



HS-Newsletter

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



Speciale VII Report Health Search

2011/2012

VII Report Health Search

VII REPORT HEALTH SEARCH

ISTITUTO DI RICERCA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE

Anno 2011/2012

*Cari colleghi,
dedichiamo interamente questa Newsletter alla VII edizione del Report Health Search.*

Come nelle precedenti edizioni esso rappresenta un importantissimo risultato, frutto dall'incontro virtuoso tra l'attività clinico-assistenziale del Medico di Medicina Generale e quella tecnico-scientifica di SIMG e dei ricercatori Health Search. Ancora una volta, attraverso la necessaria continuità tra clinica, epidemiologia e salute pubblica, il network HS della Medicina Generale Italiana mette a disposizione uno strumento non soltanto utile alla propria realtà ma anche ad altri operatori sanitari (es. farmacisti, infermieri) e alle strutture di salute pubblica (es. Agenzie Nazionali e Regionali).

A fronte degli indubbi consensi ottenuti negli anni precedenti, la struttura del Report mantiene la classica articolazione: una prima parte dedicata alla descrizione dello stato attuale del database di Health Search (numero medici partecipanti e qualità del dato), una seconda relativa al servizio di indicatori personali di Audit: per patologia e per macro-gruppo farmaco-terapeutico [Indicatori OSMED]. Una terza parte dedicata alle analisi sul carico di lavoro, dall'epidemiologia delle patologie a maggior impatto sociale e dal non meno importante capitolo concernente un importante aspetto di economia sanitaria in medicina generale: il Case-Mix.

Ci auguriamo che gli argomenti di seguito proposti servano a stimolare e facilitare la lettura del Report e ne rafforzino l'importanza rispetto agli obiettivi raggiunti.

Vi auguriamo buona lettura!

SOMMARIO

IL NETWORK DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DI HEALTH SEARCH

SERVIZIO INDICATORI PERSONALI DI HEALTH SEARCH

IL CARICO DI LAVORO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

PREVALENZA E MANAGEMENT DELLE PATOLOGIE A MAGGIORE IMPATTO SOCIALE

IL CASE-MIX IN MEDICINA GENERALE

COLLABORAZIONI NAZIONALI

COLLABORAZIONI INTERNAZIONALI

TEAM OPERATIVO

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

VII REPORT HEALTH SEARCH

ISTITUTO DI RICERCA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE
Anno 2011/2012



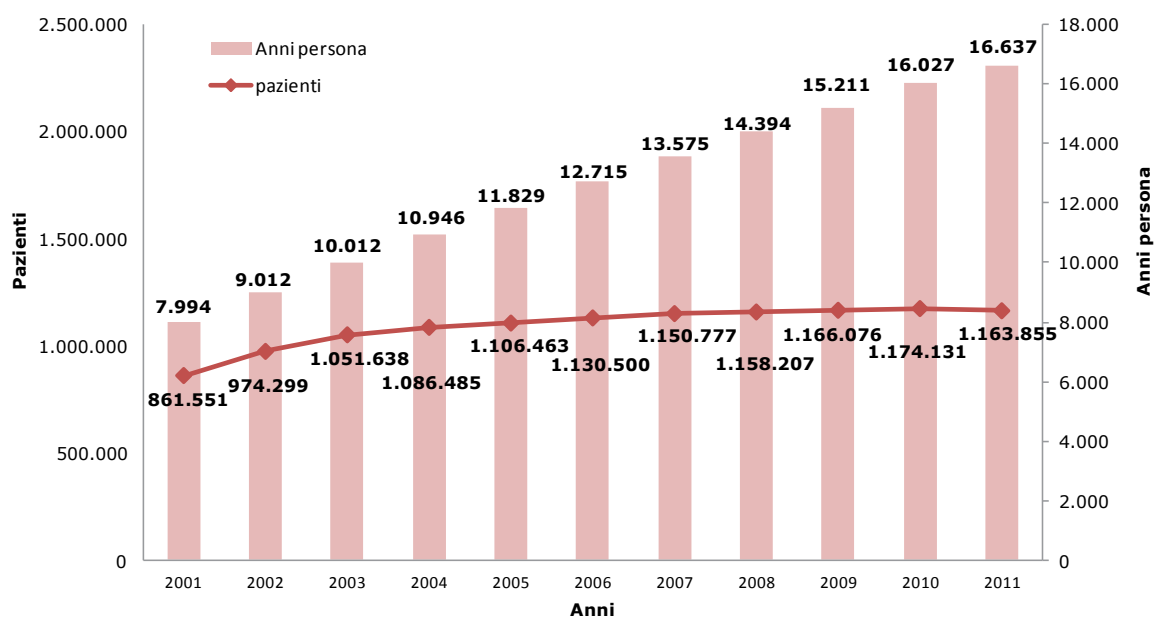
IL NETWORK DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) DI HEALTH SEARCH

Le attività di ricerca di HS sono possibili grazie al proprio database. L'aggiornamento, la gestione e l'utilizzo di quest'ultimo avvengono grazie all'attività clinica quotidiana dei MMG ed al lavoro dei ricercatori di HS.

