



FARMACI e IMMIGRATI

Rapporto sulla prescrizione farmaceutica
in un paese multietnico



S.I.M.M.
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni



 **CONSORZIO
MARIO NEGRI SUD**
Centro di ricerche farmacologiche e biomediche

 **ARNO**
OSSERVATORIO  **CINECA**



FARMACI E IMMIGRATI

RAPPORTO

SULLA PRESCRIZIONE FARMACEUTICA

IN UN PAESE MULTIETNICO



Il Pensiero Scientifico Editore

Il rapporto è disponibile consultando i siti web

www.epicentro.iss.it/farmaci

www.sifoweb.it

www.simmweb.it

www.negrisud.it/it/

osservatorioarno.cineca.org

Prima edizione: marzo 2013

© Il Pensiero Scientifico Editore

Via San Giovanni Valdarno 8, 00138 Roma

Tel. (06) 862821 - Fax (06) 86282250

E-mail: pensiero@pensiero.it

www.pensiero.it - www.vapensiero.info

Coordinamento editoriale: Benedetta Ferrucci

Progetto grafico ed impaginazione

Doppiosegno s.n.c. - Roma

www.doppiosegno.com

Stampato in Italia dalla Tipolitografia Quattroventi

Via A. del Castagno 196, 00144 Roma

ISBN 978-88-490-0445-8

Citare questo rapporto come segue: Andretta M, Cinconze E, Costa E, Da Cas R, Geraci S, Rossi E, Tognoni G, Traversa G. Farmaci e immigrati.

Rapporto sulla prescrizione farmaceutica in un paese multietnico.

Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2013



Quest'opera è soggetta alla licenza Creative Commons

"Attribuzione - Non commerciale - Condividi allo stesso modo 3.0 Italia"

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/it/deed.it>

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/it/legalcode>

Autori

Margherita Andretta, Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie

Elisa Cinconze, Cineca

Enrico Costa, Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie

Roberto Da Cas, Istituto Superiore di Sanità

Salvatore Geraci, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Elisa Rossi, Cineca

Gianni Tognoni, Consorzio Mario Negri Sud

Giuseppe Traversa, Istituto Superiore di Sanità

Questo rapporto nasce dalla collaborazione tra:

SIFO - Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie: presidente Laura Fabrizio

Cineca – Dipartimento Sanità: direttore Marisa De Rosa

ISS - Istituto Superiore di Sanità – Reparto di Farmacoepidemiologia: direttore Roberto Raschetti

SIMM - Società Italiana di Medicina delle Migrazioni: presidente Mario Affronti

CMNS - Consorzio Mario Negri Sud: direttore Gianni Tognoni

Gli autori devolveranno i proventi derivanti dalla vendita del libro ai progetti sanitari della Caritas diocesana di Roma.

Contributi

Ha collaborato alla stesura dell'approfondimento sulla popolazione pediatrica:

Michele Gangemi – Past President Associazione Culturale Pediatri

Hanno collaborato alla revisione del rapporto:

Corrado Barbui – Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità,
Sezione di Psichiatria, Università degli Studi di Verona

Maurizio Bonati e Antonio Clavenna – Dipartimento di Salute Pubblica, Laboratorio
per la Salute Materno-Infantile, Istituto di Ricerche farmacologiche Mario Negri

Marina Maggini – Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della
Salute, Istituto Superiore di Sanità

Giulio Marchesini Reggiani - Malattie del Metabolismo e Dietetica Clinica, Università di
Bologna

**Si ringrazia il gruppo di lavoro ARNO ed in particolare Paolo Busca per il supporto
alla gestione dell'Osservatorio.**

**Si ringraziano i referenti delle ASL afferenti all'Osservatorio ARNO e della Regione Um-
bria che hanno fornito i dati presentati in questo rapporto.**

ASL dell'Osservatorio ARNO:

Provincia Autonoma di Trento: **Riccardo Roni**

Belluno: **Antonella De Marco**

Feltre: **Alberto Gris**

Bassano del Grappa: **Margherita Cecchetto**

Thiene: **Maria Giardino**

Ovest Vincentino: **Maria Paola Cariolato**

Vicenza: **Anna Maroni**

Pieve di Soligo: **Daniela Maccari**

Asolo: **Michele Ragazzi**

Treviso: **Gianni Terrazzani**

San Donà di Piave: **Maria Elvira Ferrari**

Venezia: **Susanna Zardo**

Mirano: **Luisa Cordella**

Chioggia: **Bianca Pari**

Alta Padovana: **Antonella Pedrini**

Padova: **Anna Maria Grion**

Monselice: **Maria Gabriella Zogno**

Rovigo: **Luisa Monti**

Adria: **Vincenzo Lolli**
Verona: **Luigi Mezzalana**
Legnago: **Silvia Brasola**
Bussolengo: **Loretta Castellani**
Lucca: **Danila Garibaldi**
Firenze: **Paolo Batacchi**
Viareggio: **Marisa Rais**
Roma D: **Roberta Di Turi**
Teramo: **Antonio Orsini**
Taranto: **Rossella Moscogiuri**

Regione Umbria:

Ombretta Checconi, Mariangela Rossi, Direzione regionale Salute - Coesione sociale e Società della Conoscenza; **Marcello De Giorgi, David Franchini** - Consorzio SIR Umbria.

Indice

SINTESI	XV
Introduzione	1
Metodi	5
Popolazione in studio	5
Dati di prescrizione	6
Misure utilizzate	6
Descrizione della coorte degli immigrati e confronto con la popolazione italiana	6
Inquadramento della prescrizione farmaceutica 2011	13
Prescrizione farmaceutica territoriale SSN	13
Composizione della prescrizione farmaceutica per età e sesso	14
Sostanze più prescritte	17
Variabilità della prescrizione per cittadinanza della popolazione immigrata	23
Variabilità fra ASL	26
Equivalenti	29
Profilo prescrittivo della popolazione pediatrica	33
Profilo prescrittivo della popolazione femminile	47
Sostanze più prescritte	50
Analisi delle principali categorie terapeutiche	53
Antiacidi e antiulcera	54
Antidiabetici	58
Antipertensivi	62
Ipolipemizzanti	67
Antibiotici	71
FANS	76
Antidepressivi	80
Antiasmatici	84
Conclusioni	89
Commenti al rapporto: implicazioni di sanità pubblica	91

APPROFONDIMENTI BIBLIOGRAFICI	97
APPENDICE A	
Quadro riepilogativo dell'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata	99
APPENDICE B	
Popolazione in studio	101
APPENDICE C	
Glossario e definizione degli indicatori	103
APPENDICE D	
Elenco delle categorie terapeutiche	107

Indice delle tabelle e delle figure

Descrizione della coorte degli immigrati e confronto con la popolazione italiana

Tabella 1. Descrizione della coorte in studio e confronto con la popolazione residente italiana (immigrati e totale)	7
Figura 1. Piramide demografica negli immigrati e nella popolazione residente in Italia (2011)	7
Tabella 2. Distribuzione della popolazione immigrata per cittadinanza (primi 45 Paesi per numero di residenti)	8
Tabella 3. Distribuzione della popolazione immigrata per area geografica	9
Tabella 4. Distribuzione per età e sesso della popolazione pediatrica	10
Tabella 5. Distribuzione per cittadinanza della popolazione pediatrica (primi 15 Paesi per numero di residenti)	11

Inquadramento della prescrizione farmaceutica 2011

Tabella 6. Prescrizione farmaceutica nella coorte immigrata e italiana (2011)	13
Tabella 7. Distribuzione per età e sesso della prevalenza d'uso (%) nella popolazione immigrata e italiana (2011)	14
Tabella 8. Distribuzione per età e sesso della spesa lorda pro capite (€) nella popolazione immigrata e italiana (2011)	15
Tabella 9. Distribuzione per età e sesso delle DDD/1000 abitanti die nella popolazione immigrata e italiana (2011)	15
Figura 2. Andamento della prevalenza d'uso per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)	16
Tabella 10. Prescrizione farmaceutica nella popolazione immigrata e italiana per I livello ATC (2011)	16
Tabella 11. Prime trenta sostanze a maggior prevalenza d'uso nella popolazione immigrata: confronto con la popolazione italiana (2011)	17
Tabella 12. Sostanze a maggior prevalenza per I livello ATC nella popolazione immigrata (≥ 3 per mille della prevalenza - 2011)	19
Tabella 13. Quadro riepilogativo della prescrizione farmaceutica SSN nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 30 Paesi per numero di residenti) (2011)	23
Figura 3. Andamento per cittadinanza della prevalenza d'uso nella popolazione immigrata (2011)	24
Tabella 14. Variabilità della prevalenza d'uso (%) per categoria terapeutica nella popolazione immigrata (primi 30 Paesi per numero di residenti) (2011)	25
Tabella 15. Quadro riepilogativo della prescrizione farmaceutica SSN nella popolazione immigrata per ASL (2011)	27
Figura 4. Scostamento della spesa lorda pro capite pesata nella popolazione immigrata e in quella italiana dal valore medio totale (2011)	28
Tabella 16. Variabilità per ASL della prevalenza d'uso (%) per I livello ATC nella popolazione immigrata (2011)	28

Tabella 17. Prescrizione di farmaci equivalenti nella popolazione immigrata e italiana per ASL (2011)	30
Figura 5. Distribuzione percentuale delle dosi di farmaci equivalenti branded e unbranded per I livello ATC nella popolazione immigrata (2011)	31
Figura 6. Distribuzione percentuale delle dosi di farmaci equivalenti branded e unbranded per I livello ATC nella popolazione italiana (2011)	31

Profilo prescrittivo della popolazione pediatrica

Tabella 18. Prescrizione farmaceutica nella popolazione pediatrica per età (2011)	34
Tabella 19. Prescrizione farmaceutica nella popolazione pediatrica immigrata per cittadinanza (primi 30 Paesi per numero di residenti – 2011)	35
Tabella 20. Prescrizione farmaceutica nella popolazione pediatrica per I livello ATC (2011)	36
Tabella 21. Prime 15 categorie ATC (II livello) a maggiore prevalenza nella popolazione pediatrica (2011)	37
Tabella 22. Prime 15 categorie ATC (II livello) a maggiore prescrizione nella popolazione pediatrica (2011)	38
Tabella 23. Prescrizione di antibiotici (ATC J01) nella popolazione pediatrica per categoria terapeutica e per sostanza (2011)	39
Figura 7. Distribuzione percentuale del consumo di antibiotici per categoria terapeutica e classe di età – immigrati PFPN nati all'estero e in Italia (2011)	39
Figura 8. Distribuzione percentuale del consumo di antibiotici per categoria terapeutica e classe di età – italiani (2011)	40
Tabella 24. Prescrizione di antiasmatici (ATC R03) nella popolazione pediatrica per categoria terapeutica e per sostanza (2011)	41
Figura 9. Distribuzione percentuale del consumo di antiasmatici per categoria terapeutica e classe di età – immigrati PFPN nati all'estero e in Italia (2011)	42
Figura 10. Distribuzione percentuale del consumo di antiasmatici per categoria terapeutica e classe di età – italiani (2011)	42
Tabella 25. Prescrizione di gastrointestinali (ATC A02) nella popolazione pediatrica per categoria terapeutica e per sostanza (2011)	43
Figura 11. Distribuzione percentuale del consumo di farmaci gastrointestinali per categoria terapeutica e classe di età – immigrati PFPN nati all'estero e in Italia (2011)	44
Figura 12. Distribuzione percentuale del consumo di farmaci gastrointestinali per categoria terapeutica e classe di età – italiani (2011)	44
Tabella 26. Prescrizione di farmaci del SNC (ATC N) nella popolazione pediatrica per categoria terapeutica e per sostanza (2011)	45
Figura 13. Distribuzione percentuale del consumo di farmaci SNC per categoria terapeutica e classe di età – immigrati PFPN nati all'estero e in Italia (2011)	46
Figura 14. Distribuzione percentuale del consumo di farmaci SNC per categoria terapeutica e classe di età – italiani (2011)	46

Profilo prescrittivo della popolazione femminile

Tabella 27. Distribuzione per età della prescrizione farmaceutica nella popolazione femminile immigrata e italiana (2011)	47
Figura 15. Andamento della prescrizione nella popolazione femminile immigrata e italiana (2011)	47
Tabella 28. Prescrizione farmaceutica nella popolazione femminile immigrata e italiana per I livello ATC (2011)	48
Tabella 29. Prime 15 categorie ATC (II livello) a maggiore prevalenza nella popolazione femminile immigrata: confronto con la popolazione italiana (2011)	49
Tabella 30. Prime trenta sostanze a maggior prevalenza d'uso nella popolazione femminile immigrata: confronto con la popolazione italiana (2011)	50
Tabella 31. Prescrizione farmaceutica nella popolazione femminile immigrata per cittadinanza (primi 30 Paesi per numero di residenti – 2011)	51

