in crescita (Figura 4).

Come nel caso della prevalenza, l'incidenza risultava più elevata nelle femmine rispetto ai maschi (F: 5,57‰ vs. M: 2,22‰). Stratificando l'analisi anche per fasce d'età, per entrambi i sessi l'incidenza aumentava al crescere dell'età e raggiungeva il picco nei pazienti ultra ottantacinquenni (F: 40,20‰ vs. F: 26,12‰) (Figura 5).

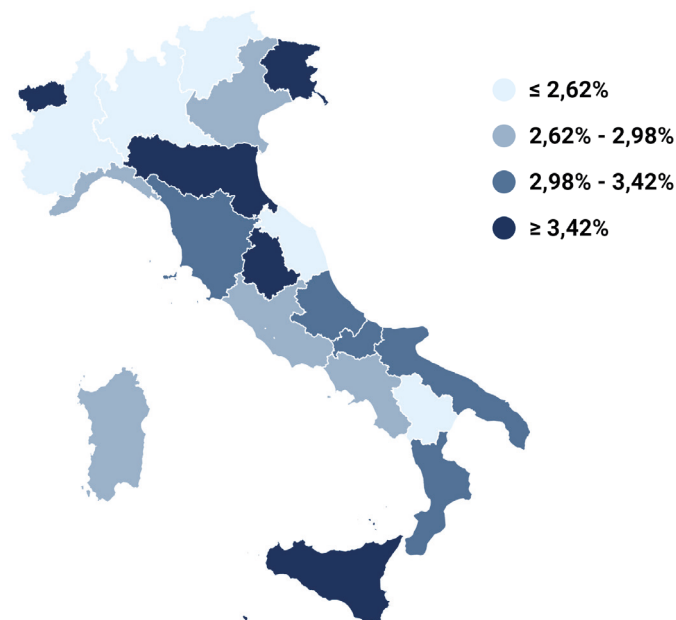
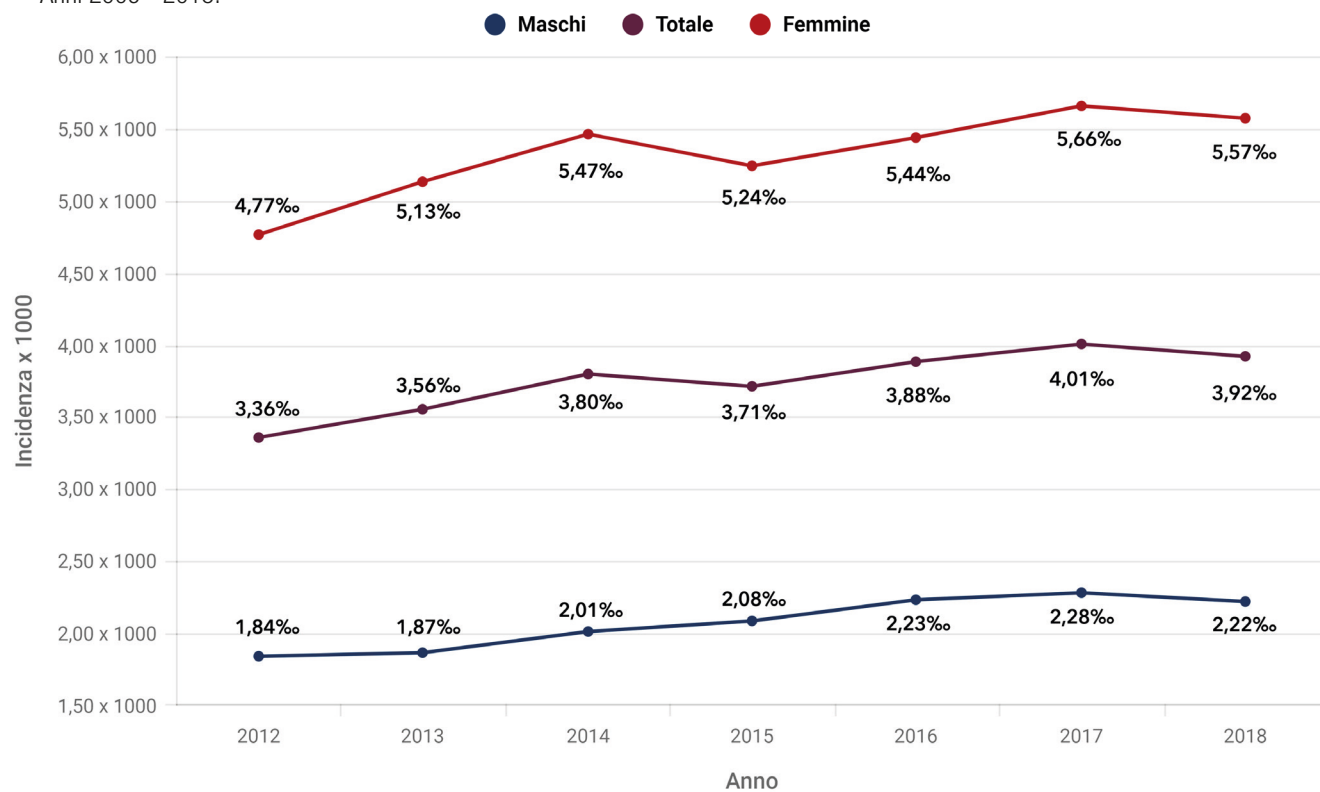


Figura 3. Prevalenza (%) dell'Incontinenza Urinaria nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.

Figura 4. Incidenza (%) dell'Incontinenza Urinaria nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2009 - 2018.



Nota: Il trend annuale dell'incidenza potrebbe risentire di variazioni dovute a: i) differenze nella modalità di registrazione della data di insorgenza della patologia, ossia data del primo contatto con il medico oppure data effettiva della diagnosi; ii) differenze nella sensibilizzazione verso la registrazione di alcune patologie; iii) differenze nell'accuratezza di registrazione dei codici ICD9.