Il progetto HS - Cegedim Strategic Data (CSD) LPD si può dividere in due fasi: la prima fase, a gestione esclusiva della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), ha visto aumentare il numero dei MMG partecipanti da 660 del 2001 a 684 del 2003. A partire dal 2004 la gestione del Database e del Network dei ricercatori è passata al gruppo francese CSD, leader in Europa nella produzione e distribuzione di servizi legati all'uso dei dati clinici informatizzati. Tale passaggio ha richiesto una riorganizzazione di tutto il sistema con la conseguente esclusione dei MMG che non rispettavano gli standard minimi di qualità richiesti da CSD.

A partire dal 2004 il numero dei MMG presenti nel database, rispondenti ai nuovi criteri di eleggibilità (i.e. validità di registrazione dei dati basata sui criteri di completezza, stabilità e correttezza) risultava pari a 503; da allora il numero complessivo dei nuovi MMG partecipanti ha registrato una crescita continua fino ad arrivare agli attuali 893. La **Figura 1** descrive la numerosità della popolazione dei pazienti attivi (ovvero soggetti in vita e registrati nelle liste dei MMG partecipanti alla fine di ogni anno di osservazione) relativi agli 893 MMG (di cui 700 sono i medici "validati" poiché rispettano i criteri di eleggibilità succitati) partecipanti al progetto alla fine del 2011. Nel corso dell'ultimo anno si osserva una popolazione pari ad 1.163.855 pazienti; inoltre, poiché il database è composto da una popolazione dinamica (nuovi pazienti iscritti nelle liste dei MMG rispetto ai pazienti deceduti, revocati o censorizzati) nella stessa figura sono descritti gli anni-persona di osservazione complessivamente accumulati dai pazienti presi in carico dai MMG, che corrispondono, alla fine del 2011, a 16.637.000. Grazie a questa numerosità il database di HS - CSD LPD è stato validato verso le statistiche ufficiali italiane ISTAT per quanto concerne il genere e l'età dei pazienti. Consistenti stime sono state ottenute anche per il consumo dei farmaci (es.: antiipertensivi, anticoagulanti e farmaci delle vie respiratorie) dal confronto con il rapporto ufficiale sul consumo dei farmaci (OSMED) in Italia. Queste caratteristiche inquadrano HS - CSD LPD quale ideale strumento per condurre indagini epidemiologiche affidabili per lo studio di importanti problematiche di salute pubblica.

Figura 1. Numero di pazienti attivi ed anni-persona* nel database di Health Search - CSD LPD relativi agli 893 MMG del 2011 (anni 2001-2011)



* espresso in migliaia

SERVIZIO INDICATORI PERSONALI DI HEALTH SEARCH

Il concetto di verifica della qualità dell'assistenza in medicina generale è strettamente legato alla definizione di indicatori di performance e standard, avendo come punto di riferimento l'insieme delle evidenze scientifiche e la pratica clinica.

Gli indicatori sono stati ideati come uno strumento valido per migliorare le attitudini diagnostiche e prescrittive degli stessi MMG, che possono in tal modo confrontarsi con dati di pertinenza clinica, certamente più legati alla loro pratica ed ai problemi che essi incontrano giornalmente; gli indicatori possono tuttavia essere utilizzati dalle autorità sanitarie che devono implementare e valutare programmi di sanità pubblica in un'ottica di ottimizzazione dei costi.

Alla luce di queste considerazioni, per la scelta degli indicatori sono stati identificati i compiti ritenuti prioritari in medicina generale nella gestione delle principali patologie croniche, quali la diagnosi di diabete mellito, la gestione del paziente diabetico e diagnosi precoce delle principali complicanze, il controllo metabolico e dell'ipertensione arteriosa. La scelta finale è stata effettuata sulla base dei seguenti criteri:

- rilevanza, pertinenza e solidità ricavata dalle principali linee guida nazionali o internazionali;
- rilevanza rispetto alla pratica clinica del MMG;
- facilità (rapidità), affidabilità ed alta probabilità di livelli minimi di registrazione nella cartella clinica informatizzata;
- semplice ed immediata valutazione ed interpretazione;
- possibilità di miglioramento;
- relazione con più elementi del processo di cura (prevenzione/diagnosi/terapia/follow-up).

Gli standard (Ideale & limite accettabile previsto [LAP]) proposti, sebbene in parte arbitrari, sono stati identificati con i seguenti criteri oggettivi:

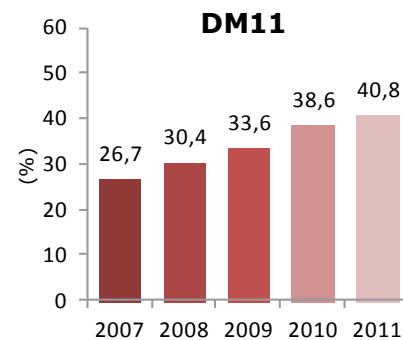
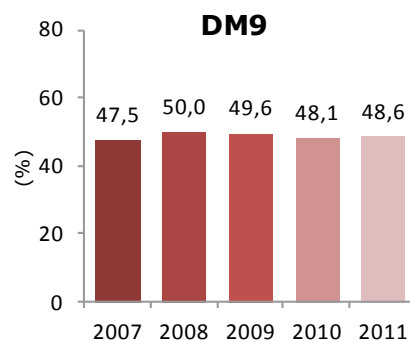
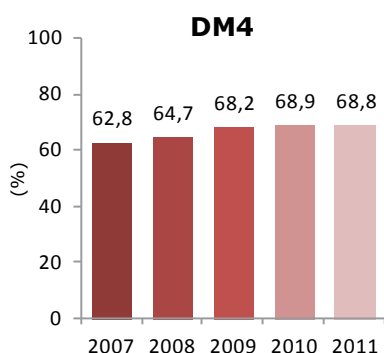
- livello di performance raggiunto dall'attuale pratica della medicina generale (valutata attraverso il database Health Search – CSD LPD);
- percentuale teorica massima auspicabile per ogni indicatore, ma ridotta in base a problemi specifici (es. % nota di pazienti con controindicazioni assolute ad un determinato farmaco) oppure difficoltà generali indipendenti dalla volontà o conoscenza da parte del MMG (es. ipotetico rifiuto del paziente, difficoltà di registrazione delle prescrizioni effettuate a domicilio, impossibilità di pesare i pazienti allettati, ecc.).

Nello specifico gli indicatori di HS si suddividono in indicatori basati sul problema clinico e su quelli incentrati sulle diverse categorie farmacoterapeutiche (appropriatezza prescrittiva). Sono quindi prese in considerazione tutte le principali patologie croniche (es. diabete, dislipidemia) che costituiscono il fondamentale carico di lavoro del MMG e le rispettive classi farmacologiche di trattamento. A titolo di esempio, sono successivamente riportati degli indicatori definiti e quantificati nel database HS-CSD LPD.

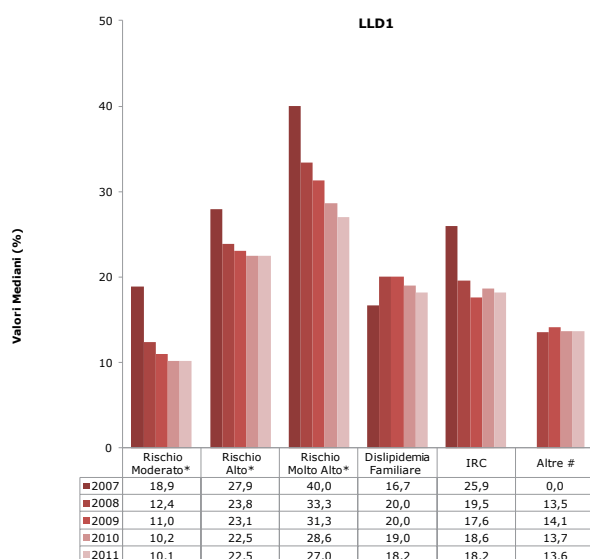
VII Report Health Search

INDICATORI SIMG: AREA METABOLICA - DIABETE MELLITO DI TIPO II
Indicatori di Processo (anni 2007 - 2011)

Codice	Descrizione	Note metodologiche	Standard
DM4	Registrazione emoglobina glicata	N. pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] con almeno una registrazione di emoglobina glicata negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 60%
DM9	Registrazione PA	N. pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] con almeno una registrazione di PA negli ultimi 365 giorni (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 (Denominatore)	Ideale: 90% LAP: 70%
DM11	Registrazione microalbuminuria	N. pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 [ICD9: 250% escluso 250._1% e 250._3%] con almeno una registrazione della microalbuminuria nei 15 mesi precedenti la fine dell'anno di osservazione (Numeratore) / totale pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 (Denominatore)	Ideale: 80% LAP: 60%


INDICATORI OSMED: FARMACI IPOLIPEMIZZANTI

Prevalenza d'uso (%) di statine di 1° livello in soggetti con specifiche indicazioni al trattamento



Codice	Note metodologiche
LLD1	Numero di pazienti in trattamento con statine di 1° livello (Numeratore), sul totale dei soggetti con: (1) ipercolesterolemia poligenica a rischio cardiovascolare moderato, alto, molto alto; (2) ipercolesterolemia familiare; (3) insufficienza renale cronica (IRC); (4) altre forme di iperlipoproteinemia (disbetalipoproteinemie, iperchilomicronemie, ipertrigliceridemie, iperlipemie da farmaci) (Denominatori)

* Ipercolesterolemia poligenica (R. Moderato, R. Alto, R. Molto Alto) in assenza di IRC, dislipidemia familiare, altre iperlipoproteinemie

disbetalipoproteinemie, iperchilomicronemie, ipertrigliceridemie, iperlipemie da farmaci

IL CARICO DI LAVORO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Negli ultimi due decenni è cresciuta la pressione per elevare l'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale a fronte di risorse sempre più limitate. Generalmente, per il raggiungimento di tale obiettivo, sono state messe a punto tre strategie principali:

