

Conclusioni. Lo studio ha valorizzato l'importanza di questa area quale osservatorio fondamentale per il monitoraggio di ADR/ADE. Dall'inizio del Progetto si è rilevata una maggiore sensibilizzazione alla segnalazione dei medici di PS e Medicina d'Urgenza-Emergenza dell'AOU di Ferrara, che si è concretizzata in un notevole incremento delle segnalazioni provenienti dalle suddette UU.OO.

IL RISCHIO DA INTERAZIONE TRA FARMACI NELL'ANZIANO IN POLITERAPIA CRONICA

S. Antonelli (1), M. Bandelloni (2), B. Bonalumi (3), S. Borgna (1), A. Brescia (4), F. Canepa (1), C. Cevasco (5), T. Chiarello (1), N. Di Giorgi (6), F. Gallelli (5), S. Gamba (7), F. Gandolfo (8), S. Genta (4), M. Perugini (1), G. Piccinini (4), M. Torsegno (9), F. Trovato (7), A. Zanini (10), E. Zaninoni (7), S. Zappettini (7)

1. Servizio Farmacia, ASL3 Genovese - Genova; 2. Farmacia Interna, Ente Ospedaliero Galliera - Genova; 3. Farmacia Interna, Istituto Scientifico Tumori - Genova; 4. Servizio Farmacia, ASL 2 Savonese - Savona; 5. Farmacia Interna, Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - Genova; 6. Servizio Farmacia, ASL 5 Spezzino - La Spezia; 7. Farmacia Interna, Istituto Giannina Gaslini - Genova; 8. Servizio Farmacia, ASL1 Imperiese - Imperia; 9. Farmacia Interna, Ospedale Evangelico - Genova; 10. Servizio Farmacia, ASL 4 Chiavarese - Chiavari (GE)

Premessa ed obiettivi. La Liguria per la sua percentuale di anziani ultrasessantacinquenni rappresenta la realtà italiana prevista nel 2027: offre quindi lo scenario ideale per una elaborazione prospettica. La maggioranza dei pazienti anziani risulta affetta da patologie cronico-degenerative, con «sovraprescrizione» di farmaci da parte dei MMG, e conseguente sviluppo di politerapie (PT). Ulteriore complicanza è creata dall'assunzione di farmaci di autoprescrizione e prodotti naturali. Le PT possono determinare incremento dei ricoveri ospedalieri per comparsa di interazioni farmacologiche (IF). A tal proposito sono state analizzate le interazioni tra farmaci prescritti nei pazienti ultrases-

santacinquenni in PT cronica per diminuire le possibili IF - stimolare i MMG a rivedere criticamente il piano prescrittivo degli assistiti nell'intento di migliorare l'appropriatezza e diminuire la spesa - piano di analisi prospettico per analizzare le risultanze del progetto

Materiali e Metodi. Sono state selezionate tutte le ricette SSN spedite nelle farmacie delle ASL liguri nell'anno 2009 secondo i seguenti criteri: assistiti ultrasessantacinquenni, terapia con almeno 8 farmaci, prescrizione nell'arco di 30 giorni. Le prescrizioni sono state rese anonime ed inviate alla Ditta Infologic, centro elaborazione dati, che ha analizzato le prescrizioni farmaceutiche mediante il database DrugReaxMicromedex, individuando le possibili IF e producendo reports per i MMG evidenziando le prescrizioni effettuate da altri medici. Sono state considerate le IF maggiori e controindicate

Risultati. Sono state esaminate circa 18 milioni di ricette del 2009 di cui circa 600.000 attribuibili a pazienti arruolati secondo i criteri sopradescritti. La percentuale dei pazienti potenzialmente a rischio di IF maggiori è del 34,3% e controindicate 3,1%. Il numero di potenziali IF per gravità, risulta per quelle maggiori del 18%, per quelle controindicate dello 0,6%. I MMG che hanno determinato almeno un'interazione di livello minore, moderata, maggiore o controindicata sono stati 1604, quelli con almeno IF maggiori e/o IF controindicate sono stati 1539. Da qui è nata la necessità di realizzare un progetto con MMG, farmacisti, farmacologi, geriatri con l'obiettivo di effettuare corsi di aggiornamento e formazione.