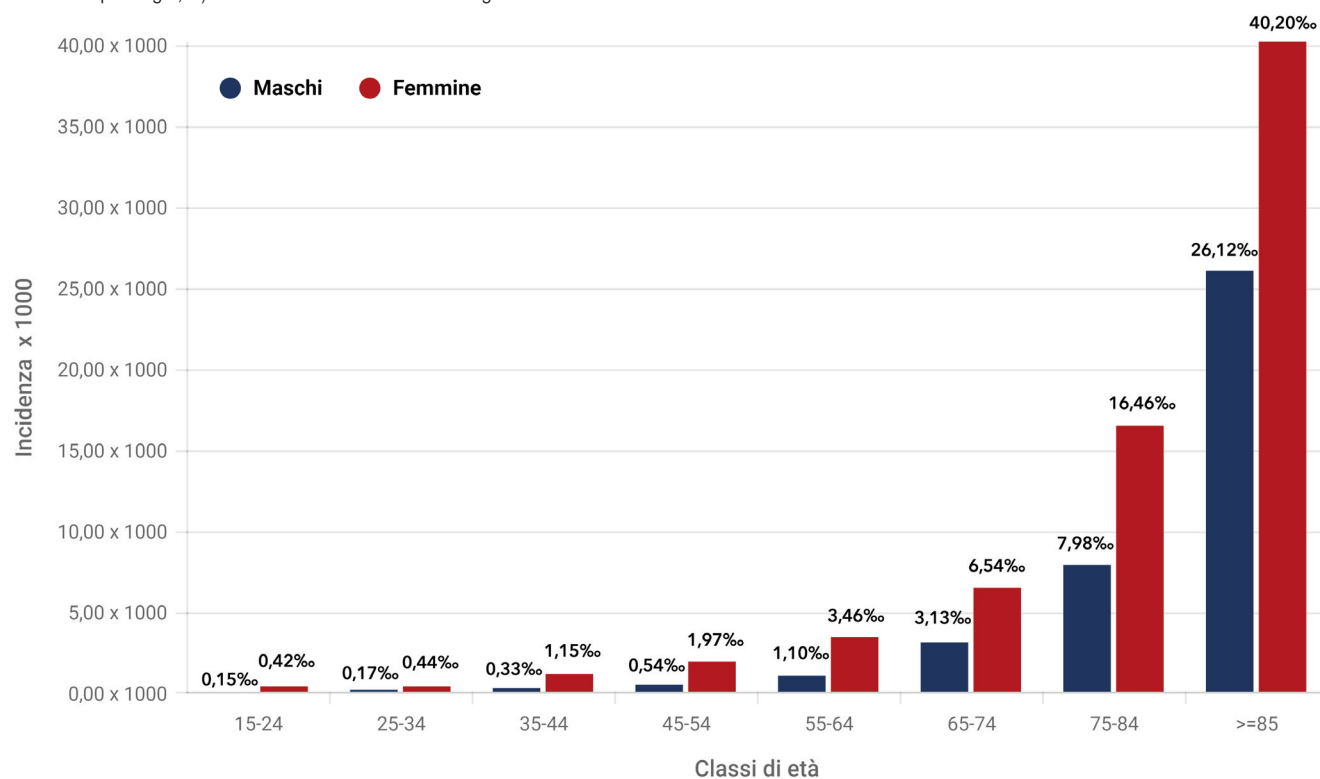
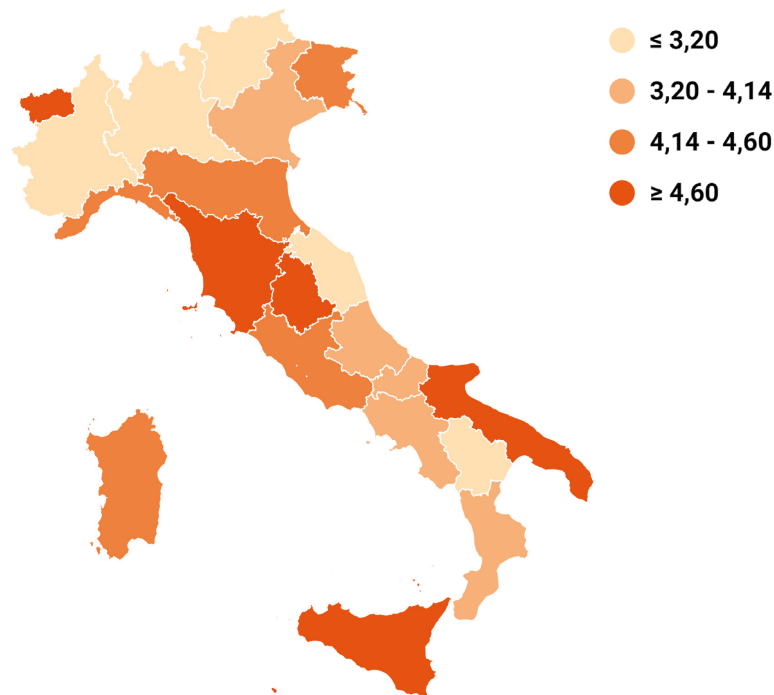


Figura 5. Incidenza (%) dell'Incontinenza Urinaria nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per sesso e classi d'età. Anno 2018.

Figura 6. Incidenza (%) dell'Incontinenza Urinaria nella popolazione attiva del campione degli 800 Medici HS. Distribuzione per regione. Anno 2018.



Analizzando l'incidenza di incontinenza urinaria su base regionale, questa risultava sovrapponibile a quanto emerso dalla precedente analisi (Figura 6). In particolare, la regione che mostrava la stima più elevata era la Valle d'Aosta (6,13%), seguita dalla Sicilia (5,25%), Umbria (4,89%) e Toscana (4,72%).

Il parere del Medico di Medicina Generale

L'incontinenza urinaria è un disturbo comune nelle donne di tutto il mondo. Ancora oggi risulta un problema "sommerso", sottostimato e sottotrattato che ha ripercussioni sulla qualità di vita e comporta, inoltre, un notevole onere economico. Focalizzandosi sul genere femminile, maggiormente afflitto da tale condizione, a fronte di un'elevata stima numerica di donne incontinenti, **le richieste delle assistite al proprio MMG non sono numerose, anche se comunque vengono registrate in aumento.** Le più frequenti sono quelle tese ad ottenere la fornitura degli ausili di assorbimento per pazienti non autosufficienti. **Il MMG può giocare un ruolo fondamentale in questo scenario. Attraverso semplici strategie (disponibilità all'ascolto, medicina di opportunità, utilizzo di semplici domande chiave, comunicazione**

attraverso la sala d'attesa) può riconoscere precocemente chi è portatore di incontinenza urinaria, classificandolo per sottotipo ed individuando le cosiddette Red Flags (incontinenza urinaria complicata, cioè associata a dolore, ematuria, storia di infezioni ricorrenti delle vie urinarie, pregressa chirurgia o radioterapia pelvica, perdite continue suggestive di fistole, disturbi dello svuotamento o sospette malattie neurologiche) che giustificano l'invio allo specialista uro-ginecologo. Oltre ad un'anamnesi accurata, un esame obiettivo completo e l'esame delle urine, **il MMG può avvalersi di questionari (ICIQ-UI SF e Revised Urinary Incontinence Scale), di un diario minzionale di tre giorni, dello stress test della tosse**

ed eventualmente della misurazione del residuo vescicale post minzionale (mediante ecografia).