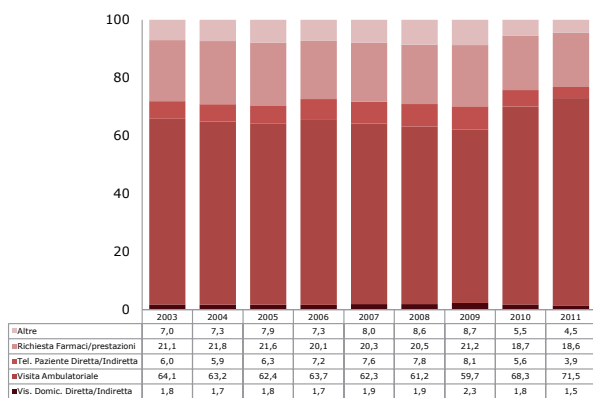
- l'introduzione di strumenti manageriali di gestione delle strutture e dei servizi (es. budget, autonomia gestionale, competizione);
- il controllo nella gestione di malattie, attraverso l'implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e di strumenti di audit;
- il progressivo spostamento di forme di assistenza dall'ospedale al territorio.

In particolare, l'evoluzione rapida e decisa del comparto ospedaliero verso l'alta intensità, l'alta specializzazione e l'elevata complessità sta determinando variazioni a ricaduta sia nelle modalità di interfaccia che sulla organizzazione delle cure primarie in cui il MMG ha ovviamente un ruolo imprescindibile.

Risulta pertanto estremamente interessante fornire un quadro aggiornato sul carico di lavoro del medico, definito in termini di contatti con i propri assistiti e di prestazione erogate (richiesta di visite specialistiche, esami diagnostico-strumentali, e prescrizioni farmaceutiche) nonché sui principali determinanti (demografici e clinici) associati a questo aspetto fondamentale dell'attività del MMG.

A titolo di esempio sono riportate le valutazioni quantitative che costituiscono le informazioni essenziali per analisi ancor più specifiche (es. tipologia di visita specialistica richiesta). In **Figura 1** viene riportato il numero dei contatti medico/paziente in funzione del tempo e della loro tipologia. Nella **Figura 2** e **3**, queste stesse informazioni sono valutate in funzione del sesso e dell'età del paziente.

Figura 1. Distribuzione % per tipo di visita negli anni 2003 - 2011



Altre: consultazione cartelle cliniche, interventi infermieristici

Figura 2. Numero medio di contatti per paziente tra il 2003 e il 2011, stratificati per sesso

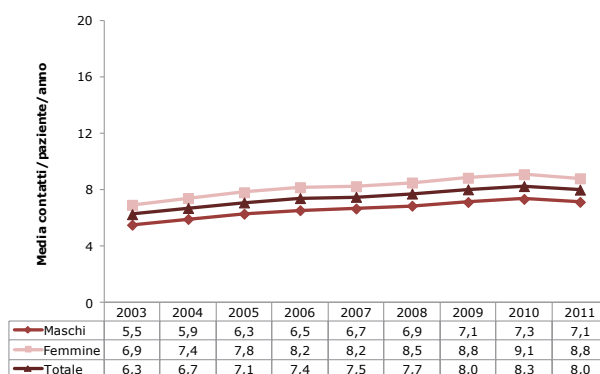
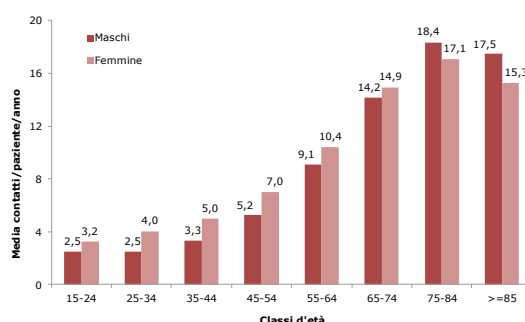


Figura 3. Distribuzione per sesso e fasce d'età del numero medio di contatti per paziente nel 2011



PREVALENZA E MANAGEMENT DELLE PATOLOGIE A MAGGIORE IMPATTO SOCIALE

Nei paesi occidentali l'invecchiamento progressivo della popolazione è caratterizzato da un aumento della prevalenza delle malattie croniche: questo fenomeno assume un impatto rilevante alla luce delle proiezioni demografiche delle Nazioni Unite per i paesi occidentali, le quali indicano un progressivo invecchiamento della popolazione che porterà nel 2060 la popolazione di ultra 65enni ad una percentuale di circa il 25% della popolazione complessiva.

Il trend in crescita dell'invecchiamento, col conseguente incremento della prevalenza di patologie croniche spesso concomitanti, determina la necessità di disporre di dati longitudinali il cui monitoraggio periodico risulta fondamentale.

Infatti lo scopo di questi sistemi di monitoraggio è sia quello di fornire informazioni sugli esiti non fatali delle patologie croniche, che quello di ottenere dati affidabili concernenti le relazioni tra i diversi determinanti di salute nel corso della vita. Queste informazioni possono costituire un importante strumento di politica ed economia sanitaria. La conoscenza della distribuzione di una determinata patologia a livello territoriale permette di effettuare considerazioni utili a stimare sia il consumo di risorse che il relativo carico di spesa. In questo contesto, i dati della medicina generale possono colmare la carenza informativa relativa alla diffusione delle malattie croniche (es.: ipertensione, scompenso cardiaco, diabete) nella popolazione potenzialmente assistibile.