Conclusioni. Il farmacista dei servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali può progettare percorsi condivisi con i MMG sul controllo e l'analisi critica delle IF per garantire appropriatezza prescrittiva, monitoraggio della spesa e corretta allocazione delle risorse. Da ciò deriva la necessità di aumentare gli studi clinici che coinvolgano anziani e implementare i progetti di farmacovigilanza e di farmacoinformazione per migliorare le conoscenze in questo ambito e minimizzare i rischi di potenziali patologie iatrogene.

Coordinatori: Amalfitano M. E. (5), Miolo N. (1), Rossi R. (7).

Global health ed immigrazione: assistenza sanitaria in una società che cambia

CONTESTO SOCIO-SANITARIO E TRAIETTORIE DI SALUTE

S. Geraci

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Area sanitaria Caritas - Roma

La migrazione da paesi non appartenenti all'Unione europea è certamente uno dei fenomeni che maggiormente sta condizionando la nostra epoca: in poco più di 25 anni l'Italia è diventata

e si è consolidata come meta più o meno definitiva per un flusso di cittadini stranieri in costante aumento.

Il nostro paese partecipa a questo fenomeno mondiale sia come paese di origine, sono quasi 4 milioni gli italiani nel mondo (oltre 60 milioni i diretti discendenti), che come paese di accoglienza: attualmente si stima una presenza di circa 5 milioni di stranieri, con una incidenza sulla popolazione residente di oltre il 7%, un punto in più della media dell'Unione Europea.

Il profilo di salute degli stranieri in Italia è condizionato da molteplici fattori ed eventi. Tra gli altri ricordiamo la possibilità di avvenuta esposizione nel Paese di provenienza a eventuali

specifici fattori di rischio (ambientali, microbiologici, culturali e/o comportamentali); il percorso migratorio, a volte particolarmente logorante sul piano fisico e psicologico; e, al momento dell'arrivo nel Paese ospite, la capacità di accoglienza della società - condizionata e in parte anche condizionante lo status giuridico - e il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi socio-assistenziali.

Un approccio pluridimensionale alla promozione della salute degli immigrati non può quindi, ignorare proprio l'elemento della «permeabilità» dei servizi, come questione determinante per garantire percorsi di tutela sanitaria specifici nell'ambito di una più generale funzione di *advocacy* e di contrasto alle disuguaglianze: «*le disuguaglianze sanitarie sono il risultato non soltanto di una moltitudine di fattori economici, ambientali e connesse alle scelte di vita, ma anche di problemi relativi all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria*». In Italia le politiche sanitarie per la tutela degli immigrati e dei rifugiati sono un patrimonio relativamente recente. Se ne comincia a parlare agli inizi del 1990 ma solo nel 1998 il tema viene affrontato compiutamente con la legge n. 40 (la cosiddetta «Turco Napolitano») poi confluita nel Testo Unico (TU) sull'immigrazione (Decreto Legislativo n. 286 del 25 luglio 1998). Il regolamento d'attuazione di questa legge (Decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 31 agosto 1999) ed una Circolare del Ministero della salute (n. 5 del 24 marzo 2000) completano l'impianto normativo coerente con il mandato costituzionale di garanzia di cure «... come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività ...» (art. 32 della Carta Costituzionale). Si è scelta quindi una politica «di inclusione sanitaria»: la quasi totalità di stranieri, da qui in poi definiti con l'accezione propriamente giuridica, cioè coloro che provengono da paesi non europei, hanno garantito, almeno sulla carta, il diritto alla tutela sanitaria. Per quel che riguarda i cittadini comunitari, con il recepimento di una Direttiva europea (Decreto Legislativo n. 30 del 6 febbraio 2007 «Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri» ed i vari regolamenti ad essa connessa) l'Italia si è adeguata all'impianto normativo sovranazionale che da una parte assicura libertà di circolazione ai suoi cittadini con copertura sanitaria garantita (seppur per breve periodo - in genere tre mesi- e per alcune tipologie di tutele - in genere interventi urgenti e/o condizioni di bisogno cronico) da una tessera sanitaria comune (TEAM - Tessera Europea Assicurazione Malattia), dall'altra stabilisce norme per l'accessibilità ai servizi sanitari nei vari paesi dell'Unione per presenze più durature (oltre i tre mesi). Per l'intempestività del recepimento della Direttiva Europea (siamo stati tra gli ultimi paesi a farlo) e la sovrapposizione con l'entrata in EU della Romania e Bulgaria (1 gennaio 2007), una vasta fetta di popolazione che non aveva i requisiti richiesti (TEAM), occupati in nero o trovandosi in condizione di marginalità (ereditata da periodi di irregolarità giuridica), non è riuscita ad accedere ai servizi sanitari. In parte tale situazione è stata affrontata a livello regionale e da una nota ministeriale che, nell'ambiguità dell'impostazione, tuttavia invita ad «*essere attivate, nei confronti di queste persone, anche per motivi di sanità pubblica nazionale, le campagne di vaccinazione, gli interventi*

