



HS-Newsletter

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



SOMMARIO

News...

Health Search nella Relazione sullo Stato di Salute del Paese 2009 - 2010

... un recentissimo studio epidemiologico cross-sectional su BPCO e asma ha utilizzato i dati inseriti nell'Health Search Database, di proprietà della Società Italiana di Medicina Generale...

... è interessante segnalare che, secondo uno studio condotto nel 2007 tra i MMG inclusi nel sistema Health Search, la percentuale di pazienti con diagnosi di depressione maggiore trattati con antidepressivi...

continua a pag. 2-3

Analisi del mese...

L'insonnia nell'ambito della Medicina Generale

L'insonnia definisce l'esperienza soggettiva del paziente di un sonno insufficiente (scarsa durata) o poco ristoratore (scarsa qualità) e si può manifestare con uno o più indicatori notturni: difficoltà a iniziare e/o a mantenere il sonno, presenza di risvegli precoci, sensazione di sonno poco ristoratore (insonnia di 1° livello). Quando, oltre agli indicatori notturni, sono presenti anche sintomi diurni quali astenia, irritabilità, ansia, sonnolenza, difficoltà di concentrazione, depressione, si configura un'insonnia di 2° livello...

continua a pag. 4-5

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

News

Health Search nella Relazione sullo Stato di Salute del Paese 2009 - 2010
a cura del Ministero della Salute

Analisi del mese

L'insonnia nell'ambito della Medicina Generale
*a cura del Dr. Francesco Mazzoleni
responsabile Area Neurologica SIMG*

Ultima pubblicazione HS

Rischio di valvulopatia cardiaca associata all'uso di farmaci dopamino-agonisti nei pazienti affetti da malattia di Parkinson o iperprolattinemia
tratto da Drug Safety

Progetti Internazionali e Team Operativo

Suggerimenti per i ricercatori HS

Nuovo Portale di Formazione a Distanza dedicato a Millewin e MilleGPG: MILLECAMPUS

Come accedere al Database: ricerche ed analisi

Health Search nello Stato di Salute del Paese 2009 - 2010

(...continua dalla prima pagina)

...ASMA e BPCO e non solo...

Un recentissimo studio epidemiologico *cross-sectional* su BPCO e asma ha utilizzato i dati inseriti nell'*Health Search Database*, di proprietà della Società Italiana di Medicina Generale, che raccoglie informazioni su circa l'1,5% della popolazione adulta italiana servita dai medici generalisti. Dall'analisi di questi dati si evince che la prevalenza di asma e BPCO alla fine del 2009 è pari, rispettivamente, al 6,10% e al 2,83%, con un rapporto asma/BPCO pari a 2,16. La prevalenza dell'asma è apparsa maggiore nelle donne in tutte le fasce d'età, tranne in quella compresa tra i 15 e i 34 anni. Nella BPCO, la prevalenza è stata maggiore negli uomini in tutte le fasce d'età, con una marcata differenza tra i sessi, dopo i 64 anni di età. In particolare, essa è risultata pari al 14,15% negli uomini e al 6,61% nelle donne nei soggetti con più di

L'impiego dei dati registrati nell'*Health Search Database* ha permesso di fare una stima, ancorché grezza, della dimensione di questo specifico aspetto del problema nel nostro Paese. La prevalenza delle malattie cardiovascolari è risultata pari all'11,6% nella popolazione generale e all'11,1% nei pazienti con asma, mentre quella della malattia ipertensiva è stata pari al 25,7% nella popolazione generale e al 28,3% nell'asma. Complessivamente, il 28,7% della popolazione generale e il 37,8% degli asmatici sono stati identificati con un codice di registrazione per disturbi mentali non psicotici, tra cui disturbi depressivi non classificati altrove. La prevalenza di diabete mellito è stata del 7,8% nella popolazione generale e dell'8,4% nell'asma, mentre quella della dislipidemia è stata del 3,2% nella popolazione generale e del 4,2% nell'asma. Il 9,8% della popolazione generale e il 16,6% dei