Fino ad oggi i precedenti report di Health Search - CSD LPD sono stati i soli a fornire informazioni sui dati di prevalenza delle patologie croniche nella popolazione italiana. Il dato di medicina generale, a differenza del dato sanitario-amministrativo, contiene infatti degli elementi aggiuntivi, i quali non si riferiscono soltanto ad aspetti di tipo diagnostico e prognostico ma anche di appropriatezza prescrittiva dei farmaci. Quest'ultima può essere esaminata 'direttamente' in questo contesto, poiché avviene precedentemente al corretto o scorretto impiego della terapia (assenza del ritiro del medicinale e/o non assunzione o assunzione errata dello stesso) da parte del paziente.

A titolo di esempio sono riportate le valutazioni di prevalenza annuale (numero di soggetti che nel corso dell'anno presentano una diagnosi di quella determinata patologia rispetto alla popolazione attiva presente nel database HS in quel determinato anno) di ipertensione (**Figura 1**) con la relativa quantificazione dei soggetti con patologia ma non in trattamento farmacologico (i.e. sottotrattamento) (**Figura 2**).

Figura 1. Prevalenza (%) "lifetime" di Iper-tensione arteriosa standardizzata per fasce d'età: analisi per sesso (anni 2003-2011)

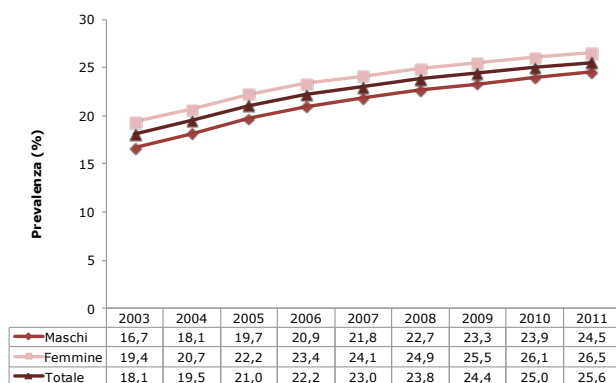
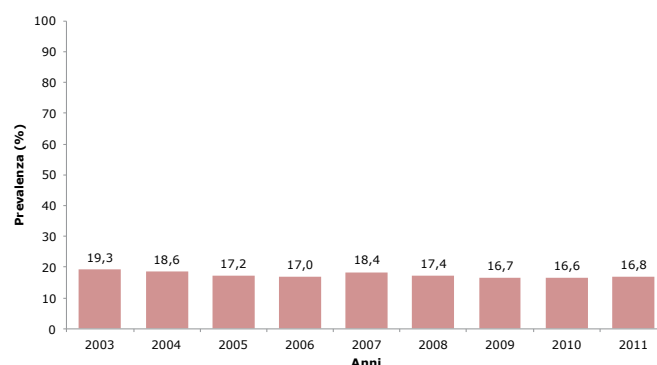


Figura 2. Prevalenza (%) di soggetti con diagnosi di Iper-tensione arteriosa che non ricevono nessun trattamento con farmaci antipertensivi (anno 2011)



VII Report Health Search

IL CASE-MIX IN MEDICINA GENERALE

Il comportamento professionale di un medico è costituito da una serie di elementi che forniscono la base non solo per valutarne l'appropriatezza gestione degli aspetti clinico-assistenziali (indicatori di appropriatezza diagnostica, prescrittiva ecc...) rispetto ad altri medici, ma anche per quantificarne il relativo assorbimento di risorse economiche. Le informazioni sulla spesa media pro-capite (riferita al singolo paziente) assorbita da ogni MMG, sono infatti fondamentali per la quantificazione dei costi a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

In questo contesto, tuttavia, medici con spesa ed assorbimento di risorse sanitarie sovrapponibili erogano in realtà diverse prestazioni ed ottengono risultati di cura non necessariamente comparabili (case-mix bias). Infatti, pazienti più anziani e con un livello maggiore di multimorbidità generalmente assorbono risorse per servizi sanitari assai superiori rispetto a pazienti più giovani e con minori multimorbidità. Pertanto, il confronto tra i soli costi e le risorse assorbite è del tutto ingannevole e costituisce uno degli argomenti critici nell'applicazione dei costi standard. E' stato infatti dimostrato che anche se i MMG vengono raggruppati in relazione all'età media dei propri assistiti, all'interno di ogni fascia di età si osserva un' ampia variabilità del profilo medio di spesa pro-capite. In questo scenario, non è raro che ai MMG che risultano ai livelli più alti della distribuzione della spesa venga associato un comportamento iperprescrittivo, basato semplicemente su una mera stima della variabilità, oppure utilizzando come parametro di riferimento la media della spesa nazionale, regionale o aziendale.

Per questa ragione, attraverso le informazioni di HS, è stato possibile creare lo score Health Search Morbidity (HSM)-index con cui fornire uno standard di correzione dell'assorbimento della spesa sanitaria da parte di ogni singolo medico, aggiustando per il peso delle caratteristiche cliniche dei propri assistiti. Sifacendo, la spiegazione e l'interpretazione delle ragioni della varianza individuale di spesa possiedono uno strumento nazionale, con benchmark nazionali e regionali, in grado di offrire uno strumento sofisticato al medico, all'autorità sanitaria ed ai decisori economici.