Analisi delle principali categorie terapeutiche

ANTIACIDI E ANTIULCERA

Tabella 32. Prescrizione di antiacidi e antiulcera per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)	54
Figura 16. Andamento della prevalenza e dell'intensità d'uso di antiacidi e antiulcera per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)	55
Tabella 33. Intensità d'uso di antiacidi e antiulcera nella popolazione immigrata e italiana (2011)	55
Figura 17. Prevalenza d'uso di antiacidi e antiulcera nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)	56
Figura 18. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d'uso di antiacidi e antiulcera (2011)	56
Tabella 34. Prescrizione di antiacidi e antiulcera per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)	57

ANTIDIABETICI

Tabella 35. Prescrizione di antidiabetici per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)	58
Figura 19. Andamento della prevalenza e dell'intensità d'uso di antidiabetici per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)	59
Tabella 36. Intensità d'uso di antidiabetici nella popolazione immigrata e italiana (2011)	59
Figura 20. Prevalenza d'uso di antidiabetici nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)	60
Figura 21. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d'uso di antidiabetici (2011)	60
Tabella 37. Prescrizione di antidiabetici per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)	61

ANTIPERTENSIVI

Tabella 38. Prescrizione di antipertensivi per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)	62
Figura 22. Andamento della prevalenza e dell'intensità d'uso di antipertensivi per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)	63
Tabella 39. Intensità d'uso di antipertensivi nella popolazione immigrata e italiana (2011)	64
Figura 23. Prevalenza d'uso di antipertensivi nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)	64
Figura 24. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d'uso di antipertensivi (2011)	64
Tabella 40. Prescrizione di antipertensivi per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)	65

IPOLIPEMIZZANTI

Tabella 41. Prescrizione di ipolipemizzanti per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)	67
Figura 25. Andamento della prevalenza e dell'intensità d'uso di ipolipemizzanti per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)	68
Tabella 42. Intensità d'uso di ipolipemizzanti nella popolazione immigrata e italiana (2011)	68
Figura 26. Prevalenza d'uso di ipolipemizzanti nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)	69
Figura 27. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d'uso di ipolipemizzanti (2011)	69
Tabella 43. Prescrizione di ipolipemizzanti per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)	70

ANTIBIOTICI

Tabella 44. Prescrizione di antibiotici per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)	71
Figura 28. Andamento della prevalenza e dell'intensità d'uso di antibiotici per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)	72
Tabella 45. Intensità d'uso di antibiotici nella popolazione immigrata e italiana (2011)	73
Figura 29. Prevalenza d'uso di antibiotici nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)	73
Figura 30. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d'uso di antibiotici (2011)	74
Tabella 46. Prescrizione di antibiotici per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)	74

FANS

Tabella 47. Prescrizione di FANS per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)	76
---	----

Figura 31. Andamento della prevalenza e dell'intensità d'uso di FANS per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)	77
Tabella 48. Intensità d'uso di FANS nella popolazione immigrata e italiana (2011)	77
Figura 32. Prevalenza d'uso di FANS nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)	78
Figura 33. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d'uso di FANS (2011)	78
Tabella 49. Prescrizione di FANS per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)	79

ANTIDEPRESSIVI

Tabella 50. Prescrizione di antidepressivi per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)	80
Figura 34. Andamento della prevalenza e dell'intensità d'uso di antidepressivi per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)	81
Tabella 51. Intensità d'uso di antidepressivi nella popolazione immigrata e italiana (2011)	81
Figura 35. Prevalenza d'uso di antidepressivi nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)	82
Figura 36. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d'uso di antidepressivi (2011)	82
Tabella 52. Prescrizione di antidepressivi per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)	83

ANTIASMATICI

Tabella 53. Prescrizione di antiasmatici per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)	84
Figura 37. Andamento della prevalenza e dell'intensità d'uso di antiasmatici per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)	85
Tabella 54. Intensità d'uso di antiasmatici nella popolazione immigrata e italiana (2011)	85
Figura 38. Prevalenza d'uso di antiasmatici nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)	86
Figura 39. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d'uso di antiasmatici (2011)	86
Tabella 55. Prescrizione di antiasmatici per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)	87

Sintesi

L'obiettivo. Il rapporto presenta un'analisi della prescrizione farmaceutica nella popolazione immigrata in un campione di ASL italiane.

La popolazione in studio. Immigrati con cittadinanza di Paesi a forte pressione migratoria nati all'estero o in Italia regolarmente residenti nelle ASL in studio. Nel complesso sono state identificate 710.879 persone, pari al 16% della popolazione immigrata residente in Italia. L'età mediana è di 33 anni, le donne rappresentano il 53% del totale.

I dati di prescrizione. Sono stati analizzati i dati della prescrizione farmaceutica territoriale del SSN (prevalentemente effettuata da parte di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta).

I confronti. La prescrizione nella popolazione immigrata è stata confrontata con quella di un campione della popolazione italiana appaiato per età e sesso. Sono inoltre stati effettuati confronti fra le popolazioni di immigrati in base al Paese di origine e analisi della variabilità geografica.

I dati aggregati. Il 52% della popolazione immigrata e il 59% di quella italiana hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci nel corso del 2011. In media, la spesa farmaceutica a carico del SSN nel corso dell'anno è stata di 72 euro per un cittadino immigrato e di 97 euro per un cittadino italiano. Si può stimare che in Italia, nel 2011, la spesa farmaceutica SSN della popolazione immigrata sia stata di 330 milioni di euro, pari al 2,6% della spesa farmaceutica complessiva (a fronte di una popolazione immigrata che nel 2011 era pari al 7,5% dei residenti in Italia).

L'uso dei farmaci nelle donne. Si conferma il quadro d'insieme, con un maggiore livello d'uso rispetto alla popolazione maschile: hanno ricevuto almeno una prescrizione il 58% delle donne immigrate e il 65% delle italiane. Fra coloro che hanno ricevuto prescrizioni, la durata di trattamento è sovrapponibile: 232 e 237 dosi di farmaco per utilizzatrice.

L'uso dei farmaci nei bambini. La popolazione immigrata pediatrica esaminata è stata di 134.000 bambini, dei quali il 76% è nato in Italia. Di questi ultimi, il 54% ha ricevuto almeno una prescrizione di farmaci nell'anno, a fronte del 60% dei bambini italiani. In media ciascun bambino immigrato ha ricevuto 2,4 confezioni rispetto a 2,6 degli italiani.

Le categorie terapeutiche utilizzate. Gli immigrati hanno una maggiore proporzione di utilizzatori, rispetto agli italiani, relativamente ai farmaci antidiabetici (1,6% rispetto a 1,1%), gastroprotettivi (10,3% vs 8,7%) e antiinfiammatori (11,3% vs 8,3%). La popolazione italiana ha una maggiore proporzione di utilizzatori dei farmaci per l'ipertensione (7,6% vs 6,5%), ipercolesterolemia (2,4% vs 1,9%), antibiotici (36,6% vs 31,9%), sintomi dell'asma e BPCO (12,2% vs 8,1%); infine, la prevalenza d'uso di antidepressivi è circa doppia nella popolazione italiana (3,9% vs 2,0%).

Il confronto fra Paesi di provenienza. I minori livelli di utilizzatori di farmaci si osservano nelle popolazioni di origine cinese o kosovara, nelle quali solo il 36% dei cittadini ha ricevuto almeno una prescrizione da parte del SSN nel corso del 2011. Sono invece sostanzialmente sovrapponibili alla popolazione italiana, intorno al 60% degli assistibili, le prevalenze di utilizzatori negli immigrati provenienti da Perù, Nigeria, Marocco, Bangladesh e Albania.

La variabilità fra ASL in Italia. C'è una considerevole variabilità nei livelli di prescrizione delle ASL incluse nello studio. La variabilità non riguarda specificamente la popolazione immigrata e in ciascuna ASL le differenze di prescrizione fra immigrati e italiani sono inferiori alla variabilità fra ASL che si osserva per entrambe le popolazioni.

Conclusione 1. I risultati mostrano, in primo luogo, che il SSN è in grado di rispondere ai bisogni di salute della popolazione immigrata. A parità di età e sesso, l'uso di farmaci nella popolazione immigrata è di poco inferiore a quello osservato nella popolazione italiana.

Conclusione 2. La popolazione immigrata incide poco in termini di consumo di risorse. Nonostante gli immigrati regolari nel 2011 abbiano rappresentato il 7,5% della popolazione, solo il 2,6% della spesa farmaceutica è relativa a questa popolazione.

Conclusione 3. Le differenze osservate fra immigrati e italiani possono rappresentare bisogni non adeguatamente coperti, ma anche essere il tracciante di una più frequente prevalenza di patologia. In entrambi i casi la conoscenza dell'uso dei farmaci può fornire le basi per interventi mirati da parte del SSN.

Introduzione

Nell'ultimo decennio la presenza degli immigrati in Italia è pressoché triplicata, consolidandosi come elemento strutturale del tessuto socio-economico del Paese. Secondo l'ISTAT, i cittadini stranieri residenti in Italia nel 2011 sono stati circa 4 milioni e mezzo (circa 200.000 nel 1980, 500.000 nel 1990, poco più di 1.600.000 nel 2000). Oltre alla popolazione immigrata residente esistono sfumature di "regolarità giuridica" che vanno dalla presenza di stranieri in possesso di un regolare permesso di soggiorno e di cittadini comunitari regolarmente occupati in Italia ma non ancora iscritti nelle anagrafi comunali e sanitarie, agli immigrati in condizione di irregolarità giuridica o perché persa nel tempo (impossibilità del rinnovo del permesso di soggiorno) o perché mai avuta; gli "irregolari" corrispondono a circa il 10% della componente regolare. Stime più recenti quantificano in oltre 5.000.000 i cittadini stranieri regolarmente presenti nel nostro Paese, con un'incidenza di circa l'8% sull'intera popolazione nazionale (media europea: 6,6%), e con una distribuzione disomogenea sul territorio (61,3% al nord, 25,4% al centro, 13,3% al sud). La popolazione immigrata è giovane, circa la metà è di genere femminile, con una significativa presenza di minori (circa un milione) di cui quasi il 70% nato in Italia, ma non per questo aventi diritto di diventare cittadini italiani (se non al compimento del 18° anno a condizioni particolarmente restrittive). La provenienza è eterogenea (da oltre 190 nazioni diverse): il 27,4% proviene dall'Unione Europea (circa 1.000.000 dalla Romania), il 23,4% è europeo non comunitario (491.000 dall'Albania), il 22% proviene dall'Africa (507.000 dal Marocco), il 18,8% dall'Asia (circa 280.000 dalla Cina) e l'8,3% dall'America (oltre 100.000 dal Perù). Gli immigrati rappresentano il 10% degli occupati in Italia, prevalentemente impegnati nell'edilizia (uomini) e nei servizi alle persone (donne).

A fronte di questa presenza strutturata e necessaria anche sul piano economico (partecipano per circa il 12% alla produzione del PIL) e demografico (il tasso di fertilità delle immigrate è quasi doppio rispetto alle italiane), le politiche di accoglienza e di integrazione sono condizionate da approcci spesso ideologici e poco lungimiranti.

La popolazione immigrata presenta evidenti elementi di fragilità, in ragione dei livelli di reddito, delle difficoltà di inserimento e partecipazione alla vita politica del Paese e della maggiore precarietà della rete di sostegno.

Il quadro di riferimento estremamente eterogeneo, non solo per gli aspetti socio-demografici ma soprattutto per status giuridico, si riflette sulla fruibilità dei diritti civili, politici e di cittadinanza, e con essi sulla reale possibilità e capacità di integrazione di queste popolazioni nella società.

Tra i diritti, umani ancor prima che sociali, il diritto alla salute riveste un ruolo centrale nella programmazione delle politiche di welfare di uno stato sociale. In controtendenza alle politiche di accoglienza spesso deboli e frammentarie, le norme e le politiche sanitarie sono state costruite in Italia con attenzione e con coerenza in una logica

di piena tutela di tutti gli individui presenti. È stata prevista l'inclusione nel sistema sanitario di quanti siano regolarmente presenti e la garanzia di assistenza anche per coloro temporaneamente non in regola con il soggiorno. 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).