Lo step successivo consiste nel discutere l'impatto dei sintomi sulla qualità della vita e il desiderio di trattamento. Per un corretto invio alle cure secondarie, è fondamentale che **il MMG conosca le strutture territoriali e sappia attivare la consulenza specialistica per una gestione condivisa del problema e per valutare, assieme alla paziente (o al paziente) e alle figure specialistiche di riferimento, le possibili opzioni terapeutiche (terapia fisica e comportamentale, terapia farmacologica e terapia chirurgica) per attenuare o risolvere uno stato che invalida la qualità di vita.**

Per approfondire...

- Rubini S. **Incontinenza urinaria: un problema troppo spesso nascosto.** SIMG 2002;2-3
- Haylen BT, et al. **An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction.** Neurourol Urodyn. 2009;29:4-20.
- NICE guideline [NG123]. **Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management.** Published date: 02 April 2019; Last updated: 24 June 2019
- Saarni SI, et al. **The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: a general population survey in Finland using 15D and EQ-5D.** Qual Life Res. 2006;15:1403-1414.
- Aoki Y et al., **Urinary incontinence in women.** Nat Rev Dis Primers. 2017 Jul 6;3:17042.
- Milsom I, Gyhagen M. **The prevalence of urinary incontinence.** Climacteric. 2019 Jun;22(3):217-222

RICERCA INTERNAZIONALE

Comparazione sulla sicurezza cardiovascolare del ranelato di stronzio e dei bisfosfonati: uno studio multi-database in 5 paesi Europei ad opera di EU-ADR Alliance.

Ali MS^{1,2}, Berencsi K^{3,4}, Marinier K⁵, Deltour N⁵, Perez-Guthann S⁶, Pedersen L⁴, Rijnbeek P⁷, Lapi F⁸, Simonetti M⁸, Reyes C⁹, Van der Lei J⁷, Sturkenboom M¹⁰, Prieto-Alhambra D^{3,9}

¹ Pharmaco and Device Epidemiology, Centre for Statistics in Medicine, NDORMS, University of Oxford, Oxford, UK. ² Faculty of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel St, Bloomsbury, London, WC1E 7HT, UK. ³ Pharmaco- and Device Epidemiology, Centre for Statistics in Medicine, NDORMS, University of Oxford, Oxford, UK. ⁴ Department of Clinical Epidemiology, Aarhus University, Aarhus, Denmark. ⁵ Department of Pharmacoepidemiology and Real World Evidence, Servier, Suresnes, France. ⁶ RTI Health Solutions, Barcelona, Spain ⁷ Department of Medical Informatics, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, Netherlands. ⁸ Health Search, Italian College of General Practitioners and Primary Care, Florence, Italy. ⁹ GREMPAL Research Group, Idiap Jordi Gol Primary Care Research Institute and CIBERFes, Universitat Autònoma de Barcelona and Instituto de Salud Carlos III, Barcelona, Spain. ¹⁰ Julius Global Health, University Medical Center, Utrecht, Netherlands.

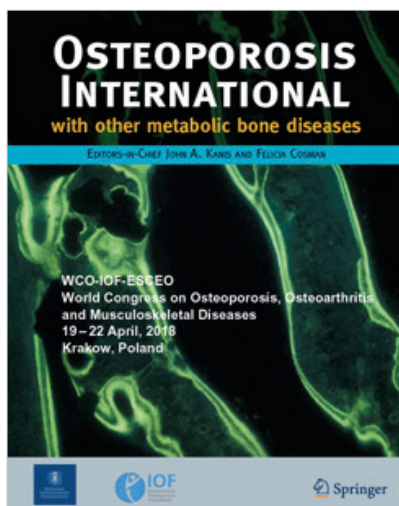
Tratto da: **Osteoporosis International**

Sito web: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00198-020-05580-0>

Il contesto

Il ranelato di stronzio è stato autorizzato nel 2004 per il trattamento dell'osteoporosi nelle donne in postmenopausa in quanto è in grado di incrementare la formazione ossea (in vitro) e al contempo diminuirne il riassorbimento, determinando un riequilibrio del turnover osseo a favore della sua formazione. Successivamente, nel 2012 ha anche ottenuto l'autorizzazione per il trattamento dell'osteoporosi negli uomini adulti a maggior rischio di fratture. Tuttavia, nell'ambito di una valutazione del rapporto rischio-beneficio condotta dall'Agenzia europea per i medicinali (EMA), era emerso un incremento nel rischio di gravi disturbi cardiaci associati all'uso di ranelato di stronzio, senza però osservare un aumento del rischio di mortalità. Tutto ciò ha comportato la necessità di condurre un'ulteriore valutazione dei benefici e dei rischi del trattamento. Come risultato, una serie di nuove controindicazioni e restrizioni all'uso del ranelato di stronzio, nonché

misure di minimizzazione del rischio (Risk Minimization Measures - RMM), sono state indicate da EMA con l'obiettivo di massimizzare il rischio-beneficio nell'uso del ranelato. Tali misure comportavano una riduzione della popolazione target al trattamento,



escludendo di fatto tutti i soggetti affetti (attualmente o in passato) da cardiopatia ischemica, malattia arteriosa periferica, malattia cerebrovascolare o ipertensione incontrollata, nonché

limitando l'utilizzo del farmaco al trattamento dell'osteoporosi grave nelle donne in postmenopausa a alto rischio di frattura e negli uomini con aumentato rischio di frattura. Tali limitazioni sono state disseminate a partire dal maggio 2013. In seguito ad una ulteriore rivalutazione del beneficio-rischio del trattamento, l'utilizzo del ranelato di stronzio è stato limitato ai soggetti con osteoporosi severa ad alto rischio di fratture per i quali non era possibile utilizzare differenti trattamenti farmacologici.