di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, ai sensi della vigente normativa nazionale» (precisazioni ministero Salute del 19.02.08). Seppur con qualche criticità, questa specifica politica nazionale «inclusiva» deve però necessariamente accompagnarsi con una «disponibilità» da parte delle amministrazioni locali e degli operatori sanitari a renderla operativa ed è proprio in questo ambito che si evidenzia una preoccupante discontinuità applicativa: ancora oggi assistiamo infatti ad una mancanza di uniformità di applicazione su tutto il territorio nazionale soprattutto per le disposizioni che regolano l'accesso ai servizi sanitari degli immigrati irregolarmente presenti e dei comunitari in condizione di fragilità sociale.

Bibliografia

1. Affronti M., Geraci S., Marceca M., Russo M.L.: *Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi ... costruire traiettorie*. Atti dell'XI Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Palermo, 2011.
2. Geraci S., Bonciani M., Martinelli B.: *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*. Inprinting srl, Roma, 2010.

OSSERVATORIO SULLA PRESCRIZIONE FARMACEUTICA ALLA POPOLAZIONE IMMIGRATA: I RISULTATI PRELIMINARI

G. Traversa e R. Da Cas

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità - Roma

Introduzione. Le informazioni sull'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini immigrati, anche di coloro che hanno un regolare permesso di soggiorno, sono limitate e frammentarie. I dati disponibili si riferiscono soprattutto all'utilizzo dell'ospedale e derivano da analisi dei dati amministrativi contenuti nelle schede di dimissione ospedaliera. È stata invece finora poco utilizzata un'altra fonte informativa, rappresentata dal monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche. L'uso dei farmaci risulta di interesse almeno per due ordini di motivi. Da un lato, pur essendo l'accesso ai farmaci sostanzialmente gratuito (tranne che per il pagamento dei ticket), è noto che invece l'accesso alle prestazioni efficaci presenta differenze in rapporto alla classe sociale di appartenenza. Dall'altro, diverse categorie di farmaci possono essere utilizzate come traccianti di patologie nella popolazione di riferimento.

Il confronto nell'uso dei farmaci fra la popolazione immigrata, possibilmente caratterizzata in base al paese di provenienza, e quella italiana, può quindi essere utile non solo a fini descrittivi, ma anche per impostare eventuali politiche mirate a garantire un accesso adeguato a prestazioni efficaci e per promuovere un uso appropriato dei farmaci.

Obiettivo generale dello studio è quello di descrivere l'uso dei farmaci nella popolazione immigrata residente nella regione Umbria. Specificamente, vengono effettuati confronti nei livelli complessivi di uso dei farmaci, e nell'utilizzo di specifiche categorie terapeutiche, fra le diverse popolazioni di immigrati, caratterizzate in base al paese di provenienza, e la popolazione italiana.