In un'ottica di salute pubblica il diritto alla salute può essere approssimato al diritto di accesso ai servizi sanitari attraverso il principio di equità che consiste nell'assicurare a tutti gli individui pari opportunità, prerequisito per garantire la giustizia sociale in una società. Questa impostazione ha prodotto nel tempo un aumento di accessibilità ai servizi sanitari (con miglioramento degli indicatori nell'ambito materno-infantile e nei tassi d'incidenza di alcune malattie infettive) ma si scontra con l'incertezza delle politiche di accoglienza/inserimento (tassi costantemente alti nelle interruzioni volontarie di gravidanza, aumento degli infortuni sul lavoro anche mortali).

Da qualche anno inoltre la presenza tra i cittadini comunitari di ampie fette di popolazione proveniente da Paesi ancora in una fase di transizione economica e sociale ha messo in evidenza la debolezza delle politiche sanitarie europee che, nella giusta difesa del principio della libera circolazione delle persone, hanno voluto uniformare norme non tenendo conto della differente organizzazione sanitaria dei singoli Paesi e del gradiente di sviluppo socio-economico. Proprio ciò ha prodotto, almeno in Italia e in assenza di indicazioni chiare a livello nazionale (ma la sanità è ormai gestita in modo "concorrente" dalle regioni), eterogeneità nell'interpretazione e nell'applicazione delle norme con politiche sanitarie adottate dalle singole regioni che creano disuguaglianze nella fruibilità dei servizi.

Questa variabilità è uno degli elementi che rendono a tutt'oggi eterogenee le informazioni sulla condizione degli immigrati presenti nel nostro Paese.

Ciò riflette quanto ci si può aspettare-temere per tutti gli immigrati "recenti" il cui profilo può essere il risultato di molti fattori: la possibile esposizione nel Paese di provenienza ad 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 e il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi socio-assistenziali.

Da qualche anno in Italia diversi gruppi di ricercatori si stanno dedicando alla definizione d'indicatori misurabili e confrontabili tra le molteplici realtà territoriali, segno di un crescente interesse da parte della comunità scientifico-sanitaria nell'affrontare il tema della salute nella popolazione immigrata con un approccio che miri a una sua valutazione rigorosa, perché in grado di rilevare-valutare le variabilità e le specificità qualitative, e non solo le frequenze delle distribuzioni.

Fa parte di questo sforzo di specificità l'analisi qui proposta delle prescrizioni farmaceutiche. Per quanto riguarda la popolazione priva di un regolare permesso di soggiorno, la spiegazione va ricercata nell'impossibilità di seguire nel tempo l'accesso al farmaco. Per la popolazione immigrata con permesso di soggiorno, invece, l'analisi della prescrizione farmaceutica può fornire indicazioni di grande utilità per descrivere sia le

condizioni di salute sia le dinamiche di accesso alle prestazioni sanitarie, in un contesto, quale è quello territoriale, riferito per lo più alla cronicità.

Questo rapporto si propone di colmare una lacuna informativa fotografando una parte della popolazione immigrata, qualificata come “regolare”, in relazione all’accesso e uso del farmaco.

Pur non attendendosi particolari differenze quali-quantitative in termini di accessibilità rispetto alla popolazione italiana, in virtù dell’impianto normativo presente nel nostro Paese che, coerentemente con il mandato costituzionale, poggia sul principio di inclusione sanitaria, è importante poter disporre di dati espliciti e dettagliati per:

- produrre uno “spettro” realistico della “dispersione” tra le diverse provenienze;
- quantificare i “carichi assistenziali” riferiti alle terapie farmacologiche;
- esplorare se l’indicatore farmaco evidenzia o genera “sospetti” su problemi/sotto-gruppi da approfondire anche attraverso l’integrazione di più database;
- analizzare se la differenziazione delle politiche regionali di compartecipazione sul farmaco, oltre alle disuguaglianze tra cittadini italiani, possa avere ricadute nei livelli di assistenza e di continuità delle terapie nella popolazione immigrata;
- contribuire a rendere più “normale” la composizione (per quanto ancora enormemente minoritaria rispetto ad altri Paesi) multi-etnica della popolazione italiana, come caratteristica (in crescita) anche della epidemiologia assistenziale;
- sviluppare politiche sanitarie in un’ottica di salute globale, che non vuol dire solo allineare la capacità di risposta di sistemi sanitari molto eterogenei sotto il profilo della sostenibilità economica o del quadro epidemiologico di riferimento, ma significa soprattutto garantire a ogni individuo il diritto all’assistenza sanitaria attraverso i principi di equità, giustizia sociale e non discriminazione.

La comunità sanitaria è concorde nel riconoscere che la salute è legata a doppio filo alle condizioni socio-culturali e politico-economiche presenti nelle diverse aree geografiche del mondo.

L’intensificarsi dei fenomeni migratori offre quindi l’opportunità ai moderni servizi sanitari di aggiornare le proprie agende per tutelare la salute, intesa nella sua accezione più alta di fondamentale diritto dell’individuo ed interesse della collettività, indipendentemente dai confini geopolitici entro cui questi servizi si sono evoluti.

Metodi

Popolazione in studio

La popolazione in studio è rappresentata da tutti i cittadini presenti nelle anagrafi sanitarie al 31/12/2011 e residenti nelle ASL della Regione Umbria e nelle ASL dell'Osservatorio ARNO-Cineca. Sulla base delle informazioni riguardanti la cittadinanza e il Paese di nascita (desunto dal codice fiscale) sono state confrontate due coorti:

- immigrati con cittadinanza di Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) nati all'estero e in Italia;
- cittadini italiani.

Le due coorti sono state appaiate per età (calcolata al 31/12/2011), sesso e comune di residenza. Nel caso di mancato appaiamento utilizzando questi criteri è stata svolta una nuova ricerca tramite età, sesso e ASL di assistenza.

Nell'approfondimento relativo alla popolazione pediatrica (0-14 anni) la coorte degli immigrati PFPM è stata ulteriormente suddivisa in:

- persone nate all'estero;
- persone nate in Italia.

Per ciascuna delle due coorti pediatriche è stata identificata una coorte di confronto dei cittadini italiani appaiati con gli stessi criteri sopraelencati.

Per la valutazione della variabilità tra ASL e tra Paesi d'origine le popolazioni sono state pesate utilizzando il sistema di "pesi" predisposto dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale (FSN). Il sistema di pesi è organizzato su 7 fasce di età (con una ulteriore suddivisione fra maschi e femmine per la classe di età 15-44 anni). Il procedimento eseguito per il calcolo della popolazione è il seguente: la popolazione di ciascuna ASL (o Paese) è stata raggruppata in classi di età; il numero di individui di ciascuna classe è stato moltiplicato per il peso corrispondente; la somma dei valori così ottenuti è stata proporzionalmente riportata alla popolazione totale. I pesi utilizzati sono i seguenti:

Fascia d'età	0	1-4	5-14	15-44 maschi	15-44 femmine	45-64	65-74	+ di 74
Peso	1,000	0,969	0,695	0,693	0,771	2,104	4,176	4,290

La distribuzione delle popolazioni per età, sesso e ASL è presentata nell'Appendice B.

Dati di prescrizione

Nelle analisi che seguono, i consumi di farmaci si riferiscono alle prescrizioni territoriali effettuate a carico del SSN nel 2011 ed erogate attraverso le farmacie pubbliche e private; sono altresì inclusi i farmaci appartenenti al prontuario PHT erogati in distribuzione diretta e in distribuzione per conto. Attraverso i dati raccolti tramite il sistema di monitoraggio è possibile effettuare analisi per sostanza o categoria terapeutica, per caratteristiche degli utilizzatori e per ASL.

Per le analisi sui farmaci equivalenti sono state utilizzate le "liste di trasparenza" pubblicate mensilmente dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

Misure utilizzate

Le analisi sono state condotte sia in termini di quantità di farmaci prescritti sia 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 (si rimanda all'Appendice C per un dettaglio riguardante gli indicatori utilizzati).

Nell'analisi delle quantità sono state utilizzate le confezioni di farmaci prescritti, la spesa lorda e le DDD, che rappresentano la dose di mantenimento per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza.

Le analisi delle categorie terapeutiche sono state effettuate utilizzando il modello predisposto all'interno dei rapporti sull'uso dei farmaci in Italia, curati dall'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed). L'elenco delle categorie e delle relative sostanze è presentato nell'Appendice D.

Descrizione della coorte degli immigrati e confronto con la popolazione italiana

La coorte degli immigrati proveniente da 32 ASL di 7 regioni è composta da 710.879 assistibili pari al 15,6% degli stranieri presenti in Italia nel 2011 e all'1,2% della popolazione italiana. La coorte in studio presenta le caratteristiche tipiche di una popolazione migrante con una età mediana di 33 anni (di 10 anni più giovane rispetto a quella italiana), una maggiore rappresentanza femminile (circa il 53%) e con una distribuzione per classi d'età in cui la popolazione pediatrica è pari al 19%, il 79% è rappresentato da persone con età compresa tra 15 e 64 anni e solo il 2% è rappresentato da anziani (Tabella 1 e Figura 1).

Oltre un quinto degli immigrati proviene dalla Romania e, più in generale, le aree con la più alta numerosità sono quelle dell'Est europeo e dell'Africa. Il 5% della coorte è rappresentato da cittadini cinesi, questo dato è in linea con quello nazionale fornito dall'Istat (Tabelle 2 e 3).

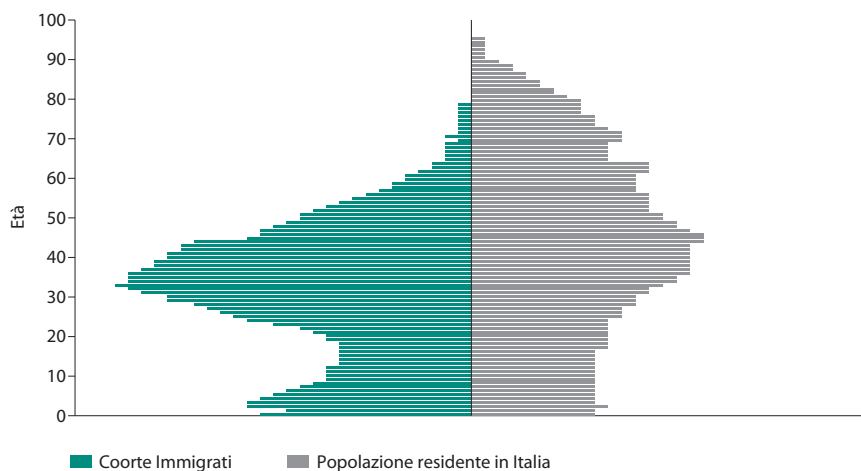
La popolazione pediatrica è pari a 134.112 ragazzi di cui un quarto è nato all'estero, ai primi tre posti in termini di numerosità troviamo i cittadini rumeni (17%), i marocchini (16%) e gli albanesi (14%) (Tabelle 4 e 5).

■ **Tabella 1.** Descrizione della coorte in studio e confronto con la popolazione residente italiana (immigrati e totale)

	Coorte immigrati	Popolazione residente immigrati*	Popolazione residente in Italia*
Popolazione	710.879	4.570.317	60.626.442
Età mediana	33	32	43
% femmine	53	52	52
% popolazione 0-13 anni	19	18	13
% popolazione 14-64 anni	79	80	67
% popolazione 65 anni e più	2	2	20
Indice di vecchiaia	11	12	144
Indice di dipendenza	28	27	52

* Fonte ISTAT 2011 (<http://demo.istat.it>)

Figura 1. Piramide demografica negli immigrati e nella popolazione residente in Italia (2011)



■ **Tabella 2.** Distribuzione della popolazione immigrata per cittadinanza (primi 45 Paesi* per numero di residenti)

Cittadinanza	Popolazione residente	Popolazione pesata	% donne	Età media
Romania	147.347	136.416	57	32
Albania	85.656	89.509	48	30
Marocco	80.580	78.220	45	29
Moldavia	39.742	42.077	68	34
Cina	33.850	30.554	51	28
Ucraina	24.846	34.625	82	42
Macedonia	22.724	20.737	45	27
Bangladesh	19.320	14.600	35	26
India	18.334	16.245	40	28
Sri Lanka (Ceylon)	15.028	14.769	45	32
Filippine	14.686	16.633	57	35
Nigeria	14.146	11.634	49	26
Serbia	14.044	13.879	48	30
Polonia	13.601	15.339	71	37
Perù	11.900	12.422	60	33
Tunisia	11.712	12.275	38	31
Ghana	11.687	10.850	42	30
Senegal	10.447	10.720	27	33
Brasile	9.106	8.907	71	34
Kosovo	8.407	6.870	45	24
Bosnia-Erzegovina	7.901	7.757	44	32
Ecuador	6.665	6.396	60	30
Croazia	5.727	6.874	51	37
Algeria	5.569	5.185	39	29
Pakistan	5.351	4.696	36	27
Egitto	5.231	6.860	32	38
Federazione Russa	4.591	5.484	79	37
Bulgaria	4.456	5.691	69	40
Colombia	4.100	4.335	64	33
Costa D'Avorio	4.017	3.388	46	27