Infine, uno studio post-autorizzativo di sicurezza, cosiddetto PASS study, e uno studio di valutazione dell'efficacia del RMM sono stati richiesti da EMA allo scopo di valutare la sicurezza cardiovascolare e tromboembolica del ranelato di stronzio quando utilizzato nella reale pratica clinica. Difatti, le evidenze estrapolate da precedenti studi osservazionali che erano stati condotti allo scopo di valutare la sicurezza del ranelato di stronzio erano eterogenee, non riscontrando difatti un aumento nel rischio di infarto miocardico ma mettendo in evidenza

risultati contrastanti per quanto riguarda la mortalità. Inoltre, solo uno degli studi osservazionali valutava il rischio nelle donne in postmenopausa senza controindicazioni e negli uomini. Infine, in tali studi, erano scarsamente considerati importanti fattori di rischio come il fumo, o all'abuso di alcol e molti altri.

Erano pertanto necessarie nuove evidenze sulla sicurezza cardiovascolare del ranelato di stronzio utilizzato sia nelle donne in postmenopausa che negli uomini, entrambi privi di controindicazioni.

Il seguente studio rappresenta difatti lo studio PASS richiesto da EMA allo scopo di colmare il gap conoscitivo sulla sicurezza cardiovascolare del ranelato di stronzio. Gli obiettivi dello studio erano quelli di valutare il rischio di eventi cardiaci e tromboembolici tra i nuovi utilizzatori di ranelato di stronzio e di bifosfonati orali, nonché, obiettivo tuttavia secondario, stimare il tasso di incidenza di tali eventi.

Lo studio

Per rispondere agli obiettivi appena descritti, l'EU-ADR Alliance, una federazione di istituti di ricerca farmacoepidemiologica in Europa tra i quali è presente SIMG con il centro di ricerca Health Search, ha condotto uno studio caso-controllo annidato in una coorte utilizzando i dati presenti in 5 database europei (Aarhus-Danimarca, HSD-Italia, IPCI-Olanda, SIDIAP-Spagna, THIN-UK) allo scopo di stimare il rischio di eventi cardiaci e tromboembolici, in particolare infarto miocardico acuto (IMA), tromboembolismo venoso (TEV), e mortalità cardiovascolare, tra i nuovi utilizzatori di ranelato di stronzio, nonché rispetto ad un comparatore attivo rappresentato dagli utilizzatori di bifosfonati orali (alendronato, ibandronato e risondronato).

Entrambi i trattamenti dovevano essere iniziati nel periodo antecedente l'emanazione dell'RMM (giugno 2013),

e gli utilizzatori dovevano essere privi di controindicazioni al ranelato riportate nel RMM. Infine, l'esposizione ai due trattamenti in studio è stata categorizzata come corrente, recente o passata in relazione all'evento in studio (outcome).

In generale, la coorte analizzata comprendeva 70.000 utilizzatori incidenti di ranelato di stronzio e 525.000 di bifosfonati. Escludendo i soggetti con controindicazioni alla terapia con ranelato, 63.000 utilizzatori di quest'ultimo e 430.000 utilizzatori del comparatore risultavano eleggibili allo studio caso-controllo annidato in una coorte. Gli utilizzatori di ranelato di stronzio e di bifosfonati orali erano principalmente donne e con un'età media pari a circa 71 anni.

Inizialmente sono state calcolate le stime relative ai tassi di incidenza (1000 persone-anno) degli eventi cardiaci e tromboembolici nella coorte di esposti a ranelato di stronzio e bifosfonati, con o senza controindicazioni. In particolare, si osservava come il tasso di incidenza di IMA fosse sostanzialmente simile negli utilizzatori correnti, recenti e passati di ranelato di stronzio (privi di controindicazioni). Considerando gli utilizzatori di ranelato con una o più controindicazioni, i tassi di incidenza risultavano sovrapponibili nei tre gruppi di esposizione (corrente, recente e passato), seppur, come atteso, con stime più alte rispetto alle precedenti. Nel gruppo di controllo, rappresentato dagli utilizzatori di bifosfonati orali privi di controindicazioni all'uso di ranelato, **i tassi di incidenza di IMA risultavano leggermente superiori rispetto a quelli identificati negli utilizzatori del sale dello stronzio.** Medesima tendenza si osservava per le stime di incidenza di IMA calcolate negli utilizzatori di bifosfonati privi o con una o più controindicazioni.

Per quanto riguarda i tassi di incidenza di TEV negli utilizzatori di ranelato di stronzio privi di controindicazioni, non emergevano differenze in base

allo stato di utilizzo del farmaco.

Al contrario, una differenza, seppur non significativa, si osservava nei tassi di incidenza di TEV calcolati negli utilizzatori di ranelato di stronzio con controindicazioni. In particolare, **gli utilizzatori correnti e recenti presentavano stime di incidenza più elevate rispetto a quelle riscontrate per gli utilizzatori passati.**

Infine, **il tasso di incidenza per mortalità cardiovascolare negli utilizzatori correnti di ranelato (senza controindicazioni) risultava maggiore rispetto a quanto emerso per gli utilizzatori passati, ma in linea con la stima di incidenza calcolata considerando gli utilizzatori recenti.** Come visto in precedenza, **la stima di incidenza di mortalità cardiovascolare risultava numericamente più alta negli utilizzatori correnti di ranelato di stronzio con controindicazioni, rispetto agli utilizzatori recenti e passati.**

Focalizzandosi sull'outcome primario dello studio, **non emergeva un maggior rischio di IMA negli utilizzatori correnti di ranelato di stronzio rispetto agli utilizzatori (correnti) di bifosfonati orali, in nessuno dei database utilizzati.** Risultati comparabili si osservavano confrontando gli utilizzatori correnti rispetto agli utilizzatori passati di ranelato. **Utilizzando due approcci analitici (meta- e mega-analisi) atti a calcolare la stima di associazione di rischio aggregato o "pooled" per l'uso corrente di ranelato rispetto a l'uso passato di bifosfonati, così come per l'uso corrente di ranelato rispetto all'uso passato, non emergevano differenze rispetto a quanto osservato nell'analisi principale.** Tali risultati erano in linea con quanto emerso nei precedenti studi osservazionali presenti in letteratura, i quali non avevano identificato nessuna associazione tra l'uso corrente di ranelato e il rischio di incorrere in eventi coronarici, nonché risultavano simili a quanto emerso dalla valutazione del profilo rischio-beneficio condotta da EMA escludendo i partecipanti con controindicazioni.