Metodi. La popolazione in studio è rappresentata dagli assistibili delle regioni Umbria (oltre 900.000 cittadini). Sulla base delle informazioni relative allo stato di nascita e alla cittadinanza (desunte dall'anagrafe regionale degli assistibili) sono state definite le diverse coorti oggetto dello studio. I cittadini immigrati sono stati ulteriormente caratterizzati in base alla cittadinanza: paesi a forte pressione migratoria (PFPM) e paesi a sviluppo avanzato (PSA).

Le popolazioni di riferimento sono rappresentate dai cittadini italiani indipendentemente dal paese di nascita. Sono state quindi identificate cinque coorti:

- «Immigrati PFPM nati all'estero»: assistibili nati all'estero con cittadinanza straniera di paesi a forte pressione migratoria (PFPM);
- «Immigrati PFPM nati in Italia»: assistibili nati in Italia con cittadinanza straniera di paesi a forte pressione migratoria (PFPM);
- «Immigrati PSA»: assistibili nati all'estero o in Italia con cittadinanza straniera di paesi a sviluppo avanzato (PSA);
- «Nuovi italiani»: assistibili nati all'estero con cittadinanza italiana (coorte di riferimento);
- «Italiani»: assistibili nati in Italia con cittadinanza italiana (coorte di riferimento).

Dall'Archivio del Sistema di Monitoraggio della regione Umbria sono state identificate tutte le prescrizioni a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) nell'anno 2010, ciascuna prescrizione è stata quindi attribuita ad una delle cinque coorti in studio. Le analisi sono state condotte sia in termini di quantità di farmaci prescritti e di spesa che in termini di prevalenza d'uso, che rappresenta la quota di assistibili che ha ricevuto almeno una prescrizione di farmaci nel corso del periodo (utilizzatori) sulla popolazione di riferimento di ciascuna coorte.

I risultati sono presentati per principio attivo (o sostanza), per categoria terapeutica secondo la classificazione ATC (Anatomica Terapeutica Chimica), e nel complesso della prescrizione.

Risultati. Gli immigrati rappresentano il 12% della popolazione assistibile (per circa la metà costituita dagli immigrati PFPM nati all'estero) e circa l'8% degli utilizzatori di farmaci nella regione Umbria. Nel 2010 la prevalenza d'uso è stata per le cinque coorti oggetto dello studio pari rispettivamente a: 37%, 51%, 21%, 43% e 60%.

La spesa pro capite passa da un minimo di 21 euro negli Immigrati PFPM nati in Italia a un massimo di 162 euro nei cittadini italiani (coorte di riferimento). Queste marcate differenze sono spiegabili innanzitutto dalle caratteristiche demografiche delle popolazioni a confronto: ad esempio, l'età media della coorte numero 2 è di 7 anni, quella della coorte 1 è di 37 anni, mentre quella dei cittadini italiani è di 51 anni. Concentrandosi sulla popolazione pediatrica si osserva come il numero medio di prescrizioni pro capite della coorte degli Immigrati PFPM nati in Italia sia pari a 2, valore del tutto sovrapponibile a quello della popolazione pediatrica regionale.

Rispetto alla popolazione italiana in quella degli immigrati si evidenzia un maggior utilizzo di farmaci antimicrobici e del sistema muscolo-scheletrico.

Conclusioni. I risultati preliminari confermano l'importanza di condurre approfondimenti sull'uso dei farmaci in popolazioni

che fino ad oggi sono state poco studiate in termini di accesso alle prestazioni sanitarie e di appropriatezza della prescrizione.