Segue ➔

■ **Tabella 2.** Segue

Cittadinanza	Popolazione residente	Popolazione pesata	% donne	Età media
Repubblica Dominicana	3.882	3.997	65	33
Burkina Faso	3.197	2.692	36	26
Cuba	2.993	3.105	76	36
Camerun	2.656	2.118	48	28
Argentina	2.393	3.480	59	43
Libia	1.970	5.004	50	59
Etiopia	1.825	3.047	60	44
Venezuela	1.822	2.371	61	41
Iran	1.534	2.321	47	43
Repubblica Ceca	1.464	1.446	77	36
Somalia	1.325	1.504	39	36
Slovacchia	1.237	1.077	67	33
Ungheria	1.214	1.223	77	36
Turchia	1.079	1.123	45	31
Bielorussia	1.027	1.089	79	34

* Il totale dei 45 Paesi rappresenta il 97% della popolazione in studio

■ **Tabella 3.** Distribuzione della popolazione immigrata per area geografica

Area geografica	Popolazione residente	Popolazione pesata	%	% donne
Unione Europea	170.780	162.692	24,0	59
Europa centro orientale	216.849	231.119	30,5	56
Africa settentrionale	105.296	107.782	14,8	43
Africa occidentale	47.173	42.571	6,6	41
Africa orientale	5.368	7.087	0,8	53
Africa centro meridionale	4.546	4.019	0,6	49
Asia occidentale	4.527	5.785	0,6	50
Asia centro meridionale	59.403	51.583	8,4	40
Asia orientale	50.274	48.932	7,1	54
America centro meridionale	46.637	49.268	6,6	65
Oceania	26	40	0,0	54
Totale	710.879	710.879	100,0	53

■ **Tabella 4.** Distribuzione per età e sesso della popolazione pediatrica

Età	PFPM nati all'estero	%	PFPM nati in Italia	%	Totale
< 1	141	1,2	11.529	98,8	11.670
1	252	2,5	10.026	97,5	10.278
2	497	4,2	11.259	95,8	11.756
3	845	7,2	10.920	92,8	11.765
4	1.229	11,1	9.813	88,9	11.042
5	1.601	15,1	8.989	84,9	10.590
6	1.905	18,9	8.184	81,1	10.089
7	2.346	25,0	7.032	75,0	9.378
8	2.383	29,1	5.800	70,9	8.183
9	3.021	37,1	5.132	62,9	8.153
10	3.658	45,2	4.429	54,8	8.087
11	4.361	53,9	3.729	46,1	8.090
12	4.765	62,8	2.826	37,2	7.591
13	5.258	70,7	2.182	29,3	7.440
Totale	32.262	24,1	101.850	75,9	134.112

■ **Tabella 5.** Distribuzione per cittadinanza della popolazione pediatrica (primi 15 Paesi per numero di residenti)

Paese	PFPM nati all'estero e in Italia			
	Maschi	Femmine	Totale	% su totale
Romania	11.648	10.838	22.486	16,8
Marocco	10.974	10.218	21.192	15,8
Albania	9.791	9.047	18.838	14,0
Cina	4.492	4.058	8.550	6,4
Macedonia	2.906	2.644	5.550	4,1
Moldavia	2.370	2.391	4.761	3,6
Bangladesh	2.405	2.192	4.597	3,4
India	2.318	2.014	4.332	3,2
Nigeria	2.244	2.054	4.298	3,2
Tunisia	1.565	1.356	2.921	2,2
Sri Lanka (Ceylon)	1.415	1.426	2.841	2,1
Ghana	1.368	1.300	2.668	2,0
Kosovo	1.375	1.257	2.632	2,0
Filippine	1.263	1.082	2.345	1,7
Totale primi 15 Paesi	57.763	53.405	111.168	82,9
Totale	69.703	64.297	134.000	100

Inquadramento della prescrizione farmaceutica 2011

Prescrizione farmaceutica territoriale SSN

Nel corso del 2011 il 52% della popolazione immigrata inclusa nello studio, e il 59% di quella italiana appaiata per età e sesso, avevano ricevuto almeno una prescrizione di farmaci (Tabella 6). Oltre a una minore prevalenza, nella popolazione immigrata si osserva un minor numero di confezioni per utilizzatore (10,2 vs 11,2) e, di conseguenza, anche di dosi di farmaco per utilizzatore. Il risultato di una minore probabilità di ricevere una prescrizione, unito a una minore intensità di trattamento, spiega perché la spesa pro capite sia negli immigrati circa il 25% inferiore a quella degli italiani. Nella popolazione immigrata si riscontra un ricorso lievemente maggiore a farmaci con brevetto scaduto rispetto agli italiani; la percentuale di spesa e di dosi sul totale della prescrizione è pari rispettivamente al 39% e 55% rispetto al 37% e 53% negli italiani.

■ **Tabella 6.** Prescrizione farmaceutica nella coorte immigrata e italiana (2011)

	Coorte immigrati (n=710.879)	Coorte italiani (n=710.879)
Utilizzatori	369.112	417.907
Prevalenza d'uso (%)	52	59
Età mediana utilizzatori	35	34
Rapporto M/F	0,84	0,84
Confezioni		
Confezioni pro capite	5,3	6,6
Confezioni per utilizzatore	10,2	11,2
Spesa lorda (€)		
Spesa pro capite	72	97
Spesa per utilizzatore	138	164
DDD		
DDD/1000 abitanti die	273	331
DDD per utilizzatore	192	205
Farmaci equivalenti		
Spesa pro capite	22	28
% su spesa totale	39	37
DDD/1000 abitanti die	150	174
% su DDD totali	55	53

Composizione della prescrizione farmaceutica per età e sesso

Gli andamenti per età e sesso (Tabelle 7-9 e Figura 2) confermano fenomeni ben descritti in tutte le analisi della prescrizione farmaceutica. In termini di prevalenza, le differenze fra italiani e immigrati tendono a crescere all’aumentare dell’età. Questo fenomeno potrebbe avere una duplice spiegazione. Da un lato, coloro che arrivano in Italia rappresentano un sottoinsieme in migliori condizioni di salute rispetto alle popolazioni di origine; dall’altro, è stato descritto un fenomeno di ritorno nel Paese di provenienza da parte dei cittadini immigrati le cui condizioni di salute peggiorino durante la permanenza in Italia. Mentre la spesa lorda pro capite degli immigrati è inferiore, rispetto agli italiani, in tutte le classi di età e sesso, le donne immigrate presentano nelle fasce di età centrali (25-44 anni) un consumo in DDD leggermente superiore rispetto a quello delle italiane, dovuto in larga misura ad una maggiore assunzione di prodotti antianemici ed estrogeni.

Dall’analisi per categoria terapeutica cominciano a emergere diversi aspetti di interesse, a cominciare dalla caratteristica di un quadro prescrittivo di una popolazione relativamente giovane. Basti pensare che in termini di DDD/1000 abitanti die, la popolazione italiana appaiata per età e sesso alla popolazione immigrata ha ricevuto 331 DDD/1000 abitanti die (Tabella 6), mentre dai dati nazionali dell’OsMed emerge che nella popolazione generale italiana il livello di consumi è arrivato, nel 2011, a circa 1000 DDD/1000 abitanti die. Nelle singole categorie terapeutiche si rileva una maggiore prevalenza d’uso negli italiani all’interno soprattutto dei farmaci cardiovascolari, della terapia ormonale, degli antibiotici, del sistema nervoso e del respiratorio. Viceversa, nelle altre categorie terapeutiche la popolazione immigrata presenta una prevalenza d’uso equivalente o superiore a quella italiana, in particolare per i farmaci del tratto alimentare e metabolico, del sistema muscolo-scheletrico e dei farmaci antiparassitari.

■ **Tabella 7.** Distribuzione per età e sesso della prevalenza d’uso (%) nella popolazione immigrata e italiana (2011)

Fascia d’età	Immigrati			Italiani		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
0-4	61	56	59	67	63	65
5-14	44	42	43	52	50	51
15-24	33	44	39	46	53	49
25-34	41	57	49	45	61	54
35-44	49	60	55	51	65	58
45-54	55	62	59	59	72	66
55-64	61	64	63	75	83	80
65-74	73	73	73	89	92	91
≥75	75	78	77	93	94	94
Totale	47	56	52	53	64	59

■ **Tabella 8.** Distribuzione per età e sesso della spesa lorda pro capite (€) nella popolazione immigrata e italiana (2011)

Fascia d'età	Immigrati			Italiani		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
0-4	23	18	21	30	23	27
5-14	53	24	39	45	30	38
15-24	45	26	35	55	38	46
25-34	36	51	44	60	64	62
35-44	69	80	75	86	95	91
45-54	114	110	112	156	156	156
55-64	198	169	179	282	276	279
65-74	360	312	329	528	475	494
≥75	469	415	436	650	613	627
Totale	70	74	72	92	101	97

■ **Tabella 9.** Distribuzione per età e sesso delle DDD/1000 abitanti die nella popolazione immigrata e italiana (2011)

Fascia d'età	Immigrati			Italiani		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
0-4	60	48	54	68	58	63
5-14	57	47	52	69	57	63
15-24	54	107	81	92	117	105
25-34	97	207	157	134	198	169
35-44	218	304	262	243	295	270
45-54	456	486	472	560	573	567
55-64	938	818	861	1359	1136	1217
65-74	1912	1631	1732	2608	2166	2324
≥75	2350	2217	2268	3414	3088	3212
Totale	229	312	273	296	362	331

Sostanze più prescritte

Il fatto che la popolazione in studio sia giovane (età mediana di 33 anni) si riflette sul tipo di sostanze più frequentemente prescritte. Quattro delle cinque sostanze con maggior numero di esposti sono antibiotici, mentre una delle sostanze più utilizzate nella popolazione generale, come l'acido acetilsalicilico, si trova al 25° posto con una prevalenza di circa l'1,5% (Tavola 11). Nel confronto fra le due popolazioni emerge poi che gli immigrati sono utilizzatori più frequenti di farmaci antiinfiammatori e analgesici, così

■ **Tabella 11.** Prime trenta sostanze a maggior prevalenza d'uso nella popolazione immigrata: confronto con la popolazione italiana (2011)

ATC	Sostanza	Prevalenza d'uso (%)		
		Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
J	amoxicillina+acido clavulanico	15,5	16,9	-8
J	amoxicillina	7,0	6,1	+14
J	claritromicina	5,5	6,3	-12
H	betametassone	4,3	5,0	-14
J	azitromicina	4,1	6,2	-34
R	beclometassone	3,8	6,3	-40
A	lansoprazolo	3,5	2,8	+26
M	diclofenac	3,2	2,3	+39
M	ketoprofene	3,1	1,8	+78
R	salbutamolo	2,7	3,7	-27
A	pantoprazolo	2,7	2,4	+12
J	ciprofloxacina	2,6	2,8	-8
M	ibuprofene	2,4	1,4	+74
M	nimesulide	2,4	1,7	+39
J	cefixima	2,3	3,0	-23
J	levofloxacina	2,2	2,5	-12
G	etinilestradiolo+gestodene	2,1	1,0	+109
H	prednisone	2,1	2,2	-4
B	ferroso solfato	2,0	1,3	+51
A	omeprazolo	1,9	1,5	+29
A	magaldrato	1,6	1,1	+47

Segue →

■ **Tabella 11.** Segue

ATC	Sostanza	Prevalenza d'uso (%)		
		Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
A	esomeprazolo	1,6	1,4	+15
R	cetirizina	1,6	1,4	+12
B	acido folico	1,6	1,2	+24
B	acido acetilsalicilico	1,5	1,6	-5
N	codeina+paracetamolo	1,4	0,8	+72
A	potassio bicarbonato+sodio alginato	1,4	1,2	+21
H	levotiroxina sodica	1,4	2,9	-53
J	fosfomicina	1,3	1,9	-31
J	fluconazolo	1,3	1,7	-22

come degli antiulcera peptica. Per entrambe le categorie è possibile che vi sia un minore ricorso da parte dei cittadini immigrati ai farmaci da banco che presentano indicazioni sovrapponibili. Infine, fra le sostanze più frequentemente prescritte nella popolazione immigrata rispetto a quella italiana ci sono due prodotti antianemici (il ferro solfato e l'acido folico) e una pillola contraccettiva (etinilestradiolo + gestodene).