Diversamente, **per quanto concerne il rischio di TEV, gli utilizzatori correnti di ranelato di stronzio, rispetto agli utilizzatori di bifosfonati orali, erano associati ad un aumento statisticamente significativo, seppur borderline, del rischio.** Confrontando l'uso corrente rispetto all'uso passato di ranelato non emergeva nessuno aumento di rischio significativo in nessuno dei database coinvolti. **Tuttavia, gli utilizzatori recenti di bifosfonati, rispetto agli utilizzatori passati, erano associati ad un aumento statisticamente significativo del rischio di TEV in alcuni dei database partecipanti.**

Utilizzando i due approcci analitici atti a calcolare la stima di associazione "pooled", **emergeva un incremento borderline del rischio di TEV in caso di trattamento con ranelato di stronzio rispetto all'uso corrente di bifosfonati.** Tuttavia, **definendo l'evento TEV solo attraverso diagnosi ospedaliere e ripetendo l'analisi, tale associazione veniva persa.** Una possibile interpretazione fornita dagli autori è che il rischio aumentato fosse relativo ad eventi TEV meno gravi, i quali non richiedevano un ricovero ospedaliero.

L'uso corrente di ranelato risultava significativamente associato a un rischio aumentato di TEV rispetto ad un uso passato di tale farmaco. Infine, il rischio di TEV appariva significativamente aumentato negli utilizzatori recenti di bifosfonati rispetto agli utilizzatori passati.

Per quanto concerne l'ultimo outcome valutato nello studio, cioè la mortalità cardiovascolare, **emergeva un aumento di rischio, seppur borderline, per gli utilizzatori correnti di ranelato di stronzio (rispetto agli utilizzatori correnti di bifosfonati) solo in tre dei cinque database utilizzati nello studio.** Per i restanti due, non è stato possibile condurre l'analisi a causa della mancanza di casi caratterizzati da un uso corrente di ranelato. **Inoltre, in tutti i database, non emergevano differenze confrontando gli utilizzatori correnti**

di ranelato rispetto agli utilizzatori passati.

Una maggiore eterogeneità nei risultati delle stime di rischio emergeva confrontando i bifosfonati in uso corrente rispetto ad un utilizzo passato. **Difatti, in tre database l'uso corrente era associato ad un rischio ridotto per mortalità cardiovascolare, mentre nei restanti due, non si osservava nessuna associazione significativa tra l'esposizione e l'outcome.**

Utilizzando i due approcci per calcolare la stima di associazione "pooled, in un caso emergeva un incremento statisticamente significativo del rischio per mortalità cardiovascolare negli utilizzatori correnti di ranelato rispetto ai corrispettivi utilizzatori di bifosfonati. **Utilizzando il secondo approccio, i risultati ottenuti mostravano stime di rischio borderline, ma comunque in linea con la precedente. Infine, l'uso corrente di ranelato rispetto all'uso passato era associato ad una riduzione nel rischio di morte cardiovascolare, così come in caso di un uso corrente di bifosfonati rispetto ad un uso passato.**

Le ragioni di tali risultati, come descritto dagli autori, sono le seguenti: mentre la riduzione osservata nella mortalità cardiovascolare in seguito ad un uso corrente di farmaci anti-osteoporotici potrebbe essere correlata ad una sospensione di tali farmaci in base alla fragilità stessa dei pazienti, l'incremento nel rischio emerso dal confronto tra ranelato e bifosfonati potrebbe essere spiegato dal confondimento da indicazione. Difatti, sebbene alcuni studi mettersero in luce l'effetto cardioprotettivo dell'alendronato, tali risultati non erano però coerenti con quanto emerso dalla valutazione del rischio di IMA.

In base ai risultati appena descritti, gli autori concludevano che i pazienti senza controindicazioni a ranelato non erano associati ad un aumento nel rischio di IMA. Diversamente, gli utilizzatori correnti di ranelato erano associati ad un incremento di rischio del 25-30% per TEV e del 35% per

mortalità cardiovascolare, rispetto agli utilizzatori correnti di bifosfonati orali, nonostante vi fosse evidenza di una riduzione del rischio di morte negli utilizzatori correnti di ranelato rispetto agli utilizzatori passati.

Il contributo di Health Search alla ricerca medico-scientifica

Lo studio appena descritto rappresenta un esempio della grande utilità dei dati contenuti nel database Health Search, che, al pari di pochi altri database a livello europeo, viene impiegato per condurre studi "real world" di grande impatto clinico ed epidemiologico, anche per le agenzie regolatorie italiane ed europee. Infatti, solo mediante fonte dati di buona qualità, con una grande diversità di informazioni e che riguardano ampie e rappresentative popolazioni, è possibile studiare e comprendere tematiche complesse e fortemente rilevanti come quelle presentate nel suddetto studio. **In conclusione, questo studio conferma l'estrema utilità del database HS nel mondo della ricerca nazionale e internazionale, nonché mostra come il database rivesta un ruolo centrale nella conduzione di studi "real-world".**

CONTRIBUTO SPECIALE

Appropriatezza prescrittiva in Medicina Generale: il contributo di Health Search al Rapporto OsMed 2019 sull'uso dei farmaci in Italia.

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

Sito web: <https://www.aifa.gov.it/rapporti-osmed>

Il Rapporto OsMed 2019

Il Rapporto Nazionale sull'Uso dei Farmaci in Italia, realizzato dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) dell'AIFA, dal 2001, fornisce una descrizione dell'assistenza farmaceutica nel nostro Paese, costituendo, di fatto, un importante strumento di confronto e di valutazione delle attuali politiche del farmaco nonché degli eventuali interventi futuri. Difatti, Il Rapporto OsMed non si limita a valutare solo la dinamica temporale del consumo dei farmaci, ma consente anche di analizzare i pattern prescrittivi, intercettare i cambiamenti di salute della popolazione e dell'assistenza farmaceutica, mediando iniziative informative e formative basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili.