Nell'ultima Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010 pubblicata dal Ministero della Salute - Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario - sono citati i dati di Health Search relativi all'andamento nella popolazione di due importanti patologie quali l'asma e la BPCO. Si tratta di un importante riconoscimento circa l'importanza di questo Istituto di Ricerca nella produzione di dati di interesse scientifico e politico-sanitario. Si consideri che gli ultimi dati ufficiali sulla prevalenza di queste patologie risalgono a studi compiuti negli anni '80-90 (Viegi G, Pedreschi M, Baldacci S, Chiaffi L, Pistelli F, Modena P, Vellutini M, Di Pede F, Carrozzi L. Prevalence rates of respiratory symptoms and diseases in general population samples of North and Central Italy. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1999 Nov;3(11):1034-42) e dall'ISTAT nel 2004 (studio EURISKO) su diagnosi riportate direttamente dai pazienti.

Disporre di dati derivati da diagnosi formulate direttamente dai medici generali e registrate nelle cartelle cliniche dei loro pazienti, conferisce a queste informazioni un grande valore sotto il profilo statistico. Esse ci consentono di seguire l'andamento delle patologie in rapporto alla distribuzione per età, sesso e regione geografica, di ricostruirne il percorso diagnostico e terapeutico ed osservarne le comorbidità.

Infine se da un lato questi dati dovrebbero essere indispensabili per la programmazione sanitaria, dall'altro essi rappresentano il presupposto per lo sviluppo degli strumenti di audit clinico, base dei moderni processi di formazione dei professionisti.

A cura del Dr. Germano Bettoncelli, Responsabile Area Pneumologica SIMG

News

...DEPRESSIONE

In questo ambito è interessante segnalare che, secondo uno studio condotto nel 2007 tra i MMG inclusi nel sistema *Health Search*, la percentuale di pazienti con diagnosi di depressione maggiore trattati con antidepressivi per un periodo superiore a 180 giorni, limite temporale considerato come indicatore di appropriatezza del trattamento, resta ben al di sotto del 50%.

Il Ministero della Salute a proposito di depressione, cita i MMG e HS. E questo mi sembra di per sè un dato molto rilevante, che conferma la consapevolezza da parte del Ministero, che della maggior parte dei depressi se ne occupano i Medici di Medicina Generale.

Entrando nell'analisi specifica dei dati, mi pare indispensabile considerare prima il dato relativo alla prevalenza di depressione: il dato di HS è 10,8% a fronte di un LAP (livello accettabile previsto) del 7% e di un ideale (golden standard) del 9%. Questo significa verosimilmente che i MMG hanno una buona sensibilità nella diagnosi di depressione, ma anche che probabilmente non sono molto specifici e includono nel "problema Depressione" anche alcuni casi di "depressione sotto soglia".

Ciò contribuisce a spiegare perché la percentuale di pazienti trattati con un antidepressivo per almeno 180 giorni all'anno è "solo" del 34,1% (a fronte di un LAP che è poi del 40%).

Verosimilmente nei casi di depressione sotto soglia i MMG mettono in atto una strategia di "vigile attesa" e, giustamente, non prescrivono subito un antidepressivo.

Inoltre va considerato che:

- non tutti i depressi che assumono antidepressivi lo devono fare tutti gli anni per 365 giorni all'anno;
- molti casi di depressione maggiore di livello lieve\medio possono essere trattati con un approccio psicoterapico, con risultati sovrapponibili a quelli dei farmaci antidepressivi.

Tutto ciò premesso, resta comunque importante fare ancora della formazione sui MMG finalizzata a ricordare che:

- si può certamente decidere di non trattare tutti i depressi con un AD, ma..
- se si decide invece di utilizzare un AD, è indispensabile far presente al paziente che il farmaco dovrà essere assunto con grande regolarità e per lunghi periodi di tempo (comunque mai meno di 6 mesi dopo la risoluzione dell'episodio).