Un quadro d'insieme sulle sostanze più utilizzate (con una prevalenza di almeno il 3 per mille assistibili) all'interno di ciascuna categoria terapeutica è descritto nella Tabella 12. Rispetto a quanto già evidenziato a livello aggregato, in questa tabella sono più evidenti le aree nelle quali sono maggiori le differenze di prescrizione fra popolazione immigrata e italiana. Ad esempio, all'interno dei farmaci gastrointestinali e del metabolismo è presente una maggiore prevalenza d'uso negli immigrati per i farmaci antidiabetici (metformina e insulina lispro). Fra i farmaci ematologici emerge il maggior uso di preparati a base di ferro, i quali, come si osserva nel rapporto maschi/femmine degli utilizzatori, sono prescritti in netta maggioranza a donne. All'interno dei farmaci del sistema nervoso si osserva fra gli immigrati un livello di esposizione inferiore di oltre il 50% per i due antidepressivi più prescritti (paroxetina ed escitalopram), non compensato dal lieve aumento nell'uso dell'amitriptilina. Analogamente a quanto avviene nella popolazione italiana, la gran parte della prescrizione di antidepressivi riguarda la popolazione femminile. Infine, si osserva una prevalenza più che doppia nella popolazione immigrata nella prescrizione di farmaci antiparassitari. All'interno di questa categoria, poco meno dell'1% degli immigrati ha ricevuto prescrizioni di meflochina, un farmaco indicato nella profilassi antimalarica.

■ **Tabella 12.** Sostanze a maggior prevalenza per I livello ATC nella popolazione immigrata (≥ 3 per mille della prevalenza - 2011)

Categoria terapeutica	Prevalenza d'uso (x 1000)		Età media	Rapporto M/F
	n	Δ % Imm-Ita		
A – Gastrointestinale e metabolismo	141,0	8,6	42	0,81
lansoprazolo	34,7	25,5	45	0,83
pantoprazolo	26,5	12,4	43	0,74
omeprazolo	19,2	29,0	44	0,78
magaldrato	16,2	47,1	41	0,69
esomeprazolo	16,1	15,1	43	0,89
potassio bicarbonato+sodio alginato	14,0	21,4	41	0,66
metformina	12,7	58,0	52	1,10
colecalfiferolo	11,8	-28,0	26	0,55
rifaximina	8,9	-33,4	42	0,93
calcio carbonato+colecalfiferolo	5,4	-17,4	52	0,14
ranitidina	4,0	13,0	42	0,87
mesalazina	3,2	-38,9	42	1,03
insulina lispro	3,2	34,7	45	0,89
B – Sangue e organi emopoietici	65,0	1,9	40	0,37
ferroso solfato	19,9	51,2	35	0,07
acido folico	15,5	24,1	33	0,06
acido acetilsalicilico	14,9	-4,9	56	0,98
enoxaparina sodica	5,9	-36,0	42	0,67
dalteparina sodica	4,7	-14,3	40	0,49
ferroso gluconato	3,9	29,1	33	0,06
ferromaltoso	3,4	59,6	13	0,86
acido tranexamico	3,0	-9,5	37	0,22
C – Cardiovascolare	72,9	-15,8	52	0,76
ramipril	12,9	-4,0	53	0,96
amlodipina	10,8	37,4	53	0,97
simvastatina	7,2	-12,0	56	0,75
furosemide	6,5	1,2	56	0,70
atorvastatina	5,2	-17,3	56	1,39
bisoprololo	5,1	-17,4	54	0,84
enalapril	4,9	33,1	54	0,75

Segue →

■ **Tabella 12.** Segue

Categoria terapeutica	Prevalenza d'uso (x 1000)		Età media	Rapporto M/F
	n	Δ % Imm-Ita		
atenololo	4,8	-27,0	54	0,68
ramipril+idroclorotiazide	4,7	-6,3	53	0,68
nebulololo	4,5	-39,6	51	0,61
rosuvastatina	3,4	-37,3	55	1,02
idroclorotiazide+spironolattone	3,4	-23,6	50	0,44
D – Dermatologico	10,1	4,6	37	0,98
calcipotriolo+betametassone	2,2	-27,7	40	1,16
terbinafina	2,2	65,7	39	0,86
clobetasolo	1,3	21,9	41	0,96
metilprednisolone	1,2	51,1	32	0,82
calcipotriolo	0,9	-32,0	42	1,16
G – Genito-urinario e ormoni sessuali	41,8	13,7	37	0,13
etinilestradiolo+gestodene	21,3	109,3	34	0,01
progesterone	4,2	-25,0	34	0,00
metilergometrina	2,8	78,0	31	0,01
cabergolina	2,4	-6,9	32	0,02
tamsulosin	2,3	-11,0	55	16,50
H – Ormoni (esclusi quelli sessuali)	84,4	-19,9	34	0,77
betametassone	42,5	-14,3	27	1,00
prednisone	21,2	-3,9	39	0,96
levotiroxina sodica	13,6	-52,8	45	0,11
metilprednisolone	8,0	2,4	42	0,79
triamcinolone	2,2	50,0	40	1,40
J – Antimicrobici per uso sistemico	336,8	-13,4	30	0,88
amoxicillina+acido clavulanico	154,9	-8,4	29	0,97
amoxicillina	69,7	14,2	24	0,91
claritromicina	55,0	-12,0	29	0,97
azitromicina	40,8	-34,2	28	0,86
ciprofloxacina	25,6	-8,3	41	0,71
cefixima	23,1	-23,3	27	0,90
levofloxacina	22,3	-12,1	42	0,87

Segue ➔

■ **Tabella 12.** Segue

Categoria terapeutica	Prevalenza d'uso (x 1000)		Età media	Rapporto M/F
	n	$\Delta\%$ Imm-Ita		
fosfomicina	13,3	-30,8	37	0,14
fluconazolo	12,9	-22,0	36	0,38
itraconazolo	8,9	1,5	37	0,79
cefpodoxima	6,2	-35,9	16	1,10
ceftibuten	5,8	-26,6	25	0,96
prulifloxacin	5,1	-3,2	42	0,75
ceftriaxone	5,0	-31,2	40	0,75
cefacloro	4,9	-33,4	11	1,11
sulfametoxazolo+trimetoprim	4,7	-6,0	36	0,78
aciclovir	4,4	-32,8	25	0,80
doxiciclina	3,6	12,5	36	0,61
cefuroxima	3,4	-29,8	32	0,86
spiramicina	3,2	33,2	40	0,77
L – Antineoplastici e immunomodulatori	4,3	-34,7	46	0,45
metotressato	1,0	-16,6	45	0,44
tamossifene	0,6	-55,6	47	0,04
ciclosporina	0,4	-45,3	40	1,31
azatioprina	0,3	-44,5	41	0,77
leuporelina	0,3	-34,6	45	0,17
M – Muscolo-scheletrico	116,7	31,6	44	0,89
diclofenac	31,6	39,4	44	0,98
ketoprofene	31,5	78,1	42	0,93
ibuprofene	24,0	73,8	44	0,85
nimesulide	24,0	39,0	44	0,91
etoricoxib	9,9	38,3	47	0,72
aceclofenac	5,6	73,4	46	0,91
ketorolac	4,8	-16,7	43	0,84
pirossicam	4,7	-3,5	45	0,86
naprossene	3,7	24,4	43	0,77
dexibuprofene	3,3	96,1	44	0,87
celecoxib	3,3	42,6	49	0,54
allopurinolo	3,3	-28,8	55	1,97

Segue →

■ **Tabella 12.** Segue

Categoria terapeutica	Prevalenza d'uso (x 1000)		Età media	Rapporto M/F
	n	Δ % Imm-Ita		
N – Nervoso centrale	50,6	-27,2	43	0,60
codeina+paracetamolo	14,4	71,5	45	0,77
paroxetina	5,0	-51,2	43	0,36
tramadolo	4,4	21,6	46	0,85
escitalopram	3,6	-54,1	43	0,32
amitriptilina	3,4	19,5	42	0,33
P – Antiparassitari	17,2	136,5	30	1,09
meflochina	7,0	714,8	36	1,99
mebendazolo	5,0	107,6	17	0,99
pirantel	1,6	52,4	20	0,90
metronidazolo	1,2	29,6	38	0,39
tinidazolo	1,2	85,7	38	0,48
R – Respiratorio	114,8	-25,5	28	0,97
salbutamolo	27,4	-26,7	19	1,28
cetirizina	16,0	11,9	32	0,97
desloratadina	10,1	-10,5	37	0,87
salmeterolo+fluticasone	9,5	20,2	41	1,19
beclometasone+salbutamolo	8,1	-30,1	26	0,95
S – Organi di senso	3,4	-42,7	51	0,91
bimatoprost+timolo	1,2	-35,0	55	1,25
timololo	0,7	-54,4	58	0,71
latanoprost	0,4	-42,6	56	1,09
aciclovir	0,4	-27,4	24	0,98
acetazolamide	0,3	-39,6	47	1,09
V – Vari	0,3	11,3	45	1,34
sevelamer	0,1	56,9	44	1,17
sodio polistirensolfonato	0,1	43,4	50	1,80
lantanio carbonato idrato	<0,1	50,0	47	2,23
deferossamina	<0,1	-16,7	35	0,74
calcio levofolinato	<0,1	-50,0	29	0,28

Variabilità della prescrizione per cittadinanza della popolazione immigrata

Dal confronto fra Paesi emergono differenze di rilievo che solo in parte possono essere attribuite alle attitudini prescrittive presenti nelle diverse regioni italiane, ma che possono trovare la loro spiegazione anche in difficoltà di accesso ai servizi sanitari dovute ad ostacoli linguistici o fattori socio-culturali. Ad esempio, la prevalenza d'uso è decisamente inferiore all'atteso nella popolazione di origine cinese o kosovara, nelle quali solo il 36% dei cittadini risulta avere ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno. Sono invece sostanzialmente sovrapponibili alla popolazione italiana, intorno al 60% degli assistibili, le prevalenze osservate negli immigrati provenienti da Perù, Nigeria, Marocco, Bangladesh e Albania. Le differenze si amplificano se si considera l'indicatore delle confezioni pro capite: a fronte di una media di 5,3 confezioni, il range nei primi 30 Paesi passa da 3 a 9,4 (Tabella 13 e Figura 3).

■ **Tabella 13.** Quadro riepilogativo per cittadinanza della prescrizione farmaceutica SSN nella popolazione immigrata (primi 30 Paesi per numero di residenti) (2011)

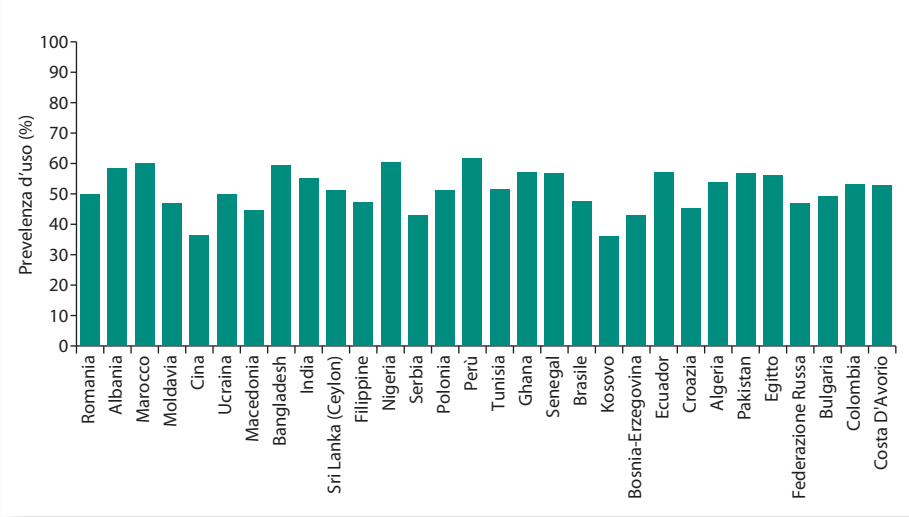
Paese	Prevalenza d'uso (%)	Età media utilizzatori	Rapporto M/F	Confezioni pro capite pesate
Romania	50	32	0,77	4,7
Albania	58	32	0,86	6,3
Marocco	60	31	0,82	6,5
Moldavia	47	36	0,72	3,6
Cina	36	31	0,87	3,0
Ucraina	50	44	0,72	3,9
Macedonia	45	29	0,83	4,5
Bangladesh	60	28	0,95	8,1
India	55	29	0,88	5,4
Sri Lanka (Ceylon)	51	34	0,90	5,1
Filippine	47	38	0,85	5,1
Nigeria	60	28	0,89	7,9
Serbia	43	31	0,87	4,4
Polonia	51	38	0,71	5,5
Perù	62	35	0,80	5,7
Tunisia	52	33	0,81	6,2
Ghana	57	32	0,87	7,1