Lo scorso agosto è stata presentata l'ultima edizione del Rapporto, arrivato ormai alla ventesima, contenente i dati relativi all'anno 2019. Il Rapporto, come ogni anno, fornisce un'analisi dei dati di consumo e di spesa dei medicinali in Italia, corredato da approfondimenti sul consumo dei farmaci per età e genere, sulle classi terapeutiche a maggiore prescrizione e con analisi specifiche sull'andamento regionale, nazionale e internazionale.

L'edizione di quest'anno si è inoltre arricchita di numerose novità rispetto alle precedenti, come l'inserimento di analisi specifiche sulla dinamica temporale dei prezzi e il confronto internazionale sulla spesa farmaceutica, sui prezzi e sul ricorso ai farmaci equivalenti. Difatti, per la prima volta sono state introdotte analisi sugli andamenti temporali dei costi per alcune specifiche categorie

terapeutiche, così da poter valutare nel tempo quanto sostiene per il trattamento farmacologico di una determinata patologia il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il Rapporto si è inoltre arricchito di nuovi approfondimenti sulla Distribuzione in nome e per conto e sulla Distribuzione Diretta, nonché sulla fascia C. In particolare, sono state considerate diverse categorie di farmaci, inclusi quelli acquistati dalle strutture pubbliche del SSN, la categoria dei farmaci inclusi nella fascia C-non negoziata, oltre a quelli acquistati direttamente dai cittadini.

Infine, è stata ampliata la sezione dedicata alla valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, introducendo confronti a livello regionale nell'aderenza al trattamento farmacologico e inserendo nuove categorie di farmaci.

In tale contesto, dopo un'assenza risalente all'edizione del 2015, la SIMG ha nuovamente preso parte alla realizzazione del Rapporto, analizzando, attraverso i dati presenti sul database Health Search, l'appropriatezza prescrittiva nella Medicina Generale. Grazie al contributo di SIMG il Rapporto si è arricchito di una valutazione sulla prevalenza di alcune delle più importanti patologie croniche in Italia, nonché di un'analisi sull'appropriatezza prescrittiva in funzione delle caratteristiche cliniche dei pazienti. L'utilizzo dei dati della Medicina Generale ha consentito di affiancare ad un rapporto quantitativo, una valutazione sulle condizioni di salute e di malattia degli italiani e fornire un denominatore e un riferimento ai numeri presenti nel Rapporto.

Il contributo di Health Search al Rapporto OsMed 2019

All'interno del Rapporto OsMed 2019, SIMG ha curato e realizzato una sezione dedicata alla valutazione dell'appropriatezza prescrittiva nella Medicina Generale mettendo difatti a disposizione dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali diverse analisi derivanti dai dati raccolti attraverso Health Search. Le informazioni presenti in Health Search, adeguatamente analizzate, consentono di fotografare lo stato di salute della popolazione e di sviluppare indicatori di appropriatezza d'uso dei farmaci, intesi come "elementi specifici e misurabili della pratica clinica, sviluppati sulla base di solide evidenze scientifiche e utilizzati come unità di misurazione della qualità dell'assistenza".

Partendo quindi da un solido dato epidemiologico, derivante dai dati "real-world", è stato possibile identificare la prevalenza di alcune patologie croniche, nonché mettere in evidenza l'appropriatezza prescrittiva in funzione delle caratteristiche cliniche dei pazienti. In particolare, le stime di prevalenza hanno costituito il denominatore per il calcolo della prevalenza d'uso dei farmaci, per i quali sono stati sviluppati specifici indicatori così da mettere in luce eventuali evidenze di appropriatezza o inappropriata prescrittiva, e fornendo, quindi, un tracciato sul comportamento dei Medici di Medicina Generale (MMG) nel trattamento delle più frequenti patologie croniche.

La scelta degli indicatori si è basata sulla presenza di una solida evidenza scientifica in merito ai dati, l'evidenza di un alto livello basale di inappropriata, un consenso

di massima manifestato dai medici prescrittori e l'applicabilità in diversi contesti nazionali e internazionali.

Il set di indicatori riportati nel Rapporto è stato organizzato in base al problema clinico-epidemiologico, esplicitando al suo interno le categorie farmaceutiche e terapeutiche considerate. Ogni problema clinico-epidemiologico preso in esame è stato caratterizzato da una breve descrizione dell'importanza clinica, nonché della letteratura di riferimento, seguita dalla delucidazione della metodologia utilizzata per lo sviluppo dell'indicatore.

Entrando nel merito del contributo curato da SIMG, la valutazione dei profili prescrittivi e dell'appropriatezza d'impiego ha riguardato le principali categorie di farmaci prescritte nella Medicina Generale.

In particolare, sono state selezionati i farmaci per la prevenzione del rischio cardiovascolare (es. antipertensivi e ipolipemizzanti), i farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, i farmaci antiacidi/antisecretori/gastroprotettori, antidepressivi farmaci sedativo – ipnotici e ansiolitici, i farmaci per il trattamento dell'osteoporosi, antitrombotici, corticosteroidi e FANS/Coxib. Per ogni classe farmacologica è stata inizialmente stimata la prevalenza relativa alla patologia oggetto del trattamento farmacologico, stratificando l'analisi per età, sesso e area geografica. Ponendo l'attenzione anche al fenomeno della multicronicità, **molte delle stime di prevalenza di patologia sono state calcolate stratificando l'analisi in base alla presenza o meno di comorbidità, nonché in base al tipo di patologia (es. prevalenza di ipertensione e scompenso cardiaco).** Inoltre, sono stati realizzati indicatori ad hoc, con l'obiettivo di valutare la distribuzione dei pazienti affetti da una data patologia, in funzione di specifiche caratteristiche clinico-patologiche (es. pressione arteriosa, abitudine al fumo o valori di colesterolo).

Allo scopo di valutare i profili prescrittivi sono state calcolate le prevalenze d'uso delle categorie farmacologiche considerate nel Rapporto.

Queste sono state calcolate stratificando l'analisi non solamente in base all'area geografica, sesso ed età dei pazienti,

ma anche in base alla presenza o meno di patologie concomitanti. Tutto ciò allo scopo di fornire un quadro il più dettagliato possibile delle abitudini prescrittive in Medicina Generale e cercando di mettere in luce elementi virtuosi o di criticità, anche attraverso un confronto rispetto ai criteri di rimborsabilità associati ai farmaci in studio.