A cura del Dr. Paolo Carbonatto, Responsabile Area Psichiatrica SIMG

L'insonnia nell'ambito della Medicina Generale

(...continua dalla prima pagina)

Premessa

L'insonnia definisce l'esperienza soggettiva del paziente di un sonno insufficiente (scarsa durata) o poco ristoratore (scarsa qualità) e si può manifestare con uno o più indicatori notturni: difficoltà a iniziare e/o a mantenere il sonno, presenza di risvegli precoci, sensazione di sonno poco ristoratore (insonnia di 1° livello). Quando, oltre agli indicatori notturni, sono presenti anche sintomi diurni quali astenia, irritabilità, ansia, sonnolenza, difficoltà di concentrazione, depressione, si configura un'insonnia di 2° livello. Esistono diverse varietà di insonnia che possono essere caratterizzate in base alla durata, alla gravità e al tipo. Riguardo alla durata, si distinguono l'insonnia occasionale, presente di solito per pochi giorni in persone con una normale storia di sonno; l'insonnia breve o di recente insorgenza, di durata inferiore a un mese; l'insonnia di lunga durata o persistente/cronica, di durata superiore a un mese. La gravità dell'insonnia dipende dalla sua distribuzione temporale e viene considerata grave quando è presente per tre notti alla settimana per almeno un mese.

Ognuno ha il proprio bisogno di sonno e occorre quindi stabilire a quale ipnotipo possa appartenere il paziente, lungo o breve dormitore e a quale cronotipo, serotino (gufo) o mattutino (allodola). Il tipo di insonnia si configura nella difficoltà di addormentamento (insonnia iniziale), nel sonno frammentato (insonnia centrale) o con risvegli precoci verso mattina (insonnia terminale). Nel caso sia indicata una terapia farmacologica, questa distinzione è importante per decidere la strategia più appropriata, facendo ricorso ai diversi farmaci sulla base della loro emivita (es. emivita breve in caso di insonnia iniziale).

Riguardo alle cause, l'insonnia viene definita primaria quando in sede anamnestica non si evidenzia alcuna causa apparente (20%), mentre è definita secondaria quando dipende da situazioni di comorbidità, da situazioni ambientali o da scarsa igiene del sonno (80%).

Il problema però non si esaurisce qui perché già da tempo sono emerse evidenze che correlano l'insonnia con patologie di varia natura. Infatti il disturbo di sonno, oltre a rappresentarne una potenziale causa, ne influenza l'evoluzione e la prognosi in senso negativo. Tra le più note, alcune patologie psichiatriche quali depressione, disturbi d'ansia, bouffée deliranti, riacutizzazioni psicotiche, ma anche patologie internistiche, soprattutto disturbi cerebro-cardiovascolari, malattie metaboliche e neurologiche.

Il MMG è il primo e principale interlocutore del paziente che soffre d'insonnia ed è la figura professionale che prima di altre può e deve diagnosticarla e pianificarne il trattamento anche e soprattutto per l'attitudine a gestire i problemi dei pazienti nel loro insieme.

La conoscenza dell'impatto epidemiologico attuale dell'insonnia e del suo relativo trattamento farmacologico nel contesto della Medicina Generale (MG) italiana, può essere un rilevante aiuto al medico di famiglia.

Metodi

Il periodo di riferimento è stato l'anno 2010. I pazienti sono stati considerati eleggibili qualora fossero stati presi in carico dai 700 "migliori" medici per la qualità del dato registrato.

Per quanto concerne il calcolo della prevalenza %, il numeratore e denominatore sono stati così definiti:

Prevalenza di insonnia:

[numeratore] numero di pazienti (registrati da almeno due anni nelle liste dei medici di MG) che riportavano una diagnosi di insonnia (codice ICD9CM: 780.52);

[denominatore] popolazione attiva nelle liste di assistenza del medico di MG con almeno 2 anni dalla presa in carico.

Prevalenza d'uso di ansiolitici ed ipno-sedativi:

[numeratore] numero di pazienti (registrati da almeno due anni nella liste dei medici MG) che riportavano una prescrizione di ansiolitici (codice ATC: N05B*) o ipnotico-sedativi (codice ATC: N05C*);

[denominatore] soggetti con diagnosi di insonnia in base alla codifica sopramenzionata.

Tutte le stime ottenute sono state stratificate per sesso, classi di età ed area geografica.