Segue →

■ **Tabella 13.** Segue

Paese	Prevalenza d'uso (%)	Età media utilizzatori	Rapp M/F	Confezioni pro capite pesate
Senegal	57	35	0,94	5,1
Brasile	47	36	0,64	4,7
Kosovo	36	24	0,87	2,6
Bosnia-Erzegovina	43	33	0,81	4,2
Ecuador	57	33	0,77	5,2
Croazia	45	39	0,70	4,4
Algeria	54	29	0,85	4,9
Pakistan	57	29	0,89	6,6
Egitto	56	43	0,92	9,4
Federazione Russa	47	38	0,77	3,6
Bulgaria	49	41	0,75	4,9
Colombia	53	35	0,75	5,0
Costa d'Avorio	53	29	0,85	5,9
Totale primi 30 Paesi	52	33	0,84	5,2

Figura 3. Andamento per cittadinanza della prevalenza d'uso nella popolazione immigrata (2011)



■ **Tabella 14.** Variabilità della prevalenza d'uso (%) per categoria terapeutica nella popolazione immigrata (primi 30 Paesi per numero di residenti) (2011)

Cittadinanza	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Totale
Romania	12,2	5,5	5,9	0,8	3,6	7,6	34,4	0,4	10,2	5,1	1,0	8,7	0,2	0,0	49,9
Albania	14,4	7,7	9,8	0,9	3,5	9,5	40,3	0,4	13,2	6,3	1,3	11,1	0,4	0,0	58,3
Marocco	18,2	7,4	5,0	1,4	8,7	10,1	40,1	0,4	16,1	5,5	1,5	15,2	0,4	0,0	60,0
Moldavia	13,0	5,5	6,0	0,7	3,3	6,8	28,1	0,5	9,5	4,7	1,0	7,6	0,1	0,0	47,0
Cina	11,3	3,7	4,0	0,8	2,0	5,2	20,0	0,2	4,2	1,3	0,3	9,7	0,1	0,0	36,2
Ucraina	15,3	6,5	12,4	0,9	3,2	8,2	26,9	0,7	12,5	5,9	0,7	7,6	0,3	0,0	49,7
Macedonia	11,3	5,3	6,3	0,8	2,1	6,5	28,5	0,2	10,0	4,2	0,5	8,1	0,1	0,0	44,5
Bangladesh	22,4	7,0	5,9	1,6	4,9	9,9	36,9	0,3	13,5	4,1	1,8	20,5	0,1	0,0	59,5
India	13,2	7,6	5,7	1,2	2,5	10,3	38,1	0,4	13,5	4,0	0,8	15,0	0,2	0,0	55,2
Sri Lanka (Ceylon)	13,5	5,7	7,1	0,9	2,8	11,0	32,8	0,4	10,0	3,7	0,8	16,5	0,3	0,0	51,1
Filippine	11,3	4,6	13,1	1,1	3,8	8,5	26,3	0,5	9,9	2,9	0,4	14,5	0,2	0,1	47,2
Nigeria	14,4	8,8	9,4	0,9	4,8	8,4	40,4	0,4	14,6	3,9	10,4	17,2	0,5	0,0	60,2
Serbia	10,4	5,2	7,4	0,7	1,9	6,1	27,5	0,3	8,7	4,6	0,3	8,3	0,2	0,0	42,8
Polonia	13,1	6,6	10,2	1,4	5,1	10,1	33,0	0,6	11,9	6,6	0,8	10,8	0,3	0,0	51,2
Perù	17,4	8,2	4,4	3,1	7,2	14,5	42,1	0,6	14,7	8,1	1,6	17,5	0,7	0,0	61,7
Tunisia	14,8	7,6	6,8	1,2	3,6	9,1	36,1	0,5	11,9	5,2	0,8	13,2	0,6	0,0	51,5
Ghana	13,7	6,7	14,0	0,7	3,2	7,2	32,6	0,4	15,2	3,7	11,4	14,5	0,5	0,1	57,1
Senegal	15,8	5,9	6,0	1,3	3,4	7,5	33,0	0,2	14,6	4,3	12,7	13,4	0,6	0,0	56,7
Brasile	11,7	6,6	5,9	0,8	6,2	8,5	27,4	0,5	9,0	7,2	1,0	11,9	0,5	0,0	47,4
Kosovo	7,0	4,4	2,7	0,5	1,5	4,1	22,8	0,1	5,0	2,1	0,5	6,6	0,1	0,0	35,9
Bosnia-Erzegovina	9,8	4,6	6,6	0,7	1,8	5,9	26,1	0,3	8,0	4,8	0,5	7,2	0,2	0,0	42,9
Ecuador	16,0	7,1	5,2	1,1	6,5	11,7	39,2	0,4	11,4	4,5	2,0	16,7	0,4	0,0	57,1
Croazia	11,3	5,6	9,3	0,8	2,4	7,3	27,1	0,4	9,5	5,2	0,6	8,1	0,3	0,0	45,2
Algeria	13,7	6,8	3,5	1,3	4,6	9,2	37,2	0,4	10,8	4,0	1,2	14,9	0,2	0,0	53,8
Pakistan	16,9	9,6	4,9	1,3	2,6	9,5	38,5	0,6	13,4	5,2	1,1	15,7	0,3	0,1	56,7
Egitto	24,8	10,5	16,4	2,0	4,7	9,2	33,9	1,3	23,3	9,8	1,3	13,9	1,6	0,1	56,0
Federazione Russa	10,5	6,2	7,6	0,8	4,0	8,0	29,1	0,7	7,9	5,2	0,8	9,2	0,4	0,0	46,9
Bulgaria	13,9	7,1	12,4	0,9	3,3	7,8	29,2	0,4	13,9	5,8	0,5	7,7	0,4	0,0	49,3

Segue ➔

■ **Tabella 14.** Segue

Cittadinanza	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Totale
Colombia	15,6	6,4	6,6	1,4	4,5	10,7	33,2	0,5	11,6	7,0	1,2	15,2	0,7	0,0	53,1
Costa d'Avorio	12,7	7,3	7,3	0,8	4,8	6,2	33,3	0,2	11,3	3,7	7,4	12,0	0,4	0,0	52,9
Totale primi 30 Paesi	14,0	6,4	7,1	1,0	4,1	8,4	33,9	0,4	11,6	5,0	1,6	11,5	0,3	0,0	52,0

A	Gastrointestinale e metabolismo	L	Antineoplastici e immunomodulatori
B	Sangue e organi emopoietici	M	Muscolo-scheletrico
C	Cardiovascolare	N	Nervoso centrale
D	Dermatologico	P	Antiparassitari
G	Genito-urinario e ormoni sessuali	R	Respiratorio
H	Ormoni (esclusi quelli sessuali)	S	Organi di senso
J	Antimicrobici per uso sistemico	V	Vari

Un approfondimento per Paese di provenienza e per categoria terapeutica consente di verificare dove sia presente la maggiore variabilità (Tabella 14). Al primo livello ATC, le differenze di prevalenza fra Paesi variano da un minimo di 2 volte per gli antibiotici, a diverse decine di volte per gli antiparassitari. Queste analisi devono richiamare una particolare attenzione sia quando i livelli di prevalenza sono decisamente superiori alla media, in quanto si rende evidente un’area di bisogno espresso, sia quando la prevalenza è molto al di sotto dell’atteso, il che potrebbe indicare una difficoltà di accesso ai servizi. Ancora, come nel caso dell’uso di antiparassitari, la media non è rappresentativa dell’insieme dei Paesi. Le prevalenze d’uso per questa categoria sono infatti quasi sempre inferiori o intorno all’1%, tranne nel caso di alcuni Paesi africani i cui cittadini mostrano livelli di prevalenza superiori al 10% (Senegal, Ghana, Nigeria).

Variabilità fra ASL

È importante completare il quadro della variabilità con un’analisi delle differenze fra ASL nel campione di popolazione esaminata (Tabella 15 e Figura 4). Ad esempio, ci sono differenze di prevalenza di oltre il 50% fra una ASL e l’altra, e differenze di oltre il doppio nel numero di confezioni pro capite e nella spesa. Il quadro della variabilità si amplifica quando si scompone la prescrizione per primo livello ATC (Tabella 16). In questo caso la variabilità è molto rilevante, di quasi 5 volte, per i farmaci del SNC. Anche per categorie di uso quasi esclusivamente cronico, come i farmaci cardiovascolari, si osservano differenze fra ASL di oltre 3 volte. Si tratta di aspetti che richiederebbero approfondimenti successivi allo scopo di verificare se, in particolare, i minori livelli siano indicativi di un sottotrattamento delle popolazioni immigrate residenti in quelle ASL.

■ **Tabella 15.** Quadro riepilogativo della prescrizione farmaceutica SSN* nella popolazione immigrata per ASL (2011)

ASL	Prevalenza d'uso (%)	Età media utilizzatori	Rapporto M/F	Confezioni pro capite pesate
Trento	57	32	0,85	6,1
Belluno	45	36	0,79	3,9
Feltre	49	33	0,84	4,7
Bassano	51	32	0,90	4,8
Thiene	60	39	0,89	6,8
Ovest Vicentino	56	30	0,92	5,5
Vicenza	52	31	0,88	5,0
Pieve di Soligo	47	31	0,85	4,2
Asolo	51	30	0,85	5,0
Treviso	51	31	0,85	4,7
San Donà di Piave	51	32	0,90	4,9
Venezia	43	34	0,82	3,8
Mirano	50	31	0,84	4,6
Chioggia	39	33	0,86	3,1
Alta Padovana	48	37	0,80	4,8
Padova	48	33	0,82	4,6
Monselice	53	31	0,84	4,7
Rovigo	53	32	0,88	5,2
Adria	54	33	0,83	4,6
Verona	50	32	0,86	5,1
Legnago	51	30	0,80	4,5
Bussolengo	51	32	0,83	4,9
Lucca	58	32	0,91	5,8
Firenze	56	34	0,85	5,7
Viareggio	55	35	0,83	5,8
Città di Castello	53	32	0,84	5,1
Perugia	49	33	0,79	4,7
Foligno	49	32	0,76	4,8
Terni	50	33	0,75	4,7
Roma D	57	45	0,84	7,5
Teramo	59	33	0,87	5,8
Taranto	57	36	0,84	6,0
Totale	52	33	0,84	5,2

* Esclusi i farmaci del PHT (Prontuario della continuità assistenziale)

Figura 4. Scostamento della spesa lorda pro capite pesata nella popolazione immigrata e in quella italiana dal valore medio totale (2011)

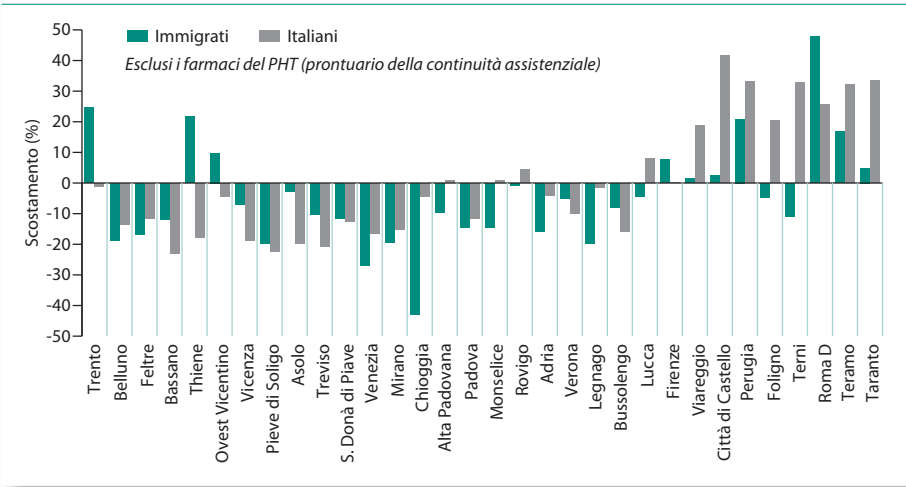


Tabella 16. Variabilità per ASL della prevalenza d'uso (%) per I livello ATC* nella popolazione immigrata (2011)