In linea con tutto ciò, per molte delle problematiche clinico-epidemiologiche considerate nel Rapporto, sono stati realizzati specifici indicatori, sulla base delle più solide e recenti evidenze scientifiche nonché in base ai criteri di rimborsabilità, allo scopo di valutare l'appropriatezza prescrittiva in contesti di popolazione o di malattia noti per la loro criticità in termini di appropriatezza. Per citarne alcuni, è stata analizzata e stimata la quota di soggetti in trattamento con statine in prevenzione primaria tra la popolazione con età ≥ 80 anni, così come la proporzione di pazienti che utilizzano antidepressivi triciclici tra la popolazione con età ≥ 65 anni.

Il contributo di SIMG al Rapporto OsMed 2019 non si è limitato alla sola valutazione delle scelte prescrittive del medico, **ma ha cercato, attraverso specifici indicatori, di analizzare le modalità di utilizzazione del farmaco in termini di aderenza terapeutica, così da fornire una valutazione completa dei profili di appropriatezza d'uso dei medicinali.**

Difatti, una mancata o una scarsa aderenza, oltre ad esporre il paziente a possibili effetti collaterali e non garantire un controllo adeguato della patologia o della sintomatologia ad essa associata, è in grado di incidere fortemente sui costi sanitari a cause di un aumento delle ospedalizzazioni nel numero dei farmaci prescritti in seguito a peggioramenti o complicanze.

In tal senso, per ogni classe terapeutica selezionata è stata stimata la quota di pazienti aderenti, calcolata considerando il numero di soggetti con almeno l'80% dei giorni coperti dal trattamento.

Questa è stata valutata non solo in generale, ma anche stratificandola sulla base di specifiche caratteristiche cliniche dei pazienti, così da fornire una completa visione e comprensione del fenomeno.

Per citare un esempio, è stata valutata

la percentuale di pazienti aderenti al trattamento con ipolipemizzanti tra i soggetti con dislipidemia. Considerando il fenomeno della multicronicità, la proporzione di pazienti aderenti è stata valutata anche in base al numero di patologie concomitanti. Difatti, in presenza di più patologie croniche, il ruolo del MMG è cruciale nell'evitare di perdere la continuità di cura che è minata dalla tendenza dei pazienti con multicronicità a riferirsi a diversi specialisti. Tale analisi è stata ulteriormente stratificata, oltre che per sesso e per età, anche per area geografica. Inoltre, la percentuale di pazienti aderenti è stata stimata stratificando l'analisi in base alla tipologia di molecola o classe farmacologica, allo scopo, quindi, di fornire una visione dettagliata e mettere in luce eventuali elementi di criticità o di eterogeneità nel trattamento con tali farmaci.

Infine, la percentuale di aderenti è stata calcolata stratificando l'analisi in base al livello di rischio cardiovascolare, come da Nota 13, nonché in base all'uso in prevenzione primaria o secondaria.

Tutto ciò fornisce un quadro utile alla comprensione dei fenomeni prescrittivi, affiancandosi ai dati quantitativi presenti nel Rapporto, e, di conseguenza, risulta uno strumento di interpretazione dei dati di spesa farmaceutica derivante.

Per far ciò è necessario attingere a fonti dati che informino sullo stato di salute degli italiani, che riescano a inquadrare le loro problematiche e le loro malattie, nonché siano in grado di valutare come stiano evolvendo le popolazioni e le cronicità. In tale contesto, come dimostrato dal contributo di SIMG al Rapporto OsMed 2019, i sistemi informatici di gestione delle cartelle cliniche, se adeguatamente interrogati, costituiscono una preziosa fonte di informazioni. Infatti, essi possono fornire risposte ai nuovi bisogni professionali e alle richieste degli amministratori chiamati a progettare i nuovi modelli di governance, con l'obiettivo di garantire la migliore assistenza possibile al paziente e, al contempo, garantire la sostenibilità del SSN.

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.



IQVIA Italia

www.iqvia.com/it-it/locations/italy

IQVIA è leader mondiale nell'elaborazione e analisi dei dati in ambito healthcare e nello sviluppo di tecnologie e competenze che aiutino i clienti a far evolvere la sanità e la medicina allo scopo di realizzare un sistema sanitario più moderno, più efficace ed efficiente, creando soluzioni ad alto impatto per l'industria e i pazienti.



ISTAT

www.istat.it

La collaborazione con l'ISTAT prevede lo scambio di informazioni e competenze che consentano di migliorare l'informazione statistica nel settore della sanità. Questo contribuirà a significativi avanzamenti nell'ambito della comprensione dello stato di salute della popolazione in Italia, nella comprensione dell'utilizzo dei servizi e dei costi in ambito sanitario e nel rispondere a tutte le richieste di informazioni provenienti dalla comunità scientifica e dagli Organismi Internazionali.



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).



Ministero della Salute

Ministero della Salute Progetto analisi fattori di produzione per resilienza e sviluppo del SSN

www.ot11ot2.it/dfp-organismo-intermedio/progetti/analisi-dei-fattori-di-produzione-resilienza-e-sviluppo-del-ssn

Il progetto nasce dalla necessità di potenziare e consolidare la modernizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), prevista dal Patto per la Salute, attraverso strumenti di monitoraggio e verifica relativi all'adeguatezza dell'offerta dei fattori produttivi (personale, beni e servizi), che assicurino l'equità del sistema e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). All'interno del progetto una delle linee di intervento prevede lo sviluppo di un modello predittivo a supporto della programmazione sanitaria con l'obiettivo di indirizzare una corretta allocazione delle risorse economiche-finanziarie nell'ottica delle diverse attività assistenziali, nonché il calcolo dei costi per patologia. Le informazioni contenute nel database Health Search/IQVIA HEALTH LPD saranno di estrema utilità in tale processo.