A titolo esemplificativo si riportano le stime di spesa regionale prima e dopo la correzione con l'HSM-Index (calcolato su base nazionale: **Tabella 1**)

Tabella 1.

Regione	Spesa media pro-capite grezza			Spesa media pro-capite aggiustata *			Differenza
	Minima	Massima	Range	Minima	Massima	Range	%
Piemonte/Valle d'Aosta	€ 260,6	€ 543,4	€ 282,8	€ 265,9	€ 534,3	€ 268,4	-5,35%
Liguria	€ 259,0	€ 531,1	€ 272,1	€ 269,6	€ 520,2	€ 250,6	-8,56%
Lombardia	€ 211,8	€ 712,2	€ 500,4	€ 229,5	€ 631,0	€ 401,5	-24,62%
Trentino-Alto Adige/FVG	€ 209,8	€ 578,9	€ 369,1	€ 218,7	€ 550,1	€ 331,4	-11,39%
Veneto	€ 264,4	€ 630,1	€ 365,7	€ 266,6	€ 588,4	€ 321,8	-13,63%
Emilia-Romagna	€ 319,8	€ 589,2	€ 269,5	€ 339,8	€ 569,5	€ 229,8	-17,26%
Toscana	€ 274,3	€ 522,4	€ 248,1	€ 286,4	€ 518,4	€ 232,0	-6,97%
Marche	€ 304,6	€ 564,5	€ 259,9	€ 311,7	€ 555,2	€ 243,5	-6,74%
Umbria	€ 250,8	€ 511,3	€ 260,4	€ 252,3	€ 511,8	€ 259,5	-0,36%
Lazio	€ 125,9	€ 617,2	€ 491,3	€ 133,5	€ 591,5	€ 458,0	-7,27%
Abruzzo/Molise	€ 209,9	€ 640,6	€ 430,7	€ 211,8	€ 616,7	€ 404,9	-6,39%
Puglia	€ 238,0	€ 641,0	€ 403,0	€ 244,6	€ 588,3	€ 343,7	-17,25%
Campania	€ 286,1	€ 568,6	€ 282,5	€ 279,8	€ 555,5	€ 275,7	-2,44%
Basilicata/Calabria	€ 117,4	€ 967,5	€ 850,1	€ 123,3	€ 989,1	€ 865,8	+1,82%
Sicilia	€ 246,1	€ 615,1	€ 368,9	€ 248,2	€ 586,9	€ 338,7	-8,94%
Sardegna	€ 247,1	€ 597,8	€ 350,7	€ 250,5	€ 605,3	€ 354,8	+1,15%

Collaborazioni Nazionali

“PROGETTO MATRICE” INTEGRAZIONE DEI CONTENUTI INFORMATIVI PER LA GESTIONE SUL TERRITORIO DI PAZIENTI CON PATOLOGIE COMPLESSE O CON PATOLOGIE CRONICHE



www.agenas.it

Il progetto, avviato nel Febbraio 2011, è coordinato dall'AGE.NAS. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) e coinvolge il Ministero della Salute, le Regioni: Emilia-Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana e Veneto, esperti nazionali ed internazionali e alcuni partner scientifici, tra cui SIMG, attraverso Health Search. Il progetto prevede il disegno, la sperimentazione, la validazione e l'applicazione ad alcuni casi di studio di un software open source di aggregazione e di integrazione dei dati dei flussi sanitari nazionali per produrre la lettura dei percorsi assistenziali di pazienti con patologie complesse. Il software sarà sperimentato in alcune aziende sanitarie delle 5 Regioni partecipanti e saranno attivati gruppi di lavoro a livello aziendale, regionale, ministeriale, che sperimentino la lettura dei dati prodotti per trarne informazioni rilevanti ai fini della misura dell'equità e/o della "governance" delle cure territoriali.

OSSERVATORIO SULL'IMPIEGO DEI MEDICINALI (OSMED)



www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/luso-dei-farmaci-italia-rapporto-osmed-2011

L'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OSMED) assicura il monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale e regionale tramite l'elaborazione di oltre 500 milioni di ricette prescritte dai medici di medicina generale e inviate da circa 18.000 farmacie del territorio. È lo strumento necessario e insostituibile per la determinazione del superamento del tetto di spesa programmato e per l'adozione delle misure di ripiano. Le informazioni gestite ed elaborate dall'OSMED vengono periodicamente pubblicate in Rapporti nazionali, che sintetizzano i dati sull'uso dei farmaci in Italia nella popolazione generale, descritti in termini di spesa, volumi e tipologia. Nell'ambito del gruppo di lavoro, comprendente tra gli altri l'AIFA, l'ISS, l'AGENAS, e l'ARS dell'Emilia Romagna, SIMG sviluppa annualmente tramite Health Search indicatori atti a determinare su base regionale il profilo di appropriatezza prescrittiva dei Medici di Medicina Generale.