ASL	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Totale
Trento	15,2	8,0	7,7	1,1	5,0	7,6	37,3	0,4	10,8	5,9	1,4	14,1	0,4	0,0	56,5
Belluno	12,0	4,6	7,8	0,5	2,4	5,8	26,2	0,4	8,5	4,5	0,9	8,4	0,2	0,0	45,0
Feltre	14,1	5,7	6,9	1,1	4,5	5,0	27,5	0,1	9,6	4,7	0,8	10,5	0,2	0,0	48,5
Bassano	13,6	4,3	6,9	0,9	3,5	5,8	31,2	0,2	9,9	3,9	2,8	11,1	0,3	0,0	50,6
Thiene	20,0	5,2	10,7	0,9	6,1	9,7	34,9	0,5	16,6	5,6	2,9	15,4	0,3	0,0	60,4
Ovest Vicentino	16,3	6,3	7,4	1,2	3,6	8,5	35,9	0,3	12,6	4,2	2,8	15,4	0,3	0,0	55,9
Vicenza	14,2	5,4	7,0	1,0	3,5	8,3	32,9	0,3	10,1	4,4	1,9	12,2	0,3	0,0	51,5
Pieve di Soligo	11,8	3,7	5,5	0,7	2,9	7,2	30,1	0,2	8,2	3,3	2,2	11,3	0,2	0,0	46,7
Asolo	13,5	5,4	6,2	1,1	4,0	6,3	31,0	0,2	10,6	3,9	2,3	13,0	0,2	0,0	51,3
Treviso	12,9	4,9	5,8	0,9	4,1	8,0	31,2	0,2	10,1	3,8	2,4	12,4	0,2	0,0	50,9
San Donà di Piave	12,9	5,3	6,5	0,8	3,9	8,2	33,2	0,3	14,6	4,2	1,5	10,0	0,3	0,0	51,2
Venezia	13,0	4,3	6,0	1,0	3,1	4,5	24,0	0,3	10,2	3,4	1,2	8,8	0,2	0,0	43,1
Mirano	12,0	4,9	5,8	0,7	4,1	6,0	32,4	0,2	10,9	3,5	1,5	11,8	0,2	0,0	50,1
Chioggia	9,6	2,4	5,0	0,4	3,0	5,1	24,7	0,1	7,1	2,6	0,5	7,3	0,2	0,0	38,5

Segue ➔

■ **Tabella 16.** Segue

ASL	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Totale
Alta Padovana	12,6	5,3	7,4	0,8	3,8	5,7	29,6	0,3	7,6	4,4	2,0	8,6	0,3	0,0	48,1
Padova	13,0	5,1	6,7	0,7	3,1	6,4	29,9	0,3	8,8	3,6	1,8	10,7	0,2	0,0	48,0
Monselice	13,0	5,5	5,9	0,9	5,0	8,9	34,5	0,3	12,7	4,6	1,0	12,6	0,2	0,0	53,4
Rovigo	15,2	5,6	6,8	0,8	4,3	8,6	34,0	0,4	14,1	4,4	1,4	12,4	0,3	0,0	53,2
Adria	15,3	5,3	6,5	1,3	4,3	6,0	34,2	0,3	11,3	4,1	1,0	10,7	0,3	0,0	53,9
Verona	12,4	5,3	6,8	0,7	3,6	7,4	32,2	0,4	10,3	4,1	2,1	11,8	0,2	0,0	49,8
Legnago	13,0	5,2	4,9	0,7	4,7	6,1	34,5	0,3	8,5	3,2	1,7	11,0	0,2	0,0	50,5
Bussolengo	13,9	5,4	6,1	0,7	3,8	7,7	33,2	0,3	9,7	3,7	2,0	11,2	0,3	0,0	51,1
Lucca	13,5	5,7	7,3	1,0	4,6	17,2	42,0	0,2	10,2	11,4	1,3	11,8	0,3	0,0	58,3
Firenze	14,7	6,2	7,9	1,9	5,5	13,6	37,5	0,3	13,2	8,5	1,6	11,6	0,5	0,0	56,3
Viareggio	17,0	4,9	7,8	1,3	4,3	12,6	35,3	0,5	16,9	12,2	0,9	8,5	0,4	0,0	54,7
Città di Castello	14,3	6,4	6,9	0,8	4,9	10,6	39,1	0,4	12,4	5,6	1,5	9,2	0,3	0,1	52,9
Perugia	12,5	6,0	6,3	0,9	4,4	8,8	35,5	0,5	10,9	4,2	1,9	10,0	0,3	0,0	49,1
Foligno	13,1	5,8	7,1	0,9	4,4	7,5	35,3	0,4	12,8	5,4	1,1	8,8	0,4	0,0	49,1
Terni	12,9	6,0	7,7	0,9	3,5	8,4	35,2	0,4	13,9	5,3	1,1	9,2	0,3	0,0	50,0
Roma D	23,1	7,6	16,9	1,7	4,9	8,6	35,1	0,7	21,7	7,1	0,8	15,0	1,3	0,0	57,4
Teramo	16,1	6,9	8,1	0,8	6,0	12,2	43,4	0,5	15,8	5,3	1,1	12,2	0,4	0,0	58,9
Taranto	19,3	6,9	9,7	1,0	5,5	9,4	38,3	0,3	24,0	5,1	0,8	13,5	0,4	0,0	55,6
Totale	14,1	5,7	7,3	1,0	4,2	8,4	33,6	0,3	11,7	5,0	1,7	11,5	0,3	0,0	51,6

* Esclusi i farmaci del PHT (Prontuario della continuità assistenziale)

A Gastrointestinale e metabolismo
 B Sangue e organi emopoietici
 C Cardiovascolare
 D Dermatologico
 G Genito-urinario e ormoni sessuali
 H Ormoni (esclusi quelli sessuali)
 J Antimicrobici per uso sistemico

L Antineoplastici e immunomodulatori
 M Muscolo-scheletrico
 N Nervoso centrale
 P Antiparassitari
 R Respiratorio
 S Organi di senso
 V Vari

Equivalenti

Nonostante, come si è detto in precedenza, la spesa pro capite della popolazione immigrata sia inferiore a quella degli italiani, non ci sono quasi differenze nella quota di spesa dovuta ai farmaci equivalenti: rispettivamente 38,5% e 36,7% della spesa farmaceutica (Tabella 17). Decisamente più elevato nella popolazione immigrata è l'utilizzo

■ **Tabella 17.** Prescrizione di farmaci equivalenti nella popolazione immigrata e italiana per ASL (2011)

ASL	Spesa pro capite immigrati			Spesa pro capite italiani		
	€	% su totale spesa	% unbranded su totale equivalenti	€	% su totale spesa	% unbranded su totale equivalenti
Trento	24	34	42	24	32	33
Belluno	17	38	33	24	36	28
Feltre	20	42	38	27	40	34
Bassano	21	42	25	23	40	20
Thiene	28	41	32	26	40	24
Ovest Vicentino	22	36	29	26	35	22
Vicenza	20	39	34	24	39	25
Pieve di Soligo	19	41	30	24	40	23
Asolo	21	37	34	23	38	23
Treviso	19	38	36	23	37	27
San Donà di Piave	21	41	33	26	38	24
Venezia	16	38	35	24	37	27
Mirano	19	42	34	26	39	24
Chioggia	16	48	28	31	42	26
Alta Padovana	20	40	36	28	36	27
Padova	20	40	33	27	39	25
Monselice	20	42	35	31	40	25
Rovigo	22	39	36	31	38	22
Adria	22	45	33	31	42	25
Verona	22	40	41	27	38	30
Legnago	20	43	36	30	39	26
Bussolengo	22	42	39	27	41	30
Lucca	24	44	28	30	37	19
Firenze	24	38	37	30	38	28
Viareggio	23	40	33	32	35	21
Città di Castello	21	36	34	32	30	21
Perugia	21	30	31	32	32	20
Foligno	21	38	30	34	36	19
Terni	22	42	25	35	34	17
Roma D	34	40	25	38	40	22
Teramo	26	38	31	33	33	20
Taranto	27	45	24	40	39	20
Totale	22	39	33	28	37	24

di prodotti unbranded: 33,3% del totale, rispetto al 24,4% della popolazione italiana. Si tratta di un fenomeno che riguarda tutte le ASL studiate. Inoltre, questo maggiore ricorso ai prodotti unbranded, all'interno dei farmaci equivalenti, è presente in tutte le categorie terapeutiche (Figure 5 e 6). È verosimile che la maggiore frequenza d'uso dei farmaci unbranded sia un indicatore del differenziale di reddito fra popolazione immigrata e italiana in quanto, come è noto, i farmaci con prezzo di riferimento per i quali non è necessario il pagamento di una compartecipazione da parte del cittadino sono soprattutto unbranded.

Figura 5. Distribuzione percentuale delle dosi di farmaci equivalenti branded e unbranded per il livello ATC nella popolazione immigrata (2011)

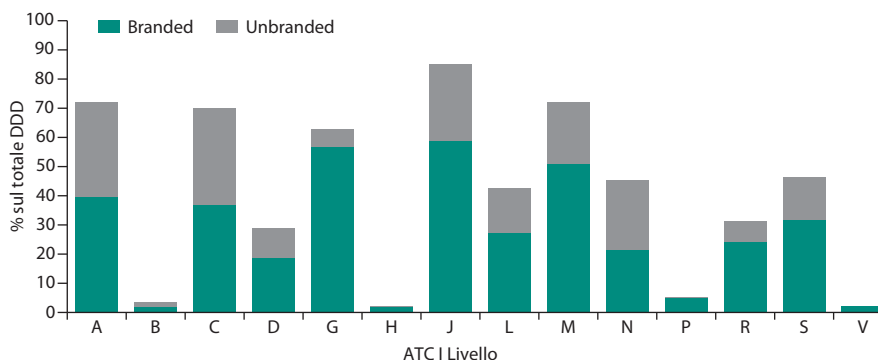
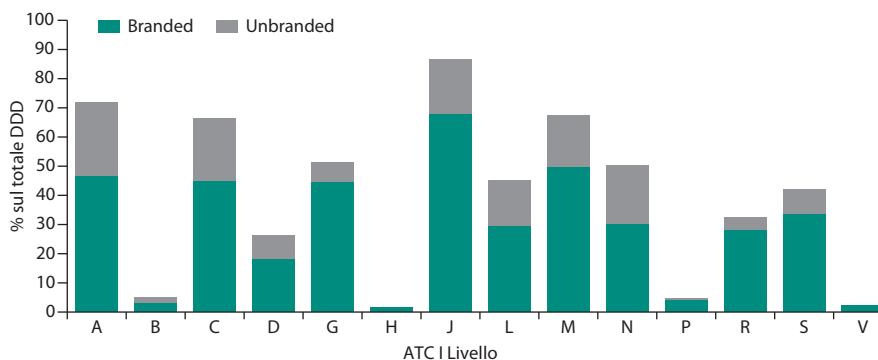


Figura 6. Distribuzione percentuale delle dosi di farmaci equivalenti branded e unbranded per il livello ATC nella popolazione italiana (2011)



Profilo prescrittivo della popolazione pediatrica

La popolazione immigrata pediatrica è pari a circa 134.000 bambini. Di questi, il 76% è nato in Italia e la metà ha meno di 6 anni (Tabella 4). La coorte degli immigrati nati all'estero ha un'età superiore rispetto ai nati in Italia: solo il 14% ha meno di 6 anni rispetto al 61% dei nati in Italia.

La distribuzione per cittadinanza è sovrapponibile alla popolazione immigrata complessiva. Il 47% proviene in ugual misura da Romania, Marocco e Albania; segue la Cina con il 6% (Tabella 5).

Nel corso dell'anno 2011, il 39% dei bambini nati all'estero ha ricevuto la prescrizione di almeno un farmaco rispetto al 50% dei bambini italiani appaiati per età, sesso e comune di residenza (Tabella 18). Nell'accostamento tra immigrati nati in Italia e italiani ad essi appaiati le differenze si riducono: rispettivamente 54% vs 60%. Stesso andamento si rileva relativamente al numero di confezioni prescritte.

Dal confronto tra cittadinanze emergono differenze rilevanti già evidenziate nella popolazione immigrata complessiva (Tabella 19). La prevalenza d'uso nei bambini cinesi è la metà rispetto agli albanesi o ai nigeriani, per i quali la probabilità di ricevere la prescrizione di un farmaco nel corso dell'anno è paragonabile a quella dei bambini italiani. Il dato di spesa della Serbia risulta così elevato a causa di un alto consumo del fattore VIII di coagulazione.

Le categorie terapeutiche più prescritte sono gli antibiotici e i farmaci del sistema respiratorio, per i quali la prevalenza d'uso è maggiore negli italiani. Le differenze più rilevanti emergono nel confronto dei bambini immigrati nati all'estero rispetto a quelli nati in Italia (Tabelle 20 e 21). In generale, i bambini immigrati di seconda generazione, quindi nati in Italia, hanno un grado di accesso ai servizi sanitari molto più simile agli italiani rispetto agli immigrati nati all'estero. Ciò probabilmente è dovuto ad una maggior integrazione dei genitori favorita anche dalla scolarizzazione e dalla conoscenza della lingua da parte dei figli.