OsMed (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali)



L'uso degli antibiotici in Italia. Rapporto Nazionale 2018.

www.aifa.gov.it/-/l-uso-degli-antibiotici-in-italia-rapporto-nazionale-anno-2018

Il Rapporto "L'uso degli antibiotici in Italia" 2018 descrive l'andamento dei consumi e della spesa di questa classe di farmaci nell'uomo e consente di identificare le aree di potenziale inappropriata. Le analisi riguardano l'uso degli antibiotici in regime di assistenza convenzionata, con focus sui consumi nella popolazione pediatrica e sulle prescrizioni di fluorochinoloni in sottogruppi specifici di popolazione. Oltre all'analisi sull'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero, è stata inclusa anche quella sull'acquisto privato di antibiotici di fascia A e la valutazione degli indicatori di appropriatezza prescrittiva. Nel gruppo di lavoro comprendente oltre ad AIFA, anche l'ISS, l'ARSS dell'Emilia Romagna e SIMG la quale ha sviluppato tramite Health Search/IQVIA HEALTH LPD indicatori atti a determinare su base regionale il profilo di appropriatezza prescrittiva dei Medici di Medicina Generale.

Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane

www.osservasalute.it



L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, nato su iniziativa dell'Istituto di Sanità Pubblica – Sezione di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - ha lo scopo di monitorare l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano attualmente i Sistemi Sanitari Regionali e trasferire i risultati ai responsabili regionali, aziendali e alla comunità scientifica nazionale ed internazionale. L'Osservatorio redige annualmente il "Rapporto Osservasalute" che analizza il Sistema Sanitario Nazionale a 360° prendendo in considerazione gli aspetti legati alle attività, alle risorse economiche e ai bisogni di salute della popolazione. Da quattro anni, SIMG mette a disposizione dell'Osservatorio diverse analisi derivanti dai dati raccolti attraverso il database Health Search/IQVIA HEALTH LPD.

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.

European Network of Centres for Pharmacoeconomics and Pharmacovigilance

www.encepp.eu



Siamo all'interno della rete scientifica ENCePP che è coordinata dall'Agenzia Europea del Farmaco. Siamo impegnati nel campo della ricerca aderendo alla guida ENCePP su metodologie Standard ed a promuovere l'indipendenza scientifica e di trasparenza, pubblicando nel E-Registro degli Studi dell' ENCePP, una risorsa accessibile pubblicamente per la registrazione di studi farmaco-epidemiologici e di farmacovigilanza.



The EU-ADR Alliance

A federated collaborative framework for drug safety studies

<http://eu-adr-alliance.com/>

EU-ADR Alliance nasce nel 2013 sulla base dei risultati del progetto EU-ADR "Exploring and Understanding Adverse Drug Reactions by Integrative Mining of Clinical Records and Biomedical Knowledge", finanziato dalla ICT unit della Commissione Europea. Ad oggi EU-ADR Alliance rappresenta un modello di collaborazione unico con l'obiettivo di condurre studi e rispondere a domande sulla sicurezza dei farmaci attraverso l'uso di dati provenienti da numerosi database sanitari (Electronic Healthcare Records (HER) database), tra cui il database Health Search/IQVIA HEALTH LPD.



The PHARMO Insitute

www.pharmo.nl

Fondata nel 1999, PHARMO è un'organizzazione di ricerca indipendente che si occupa di studi epidemiologici, di farmaco-utilizzazione, sicurezza dei farmaci, esiti di salute e utilizzazione delle risorse sanitarie. PHARMO ha sviluppato e mantiene una rete di database ampia e di alta qualità e lavora a stretto contatto con Università internazionali e nazionali nonché con altri database europei, tra cui il database Health Search/IQVIA HEALTH LPD.

Health Search Dashboard



Health Search Dashboard

www.healthsearch.it/dashboard

UN INNOVATIVO STRUMENTO DI REPORTISTICA E ANALISI EPIDEMIOLOGICA BASATO SUL DATABASE HEALTH SEARCH



Servizio rivolto ai Ricercatori Health Search ed alle istituzioni pubbliche quali Istituti di Ricerca e Aziende Sanitarie Regionali/Locali.

Valutazione del carico di lavoro in base ai contatti con gli assistiti e alle prestazioni erogate.



Artropatie e disturbi correlati

Analisi: Prevalenza, Incidenza e Prevalenza d'uso



BPCO

Analisi: Prevalenza - Prevalenza d'uso - Aderenza



K polmone



Fibromialgia



MICI

Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali



Utilizzo del Glucagone nei pazienti diabetici

Farmacoutilizzazione e Determinanti di prescrizione



Disglicemie



OSAS

Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (Obstruction Sleep Apnea Syndrome)



Riaccutizzazione BPCO

Analisi: Prevalenza, Accertamenti e Terapie



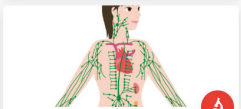
Urologia

Analisi: Incidenza e Accertamenti in ambito Urologico



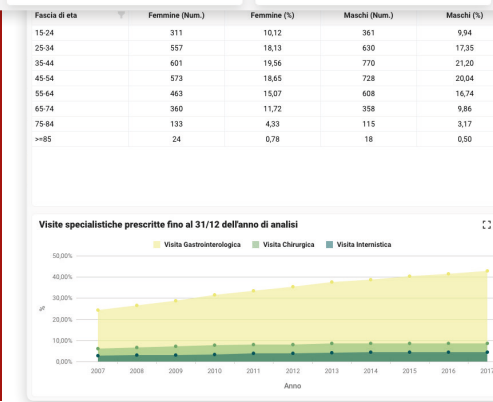
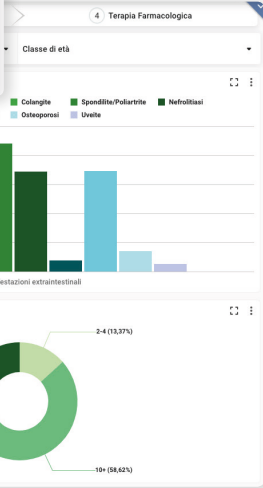
Eparina a Basso Peso Molecolare in profilassi TEV

Analisi: Prevalenza, Incidenza TEV e Terapia EBPM



Linfedema

Analisi: Prevalenza, Incidenza e Accertamenti



Cruscotti realizzati in base alle specifiche richieste dei Ricercatori Health Search e progettati per consentire la valutazione multidimensionale dei dati.

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 e canone ad un costo ridotto del 50% al fine di premiare lo sforzo che quotidianamente fate per consentire lo sviluppo della nostra rete di ricerca.

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

NUMERO VERDE GRATUITO
800 949502



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"