Risultati

Le stime di prevalenza di insonnia sono riportate in Tabella 1. Complessivamente, il 3,3% della popolazione assistita dai medici di medicina generale soffre di insonnia. In linea con i dati di letteratura, il sesso femminile risulta essere maggiormente colpito e, per entrambi i sessi, si evidenzia un trend di aumento della prevalenza di insonnia con l'aumento dell'età.

Per quanto concerne la distribuzione geografica, la prevalenza di insonnia risulta più elevata al centro-nord rispetto al sud d'Italia.

Riguardo al trattamento farmacologico, circa il 30% della popolazione risulta in trattamento con ansiolitici e più del 50% con ipno-sedativi. In accordo con i dati di prevalenza di insonnia, l'utilizzo della terapia è leggermente superiore per il sesso femminile (Tabella 2).

Analisi del mese

Tabella 1. Prevalenza (%) di Insonnia (ICD9 780.52) stratificata per sesso, fasce d'età e area geografica (anno 2010).

| Età | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|------------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|
| | Numero | % | Numero | % | Numero | % |
| 15-24 | 205 | 0.4 | 277 | 0.6 | 482 | 0.5 |
| 25-34 | 620 | 0.9 | 857 | 1.2 | 1477 | 1.0 |
| 35-44 | 1338 | 1.4 | 1969 | 2.0 | 3307 | 1.7 |
| 45-54 | 1929 | 2.1 | 3406 | 3.6 | 5335 | 2.9 |
| 55-64 | 2280 | 3.0 | 4301 | 5.3 | 6581 | 4.2 |
| 65-74 | 2806 | 4.7 | 4912 | 7.1 | 7718 | 6.0 |
| 75-84 | 2435 | 6.0 | 4797 | 8.1 | 7232 | 7.2 |
| >=85 | 986 | 6.9 | 2479 | 8.0 | 3465 | 7.7 |
| Area geografica | | | | | | |
| Piemonte/Aosta | 1136 | 3.6 | 2200 | 6.1 | 3336 | 4.9 |
| Liguria | 518 | 3.2 | 1030 | 5.3 | 1548 | 4.4 |
| Lombardia | 2388 | 2.9 | 4367 | 5.0 | 6755 | 4.0 |
| Trentino/FVG | 1212 | 3.5 | 2085 | 5.2 | 3297 | 4.4 |
| Veneto | 1325 | 3.4 | 2482 | 5.7 | 3807 | 4.6 |
| Emilia Romagna | 1293 | 4.1 | 2329 | 6.3 | 3622 | 5.2 |
| Toscana | 688 | 3.5 | 1184 | 5.5 | 1872 | 4.5 |
| Umbria | 414 | 3.2 | 768 | 5.3 | 1182 | 4.3 |
| Marche | 397 | 2.7 | 698 | 4.6 | 1095 | 3.7 |
| Lazio | 582 | 1.6 | 1189 | 2.9 | 1771 | 2.3 |
| Abruzzo/Molise | 390 | 2.2 | 633 | 3.2 | 1023 | 2.7 |
| Campania | 602 | 1.0 | 1107 | 1.6 | 1709 | 1.3 |
| Puglia | 445 | 1.3 | 887 | 2.4 | 1332 | 1.8 |
| Basilicata/Calabria | 270 | 1.3 | 475 | 2.1 | 745 | 1.7 |
| Sicilia | 841 | 1.8 | 1497 | 2.9 | 2338 | 2.4 |
| Sardegna | 175 | 2.0 | 332 | 3.5 | 507 | 2.8 |
| TOTALE | 12599 | 2.5 | 22998 | 4.1 | 35597 | 3.3 |

Tabella 2. Caratterizzazione dei pazienti con Insonnia: trattamento farmacologico.

| Prescrizione di farmaci | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|-------------------------|--------|------|---------|------|--------|------|
| | Numero | % | Numero | % | Numero | % |
| Ansiolitici | 3772 | 29.9 | 7233 | 31.5 | 11005 | 30.9 |
| Ipnotici e sedativi | 6862 | 54.5 | 12148 | 52.8 | 19010 | 53.4 |