OSSERVATORIO SULLA PRESCRIZIONE FARMACEUTICA ALLA POPOLAZIONE IMMIGRATA: IL PROGETTO

M. Andretta

Servizio Farmaceutico Territoriale, Azienda ULSS 20 - Verona

Il razionale. Le fonti di informazione sulla condizione degli immigrati in Italia sono eterogenee e poco orientate a descriverne lo stato di salute. Gli studi finora condotti a partire da indagini specifiche o analizzando i database amministrativi hanno utilizzato soprattutto le schede di dimissione ospedaliera. Poco è stato fatto relativamente alle prescrizioni farmaceutiche, molto probabilmente perché la molteplicità di attori coinvolti, la frammentazione dei percorsi assistenziali dovuta anche all'elevata mobilità della migrazione, la frequente mancanza di un regolare permesso di soggiorno rendono difficile seguire nel tempo il grado di accesso alle cure.

In aggiunta, la differenziazione delle politiche regionali sul farmaco, indotta dal decentramento e dalla conseguente responsabilizzazione delle Regioni sull'eventuale disavanzo rispetto alle risorse necessarie per la sanità, ha creato importanti disuguaglianze tra cittadini italiani ma ancor di più tra gli immigrati presenti nel nostro Paese nei livelli di assistenza e di continuità delle terapie.

Ciononostante, il farmaco può risultare un tracciante della realtà assistenziale della popolazione immigrata presente in Italia, confrontandola con quella italiana, mettendo in rilievo le differenze legate al Paese di origine, alla lingua, alla religione, al sesso e all'età, all'interno e tra le singole nazionalità.

Questo progetto mira a dettagliare le variabilità quantitative e qualitative nell'accesso ai farmaci erogati a carico del SSN tra le diverse popolazioni di immigrati e italiani, ma soprattutto a far emergere, dal confronto con i dati epidemiologici, i bisogni ineludibili, anche alla luce delle differenziazioni nei livelli e nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria delle Regioni coinvolte.

Il metodo di estrazione dei dati

Popolazione di riferimento. In una fase iniziale, gli assistibili delle ASL partecipanti all'Osservatorio ARNO-CINECA e della Regione Umbria.

Le coorti. La definizione delle diverse coorti avviene sulla base di due informazioni: il paese di nascita (desunto dal codice fiscale) e la cittadinanza (ricavata dall'anagrafe degli assistibili). Gli immigrati sono ulteriormente suddivisi tra paesi a forte pressione migratoria (PFPM) e paesi a sviluppo avanzato (PSA). Sono quindi identificate cinque coorti:

1. «Immigrati PFPM nati all'estero»: assistibili nati all'estero con cittadinanza straniera di paesi a forte pressione migratoria (PFPM);
2. «Immigrati PFPM nati in Italia»: assistibili nati in Italia con cittadinanza straniera di paesi a forte pressione migratoria (PFPM);

3. «Immigrati PSA»: assistibili nati all'estero o in Italia con cittadinanza straniera di paesi a sviluppo avanzato (PSA);
 4. «Nuovi italiani»: assistibili nati all'estero con cittadinanza italiana;
 5. «Italiani»: assistibili nati in Italia con cittadinanza italiana.
- Le coorti degli Immigrati PFPM, Immigrati nati in Italia, Immigrati PSA e Nuovi italiani rappresentano le coorti di studio, mentre la coorte degli Italiani rappresenta la coorte riferimento. Una coorte a parte è rappresentata dagli Immigrati STP che, pur facendo parte della coorte degli immigrati, non è confrontabile con le altre coorti precedentemente definite, dal momento che, avendo il codice STP validità semestrale, ciascun assistibile può avere più codici STP e questo può falsare le analisi.

Periodo. Inizialmente biennio 2009-2010, si prevede comunque di realizzare un osservatorio permanente.

Fonte dei dati. Dati di prescrizione farmaceutica territoriale convenzionata provenienti dalla lettura mensile delle ricette rimborsabili spedite dalle farmacie pubbliche e private convenzionate con il SSN. Tali dati vengono incrociati con le anagrafi degli assistibili, dei medici e delle farmacie.