OSSERVATORIO SULLA CONDIZIONE ASSISTENZIALE DEI MALATI ONCOLOGICI



www.favo.it/terzo-rapporto/terzo-rapporto-2011.html

Il 3° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici nasce dalla collaborazione tra la Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia e alcuni enti, tra i quali il Ministero della Salute e la fondazione Censis. Tra i grandi obiettivi dell'osservatorio vi è quello di ridurre il costo sociale complessivo nel ciclo di vita dei pazienti oncologici e coalizzare gli impegni per conquistare equità ed efficacia nella tutela delle persone con esperienza di tumore. A tal fine, nel presente rapporto, sono state integrate informazioni da diverse fonti sull'impatto delle patologie tumorali e sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. Allo scopo di offrire un quadro delle disparità territoriali, per lo specifico delle patologie tumorali, la SIMG ha proposto ed analizzato tramite Health Search alcuni indicatori di qualità basati su indicazioni enucleate dalla letteratura e dall'analisi dei dati storici.

COLLABORAZIONE CON ISTAT



www.istat.it/it/archivio/71090

La collaborazione con l'ISTAT prevede lo scambio di informazioni e competenze che consentano significativi avanzamenti nell'analisi e nella comprensione dell'utilizzo dei servizi e dei costi in ambito sanitario e dello stato di salute della popolazione in Italia. In particolare, gli obiettivi individuati riguardano

1. Il confronto tra gli indicatori di stato di salute della popolazione calcolati con i dati dell'indagine "Multiscopo sulle famiglie: condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" dell'ISTAT e con i dati del database Health-Search CSD-LPD di SIMG, al fine di verificarne la coerenza e la robustezza;
2. la definizione di un set di statistiche di base sui costi della sanità, anche ai fini della definizione dei "costi e dei fabbisogni standard" per l'attuazione del federalismo in sanità;
3. lo sviluppo di analisi di natura congiunturale e previsionale sui costi della sanità e sullo stato di salute della popo-

lazione;

4. la ricostruzione di indicatori di produttività in sanità;
5. la costruzione di un campione longitudinale di medici/pazienti da utilizzare per analisi di tipo dinamico.

Nel corso del 2012 ISTAT ha pubblicato un'indagine sull'impatto del diabete in Italia. Quest'ultima indagine ha stimato la prevalenza e l'incidenza di patologia, nonché mortalità e fattori di rischio associati. Il progetto integra diverse fonti di informazione, tra le quali l'indagine multiscopo dell'ISTAT, le schede di dimissione ospedaliera ed i dati di mortalità del Ministero della Salute. Health Search ha contribuito al rapporto fornendo informazioni sul diabete relativamente al ricorso a visite mediche specialistiche o presso il Medico di Medicina Generale, l'effettuazione di esami di laboratorio, gli accertamenti diagnostici, il consumo farmaceutico.

FONDAZIONE FARMAFACTORING: RAPPORTO 2012



www.fondazionefarmafactoring.it/Rapporto.htm

Il Rapporto è il prodotto di una collaborazione tra fondazione Farmafactoring, Fondazione Censis e Cergas-Bocconi. Esso concentra l'attenzione sugli aspetti gestionali e finanziari del sistema sanitario oltre che sui rapporti di causa-effetto che intercorrono tra le scelte dei modelli organizzativi a livello locale, le performance economico finanziarie e lo stato di salute della popolazione. L'obiettivo dichiarato è quello di spiegare i meccanismi e il sistema di incentivi attraverso cui gli interventi della politica incidono sulla capacità del sistema di rispondere ai bisogni sanitari dei suoi cittadini. Il Rapporto intende discutere di tali aspetti offrendo una serie di spunti e di riflessioni basati su analisi empiriche ottenute unendo sinergicamente informazioni provenienti da statistiche ufficiali, dal Progetto SiSSI (Simulazione della Spesa Sanitaria Italiana) della SIMG-CEIS, che utilizza informazioni provenienti dal database Health Search CSD LPD, nonché da indagini ad hoc realizzate per l'occasione dai ricercatori del CENSIS e del CERGAS.

MINISTERO DELLA SALUTE: RELAZIONE SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE 2009-2010



www.rssp.salute.gov.it/rssp/documenti/RSSP_2009_2010.pdf

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese (RSSP) è una componente essenziale del ciclo di pianificazione, programmazione e valutazione del Servizio Sanitario Nazionale. La Relazione è stata introdotta dalla Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, come informativa periodica, da parte del Ministro della Sanità al Parlamento, sullo stato di salute del Paese e sull'attuazione delle politiche sanitarie, ed è stata successivamente individuata dal DL n. 502 del 30 dicembre 1992, integrato dal DL n. 229 del 19 giugno 1999, quale strumento di valutazione del processo attuativo del Piano Sanitario Nazionale. Le finalità della Relazione sullo Stato Sanitario del Paese sono:

1. illustrare le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;
2. descrivere le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio Sanitario Nazionale;
3. esporre i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi individuati dal Piano Sanitario Nazionale;
4. presentare i risultati conseguiti in termini di efficienza e di qualità dell'assistenza del Servizio Sanitario Nazionale;
5. fornire indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi. Nell'ambito di questo Rapporto i dati di Health Search CSD LPD vengono diffusamente utilizzati, in particolare nell'ambito delle patologie respiratorie e nell'uso dei farmaci del sistema nervoso centrale.