La grande distanza dei dati HS di prevalenza dell'insonnia (3,3%) da quelli di letteratura e degli studi Morfeo 1 e 2 (30% - 52%) conferma quello che gli esperti di medicina del sonno sostengono da tempo e cioè che la patologia è spesso sotto diagnosticata dai medici e sottovalutata dai pazienti, eventi questi che rivestono un ruolo determinante nell'evoluzione verso il peggioramento e la cronicizzazione del disturbo, con ripercussioni sulla qualità di vita e sulla salute dei pazienti. In ogni caso il dato più appropriato per un confronto corretto è quello con la prevalenza dell'insonnia clinicamente significativa (10-15%), che evidenzia una distanza inferiore dai dati HS. L'importanza di questo lavoro di ricerca di Health Search consiste nel fatto che fornisce i dati del problema insonnia qual è nella realtà pratica, mettendone in evidenza gli aspetti critici e rappresenta un fondamentale contributo per intraprendere iniziative finalizzate a coinvolgere maggiormente i MMG nella gestione dei pazienti che presentano disturbi del sonno.

In proposito, sulla base di questi dati la Simg si è attivata già a partire dal 2010 con l'allestimento di corsi di formazione in varie regioni, proseguiti nel 2011. Per l'anno in corso sono previsti ulteriori 25 corsi in tutto il territorio nazionale.

A cura del Dr. Francesco Mazzoleni, Responsabile Area Neurologica SIMG

Il parere del Medico di Medicina Generale

I dati di letteratura indicano che, nell'ambito dei disturbi del sonno, l'insonnia è l'evento di gran lunga più frequente (90%). La prevalenza di questo disturbo nella popolazione generale evidenzia dati non omogenei, variando dal 10% al 50%, con dato medio del 30%, mentre la prevalenza di insonnia clinicamente significativa (grave e che richiede un trattamento), si colloca intorno al 10-15%. Questa variabilità è legata a molteplici fattori, tra cui i diversi criteri diagnostici utilizzati, le modalità di rilevamento, la gravità e la durata dell'insonnia. Nell'ambito della MG, i primi lavori di ricerca sulla prevalenza dell'insonnia sono quelli degli studi osservazionali Morfeo 1 e Morfeo 2, effettuati tra il 2000 e il 2003 con l'obiettivo di definire la reale portata del problema nella popolazione di pazienti nel setting della MG e che hanno visto la partecipazione di 600-700 MMG e il reclutamento di 2.700-3.200 soggetti.

I risultati indicano una prevalenza media dell'insonnia del 52% (64% - 40%), anche se occorre precisare che in questi studi i MMG somministravano ai soggetti un questionario specifico per individuare l'eventuale presenza del problema. In altre parole, il disturbo veniva attivamente ricercato.

Ultima pubblicazione HS

Rischio di valvulopatia cardiaca associata all'uso di farmaci dopamino-agonisti nei pazienti affetti da malattia di Parkinson o iperprolattinemia

Trifirò G, Mokhles MM, Dieleman JP, van Soest EM, Verhamme K, Mazzaglia G, Herings R, de Luise C, Ross D, Brusselle G, Colao A, Haverkamp W, Schade R, van Camp G, Zanettini R, Sturkenboom MC.

Recenti studi hanno dimostrato un aumentato rischio di rigurgito valvolare cardiaco in soggetti affetti da malattia di Parkinson ed utilizzatori di farmaci dopamino-agonisti di natura ergolinica. Tuttavia non è ancora chiaro se esista un analogo rischio in soggetti esposti a questa terapia farmacologica qualora affetti da iperprolattinemia, dove l'impiego di questi farmaci è caratterizzato da dosaggi molto più bassi rispetto al morbo di Parkinson. Alla luce di questo background, l'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare la possibile associazione di differenti trattamenti dopamino-agonisti (composti di natura ergolinica e non ergolinica) in pazienti con morbo di Parkinson o iperprolattinemia.