Indicatori utilizzati

- Assistibili: persone registrate nell'anagrafe sanitaria dell'Azienda ULSS nel periodo in esame.
- Assistiti: assistibili dell'Azienda ULSS che hanno ricevuto almeno una prescrizione nel periodo in esame.
- Prevalenza: % assistiti di un determinato periodo sugli assistibili dello stesso periodo. Si considerano tutti gli assistiti che hanno prescrizioni nel periodo in esame.
- Confezioni: n. di confezioni ritirate in farmacia dall'assistito.
- Spesa: somma delle confezioni ritirate moltiplicate per il prezzo al pubblico.

- N. medio di confezioni per assistito: n. di confezioni rapportate al n. di assistiti.
- Spesa media per assistito: spesa complessiva rapportata al n. di assistiti.
- Spesa media per assistibile: spesa complessiva rapportata al n. di assistibili.

Descrizione dei report

Sezione 1: popolazioni in studio e indicatori generali

1. Distribuzione di frequenza degli assistiti e degli assistibili per fasce di età e sesso.
2. Distribuzione di frequenza degli assistiti e degli assistibili per Regione e per sesso.
3. Indicatori di consumo: n. medio di confezioni per assistito, spesa media per assistito, spesa media per assistibile.

Sezione 2: profilo farmacoepidemiologico

4. Prevalenza d'uso per I livello ATC (GAP).
5. Prevalenza d'uso di uno o più GAP.
6. Primi 20 gruppi terapeutici (SGT) con il maggior numero di assistiti.
7. Primi 20 principi attivi con il maggior numero di assistiti.
8. Prevalenza d'uso di farmaci per il diabete (ATC=A10).
9. Prevalenza d'uso di farmaci per la tubercolosi (ATC=J04A).
10. Prevalenza d'uso di farmaci per la depressione (ATC=N06A).
11. Prevalenza d'uso di antipertensivi (ATC=C03, C07, C08C, C09).

Step successivi. Il progetto prevede la restituzione alle ASL partecipanti dei dati ottenuti per una lettura contestualizzata alla tipologia di organizzazione assistenziale nello specifico territorio.

La formazione degli specializzandi tra vecchie e nuove esigenze

DALLA TEORIA ALLA PRATICA: IL TIROCINIO NEL NUOVO ORDINAMENTO

B. Parodi

Università degli Studi di Genova, Facoltà di Farmacia - Genova

Il Decreto Ministeriale 1 agosto 2005, che ha definito il riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria, stabilisce che «almeno il 70% del complesso delle attività formative sia riservato allo svolgimento di attività professionalizzanti (pratiche e di tirocinio)».

Il tirocinio è diventato il vero asse portante dell'intero percorso formativo dello specializzando e deve garantire l'acquisizione di una preparazione completa, articolata ed uniforme in tutte le attività che oggi svolge il farmacista all'interno del SSN.

Il grande sforzo che l'Università è chiamata a compiere è quello di dar vita ad una forte collaborazione tra il mondo accademico

e quello della professione tale da legare la parte teorica con quella pratica in un unico progetto formativo che metta a disposizione degli specializzandi il meglio delle professionalità presenti a livello ospedaliero e sul territorio. La creazione di una interfaccia Università/Professione, rappresentata da referenti di parte professionale e di parte universitaria per le diverse attività formative, può essere un buon punto di partenza sia per la predisposizione dei contenuti dei corsi, il più possibile aderenti alle nuove problematiche cui il farmacista deve dare risposta, che per l'individuazione di percorsi di tirocinio proficui.

La partecipazione degli specializzandi ad eventi quali seminari, corsi, workshop organizzati dalla scuola attraverso il coinvolgimento di professionisti ed accademici può consentire altresì di recuperare il divario di formazione che inevitabilmente si viene a creare a causa della disomogeneità dei requisiti posseduti dalle diverse strutture facenti capo alla rete formativa della scuola. È ben difficile infatti che una singola struttura sia in grado di garantire tutte le prestazioni minime richieste dalla nuova norma-