COLLABORAZIONE CON BANCA D'ITALIA



<http://www.bancaditalia.it/>

Collaborazione di Ricerca con Banca d'Italia – Ceis Tor Vergata e Fondazione Farmafactoring per l'analisi dei dati sulla sanità italiana, finalizzata allo studio

1. delle differenze geografiche in termini di output sanitari, utilizzo delle risorse e spesa;
2. all'individuazione di criteri e indicatori che migliorino la stima dei costi delle prestazioni sanitarie tenendo conto più efficacemente dei bisogni della popolazione;

Collaborazioni Nazionali

3. alla valutazione di politiche pubbliche (come ad esempio l'introduzione o la modifica di compartecipazioni alla spesa, la revisione delle tariffe di rimborso delle prestazioni, variazioni nel prelievo fiscale) al fine di evidenziarne l'impatto sul comportamento dei pazienti e degli operatori sanitari, sugli oneri per il sistema sanitario e sui livelli di salute della popolazione.

COLLABORAZIONE CON ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'



www.iss.it

La collaborazione con l'ISS mira ad ottenere stime dell'entità dell'impatto economico del sovrappeso e dell'obesità in termini di costi diretti e indiretti, ed esaminare la natura e l'incidenza delle malattie croniche, essenzialmente dismetaboliche, legate al fenomeno ed il ricorso all'assistenza sanitaria.

Collaborazioni Internazionali

EMIF-PLATFORM (EUROPEAN MEDICAL INFORMATION FRAMEWORK)



Negli ultimi anni è cresciuta la disponibilità e l'impiego di informazioni cliniche informatizzate, che hanno generato un gran volume di risultati utili alla ricerca. Inoltre, diversi centri europei hanno creato banche dati contenenti informazioni genetiche e biologiche dei singoli pazienti. Il progetto EMIF (European Medical Information Framework) ha l'obiettivo di costruire una struttura integrata ed efficiente in grado di armonizzare informazioni differenti presenti sul territorio europeo. Tale struttura impiega metodologie e tecnologie sofisticate che consentono ai ricercatori di interrogare simultaneamente più fonti dati consentendo così di giungere a risultati sempre più completi e accurati. Health Search CSD-LPD è parte integrante di questo progetto e mette a disposizione i dati e la conoscenza sui processi di codifica dei medici di medicina generale italiani.

RISK OF CARDIAC VALVE DISORDERS ASSOCIATED WITH THE USE OF BIPHOSPHONATES



www.alert-project.org/drupal/files/pdf/FinalPublishableSummary.pdf

Nel 2011 l'EMA (European Medicines Agency) ha lanciato diversi bandi rivolti ad enti di ricerca per monitorare il profilo di sicurezza di alcuni farmaci di uso molto comune in Europa. Due degli studi richiesti dall'EMA sono stati affidati a una rete di enti federati, la EU-ADR Alliance a cui aderisce anche SIMG, tramite Health Search CSD LPD. L'obiettivo principale del progetto è quello di confermare o respingere i timori relativi ad una possibile associazione tra l'uso dei bifosfonati ed i disturbi delle valvole cardiache. Sarà condotto uno studio tradizionale di verifica dell'ipotesi, seguito in caso di esito positivo da un'indagine che applica tecniche di data mining ai database inclusi nello studio. I risultati sono attesi nel 2013.

ARITMO: ARRHYTHMOGENIC POTENTIAL OF DRUGS



www.aritmo-project.org

Il progetto ARITMO si propone di analizzare il profilo di rischio di morte cardiaca improvvisa, aritmia ventricolare, Torsione di punta e sindrome del QT lungo, relativo a circa 250 farmaci antipsicotici, anti-infettivi, ed anti-istaminici. La strategia consiste nell'utilizzo di dati provenienti da studi prospettici, database clinici informatizzati, tra i quali anche Health Search CSD LPD, e studi in-silico. Sono previste anche analisi sulla letteratura esistente, nonché valutazioni sui database europei della segnalazione spontanea di reazioni avverse da farmaci. 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.

Collaborazioni Internazionali

SAFEGUARD: SAFETY EVALUTATION 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, con un focus specifico sui farmaci di più recente introduzione. 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 17 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.

OCSE - PSA: EARLY DIAGNOSIS PROJECT – PSA



<http://www.oecd.org/>

Il progetto OCSE-PSA 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.

OMOP: OBSERVATIONAL MEDICAL OUTCOMES PARTNERSHIP



<http://omop.fnih.org/>

Il progetto OMOP (Observational Medical Outcomes Partnership) nasce dalla collaborazione di FNIH (Foundation for the National Institutes of Health) con FDA (Food and Drug Administration) e PhARMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America). Il progetto ha lo scopo di indagare nuove metodologie di analisi di gran volumi di dati provenienti da fonti eterogenee, al fine di affrontare problematiche connesse alla sicurezza dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché alla appropriatezza della pratica clinica in generale. Health Search CSD-LPD contribuisce a tale progetto fornendo i dati dei medici di medicina generale italiani.

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

Consulenti Scientifici



Francesco Lapi



Carlo Piccini

Analisi Statistiche e Data Management



Alessandro Pasqua



Serena Pecchioli



Monica Simonetti



Elisa Bianchini