Lo studio è stato realizzato attraverso un approccio caso-controllo nestato in una coorte di 4,5 milioni di soggetti presenti nei database The Health Improvement Network (THIN; Regno Unito), Health Search (Italia) ed Integrated Primary Care Information (IPCI; Olanda) per il periodo 1996-2007. I nuovi casi di rigurgito valvolare sono stati accoppiati ai rispettivi controlli per età, sesso, anno di calendario e database. Per quanto riguarda l'esposizione, la coorte composta da soggetti con Parkinson comprendeva i nuovi utilizzatori di farmaci dopamino-agonisti o levodopa, mentre per i soggetti affetti da iperprolattinemia si identificavano i nuovi utilizzatori ed i non utilizzatori di farmaci dopamino-agonisti.

Nella coorte dei soggetti con Parkinson (7893 utilizzatori di farmaci dopamine-agonisti, 11766 utilizzatori di levodopa), sono stati identificati 85 casi incidenti di rigurgito valvolare. L'aumento del rischio di patologia valvolare è stato osservato tra i soggetti esposti a dopamino-agonisti di natura ergolinica (Odds Ratio (OR) aggiustato 3,82; Intervalli di Confidenza (IC) al 95% 2,14, 6,81), ma non nei soggetti utilizzatori di farmaci dopamino-agonisti di natura non ergolinica (OR aggiustato 1,20; IC 95%: 0,63, 2,29). Nella coorte di soggetti affetti da iperprolattinemia (6470 utilizzatori di dopamino-agonisti, 14299 nuovi utilizzatori di dopamino-agonisti), sono stati identificati 37 casi incidenti di rigurgito valvolare. In questo caso, nessuna associazione tra gli utilizzatori di dopamino agonisti e l'insorgenza di patologia valvolare cardiaca (OR aggiustato: 0,47; IC 95%: 0,20, 1,19).

Questi risultati dimostrano che i farmaci dopamino agonisti risultano associati ad un aumentato rischio di rigurgito valvolare cardiaco nei soggetti con malattia di Parkinson ma non in quelli affetti da iperprolattinemia.

a cura dei ricercatori di Health Search

tratto da



Progetti Internazionali



VAESCO II: Harmonizing Vaccine Safety in Europe
<http://vaesco.net/internet/en/index.html>

VAESCO rappresenta un network di ricercatori provenienti da diversi paesi Europei nato con l'obiettivo di facilitare ed accelerare la cooperazione tra le varie agenzie di sanità pubblica in Europa. Uno degli obiettivi strategici è rappresentato dallo sviluppo di strumenti, infrastrutture e modelli capaci di ottimizzare l'analisi integrata sulla sicurezza dei vaccini.



EU-ADR: Exploring and Understanding Adverse Drug Reactions by Integrative Mining of Clinical Records and Biomedical Knowledge

www.alert-project.org

Il progetto EU-ADR ha come obiettivo lo sviluppo di un innovativo sistema di identificazione delle ADR a supporto dei sistemi di segnalazione spontanea. Per il raggiungimento di tale obiettivo EU-ADR utilizza informazioni provenienti da database che forniscono informazioni cliniche su oltre 30 milioni di cittadini europei di 4 Paesi (Olanda, Danimarca, Regno Unito, Italia).



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.

Il team operativo

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

Direttore Generale

Iacopo Cricelli



Direttore della Ricerca

Giampiero Mazzaglia



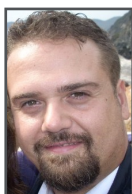
Consulente Scientifico

Francesco Lapi



Analisi Statistiche e Data Management

Alessandro Pasqua



Serena Pecchioli



Monica Simonetti



Elisa Bianchini



Suggerimenti per i ricercatori HS

MILLECAMPUS

Da poche settimane è disponibile un nuovo portale di Formazione a Distanza dedicato a Millewin e MilleGPG: MilleCampus: www.millecampus.it

I Corsi multimediali sono strutturati per unità didattiche e guidano all'utilizzo di tutte le funzionalità di Millewin e MilleGPG

in evidenza: corsi di formazione millepgg

Corsi realizzati con il contributo incondizionato di TEVA.
Si ringrazia il Dott. Domenico Pasculli (Molfetta, BA) per l'attività didattica.

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~~
€ 100 + IVA

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

genomedics Millennium
PUBBLICITÀ DI SPESSE PER PROFESSIONISTI DELLA RICERCA 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/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.