I corticosteroidi sistemici sono più utilizzati nei bambini nati in Italia rispetto alla coorte di confronto degli italiani (Tabella 21). È possibile che la combinazione tra una maggior frequenza nell'utilizzo della terapia cortisonica orale/iniettiva e il minor ricorso ai beta-2 agonisti inalatori, che dovrebbero rappresentare la prima linea di trattamento, ma di più difficile assunzione e compliance da parte del paziente, sia spiegabile con un atteggiamento prudenziale del medico nei confronti degli immigrati (Tabella 24). Nei bambini nati all'estero la bassa prevalenza d'uso sia per i farmaci respiratori che per i cortisonici sistemici potrebbe essere invece attribuita ad un minor accesso ai servizi e/o ad una maggior ospedalizzazione. Lo scarso controllo della patologia in questi bambini è confermato anche dal basso utilizzo degli steroidi inalatori indicati per l'asma cronico (in particolare il fluticasone).

Tabella 18. Prescrizione farmaceutica nella popolazione pediatrica per età (2011)

Popolazione	Prevalenza (%)	Confezioni x 1000 bambini
PFPm nati all'estero		
<1	20	447
1	40	1.409
2-5	51	2.173
6-11	39	1.476
12-13	33	1.202
Totale	39	1.476
Italiani*		
<1	43	1.340
1	74	2.972
2-5	71	3.380
6-11	50	2.095
12-13	42	1.777
Totale	50	2.166
PFPm nati in Italia		
<1	41	1.161
1	69	3.057
2-5	62	2.906
6-11	47	2.087
12-13	37	1.735
Totale	54	2.390
Italiani*		
<1	38	1.042
1	71	3.082
2-5	71	3.295
6-11	52	2.178
12-13	42	1.915
Totale	60	2.575

* Le due corti sono differenti in quanto appaite a ciascuna delle due corti PFPm

■ **Tabella 19.** Prescrizione farmaceutica nella popolazione pediatrica immigrata per cittadinanza (primi 30 Paesi per numero di residenti – 2011)

Paese	PFPM nati all'estero e in Italia		
	Prevalenza (%)	Spesa pro capite	Confezioni x 1000 bambini
Romania	54	26	2.206
Marocco	54	64	2.460
Albania	59	25	2.548
Cina	29	10	948
Macedonia	46	20	1.768
Moldavia	47	38	1.666
Bangladesh	53	25	2.520
India	54	43	2.319
Nigeria	56	27	3.000
Serbia	46	102	1.890
Tunisia	50	27	2.509
Sri Lanka (Ceylon)	45	22	2.137
Ghana	47	24	2.359
Kosovo	41	12	1.449
Filippine	41	17	1.544
Senegal	44	26	1.829
Perù	54	24	2.400
Algeria	55	35	2.701
Ucraina	47	20	1.932
Bosnia-Erzegovina	46	16	1.585
Pakistan	53	23	2.549
Polonia	53	24	2.354
Ecuador	50	14	1.828
Costa D'Avorio	47	27	2.215
Burkina Faso (Alto Volta)	50	29	2.582
Egitto	40	24	1.772
Brasile	38	17	1.400
Croazia	47	16	1.630
Camerun	52	22	2.299
Federazione Russa	45	18	1.832

■ **Tabella 20.** Prescrizione farmaceutica nella popolazione pediatrica per I livello ATC (2011)

	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Totale
Prevalenza d'uso (%)															
PFPM nati all'estero	2,0	0,9	0,2	0,3	0,1	5,0	32,2	0,2	0,5	0,8	2,2	10,9	0,1	0,0	38,5
Italiani	2,1	0,8	0,2	0,2	0,1	7,4	41,6	0,1	0,2	0,7	1,1	20,6	0,1	0,0	50,3
PFPM nati in Italia	5,5	2,0	0,1	0,5	0,1	9,4	44,9	0,1	0,1	0,5	2,7	22,1	0,1	0,0	54,0
Italiani	3,8	1,0	0,2	0,3	0,1	9,1	50,0	0,1	0,1	0,4	1,3	28,1	0,1	0,0	59,5
Confezioni x 1000 bambini															
PFPM nati all'estero	66	25	13	11	9	115	785	13	11	135	36	256	1	0	1.476
Italiani	78	31	18	5	8	184	1.111	10	4	133	16	557	10	1	2.166
PFPM nati in Italia	140	55	13	11	3	180	1.288	5	2	92	41	556	4	0	2.390
Italiani	94	28	21	4	4	171	1.491	6	2	74	18	657	4	1	2.575
A	Gastrointestinale e metabolismo							L	Antineoplastici e immunomodulatori						
B	Sangue e organi emopoietici							M	Muscolo-scheletrico						
C	Cardiovascolare							N	Nervoso centrale						
D	Dermatologico							P	Antiparassitari						
G	Genito-urinario e ormoni sessuali							R	Respiratorio						
H	Ormoni (esclusi quelli sessuali)							S	Organi di senso						
J	Antimicrobici per uso sistemico							V	Vari						

I bambini immigrati sono complessivamente maggiori utilizzatori di antielmintici rispetto alle coorti italiane di confronto, quasi sicuramente per una maggior incidenza delle parassitosi nei Paesi di origine, cronicizzate o acquisite durante i viaggi di ritorno (Tabella 21).

La prevalenza d'uso di antianemici più che doppia nei bambini nati in Italia rispetto alla coorte di confronto degli italiani potrebbe sottendere invece una maggior incidenza di prematuri che si traduce in una soprautilizzazione di ferro (Tabella 21).

Nella scomposizione delle categorie terapeutiche, risulta difficilmente spiegabile che l'amoxicillina da sola sia più usata nei bambini nati in Italia rispetto alla coorte di confronto degli italiani, al contrario dell'associazione amoxicillina + acido clavulanico (Tabella 23). Nei nati all'estero la prevalenza d'uso sia dell'amoxicillina da sola sia dell'associazione con l'acido clavulanico è inferiore agli italiani.

Per i gastrointestinali le frequenze di utilizzo tra le diverse coorti a confronto sono sovrapponibili (Tabella 25). Analogo discorso può essere fatto per i farmaci del sistema nervoso (Tabella 26).

■ **Tabella 21.** Prime 15 categorie ATC (II livello) a maggiore prevalenza nella popolazione pediatrica (2011)

ATC	Prevalenza (%)			
	PFPM nati all'estero	Italiani	PFPM nati in Italia	Italiani
J01 - antibatterici per uso sistemico	31,8	41,2	44,6	49,7
R03 - farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	8,9	18,1	20,1	26,5
H02 - corticosteroidi sistemici	4,6	6,8	9,1	8,8
A11 - vitamine	0,8	0,9	4,3	2,8
R06 - antistaminici per uso sistemico	2,9	5,0	3,5	3,5
P02 - antelmintici	1,9	1,0	2,3	1,2
B03 - farmaci antianemici	0,6	0,4	1,7	0,7
J05 - antivirali per uso sistemico	0,5	0,8	1,0	1,2
A07 - antidiarroici, antiinfiammatori ed antimicrobici intestinali	0,3	0,3	0,7	0,4
A02 - farmaci per disturbi correlati all'acidità	0,8	0,7	0,5	0,6
P01 - antiprotozoari	0,4	0,0	0,5	0,0
D07 - corticosteroidi, preparati dermatologici	0,3	0,1	0,5	0,2
N03 - antiepilettici	0,5	0,5	0,4	0,3
M01 - farmaci antiinfiammatori ed antireumatici	0,5	0,2	0,1	0,1
H01 - ormoni ipofisari, ipotalamici ed analoghi	0,3	0,4	0,1	0,2

■ **Tabella 22.** Prime 15 categorie ATC (II livello) a maggiore prescrizione nella popolazione pediatrica (2011)

ATC	Confezioni x 1000 bambini			
	PFPM nati all'estero	Italiani	PFPM nati in Italia	Italiani
J01 - antibatterici per uso sistemico	766	1.095	1.266	1.470
R03 - farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	201	432	492	588
H02 - corticosteroidi sistemici	78	107	157	139
N03 - antiepilettici	121	115	86	66
A11 - vitamine	20	25	92	55
R06 - antistaminici per uso sistemico	54	123	64	66
B03 - farmaci antianemici	14	10	38	11
P02 - antielmintici	29	15	32	18
A02 - farmaci per disturbi correlati all'acidità	25	24	19	19
H01 - ormoni ipofisari, ipotalamici ed analoghi	29	59	14	21
J05 - antivirali per uso sistemico	8	12	13	16
A10 - farmaci usati nel diabete	12	14	9	7
H03 - terapia tiroidea	7	16	9	9
B02 - antiemorragici	6	10	9	5
P01 - antiprotozoari	7	1	8	0

Tabella 23. Prescrizione di antibiotici (ATC J01) nella popolazione pediatrica per categoria terapeutica e per sostanza (2011)

Categorie e sostanze	Prevalenza d'uso (%)				Confezioni x 1000 bambini			
	PFPM nati all'estero	Italiani	PFPM nati in Italia	Italiani	PFPM nati all'estero	Italiani	PFPM nati in Italia	Italiani
Associazione di penicilline (compresi gli inibitori delle beta lattamasi) e penicilline resistenti alle beta lattamasi	16,2	20,3	23,3	25,9	298	403	483	557
Penicilline ad ampio spettro e penicilline sensibili alle beta lattamasi	8,4	9,5	17,2	16,3	173	201	364	337
Macrolidi e lincosamidi	9,8	14,9	14,1	16,9	151	243	223	275
Cefalosporine orali	6,5	9,9	9,7	13,6	116	197	173	262
Altri antibatterici	0,3	0,4	0,4	0,5	4	5	4	6
Sulfonamidi e trimetoprim	0,2	0,2	0,3	0,3	3	4	5	5
Cefalosporine im/ev III-IV gen	0,2	0,4	0,2	0,4	13	28	10	21
Chinoloni	0,2	0,2	0,1	0,1	4	3	1	1
Aminoglicosidi	0,0	0,1	0,0	0,1	1	6	2	5
Tetracicline	0,1	0,1	0,0	0,0	3	2	0	0
Cefalosporine im/ev II gen	0,0	0,0	0,0	0,0	0	2	0	1
Totale	31,8	41,2	44,6	49,7	766	1095	1266	1470
amoxicillina+acido clavulanico	16,2	20,3	23,3	25,9	298	403	483	557
amoxicillina	8,3	9,5	17,1	16,3	170	198	363	335
claritromicina	5,9	8,3	8,7	9,4	86	128	127	138
azitromicina	4,3	7,5	6,6	9,1	61	112	94	135
cefixima	3,5	4,7	4,2	5,4	57	76	60	80
cefpodoxima	1,2	2,4	2,4	3,8	23	50	43	73
cefacloro	1,1	1,9	2,4	3,6	20	40	43	68
ceftibuten	0,7	1,1	1,4	1,9	11	18	20	27
fosfomicina	0,3	0,4	0,4	0,5	4	5	4	6
cefuroxima	0,3	0,5	0,3	0,6	5	13	6	13

Figura 7. Distribuzione percentuale del consumo di antibiotici per categoria terapeutica e classe di età – immigrati PFPm nati all'estero e in Italia (2011)

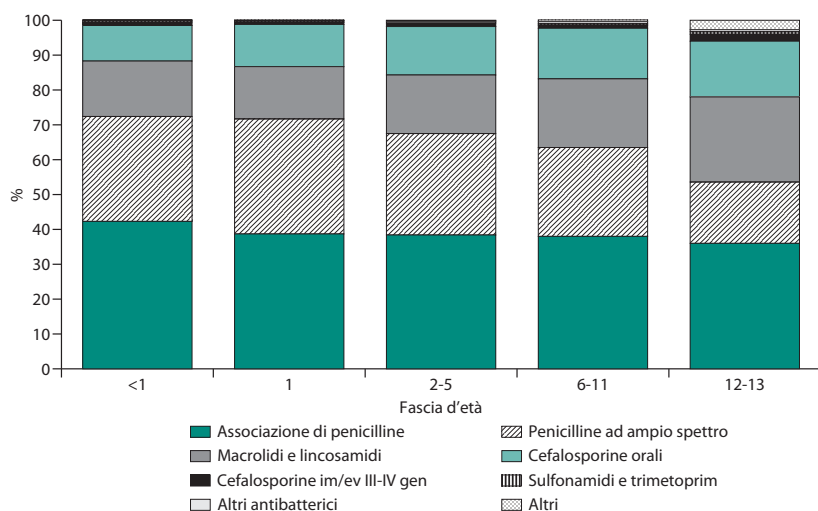
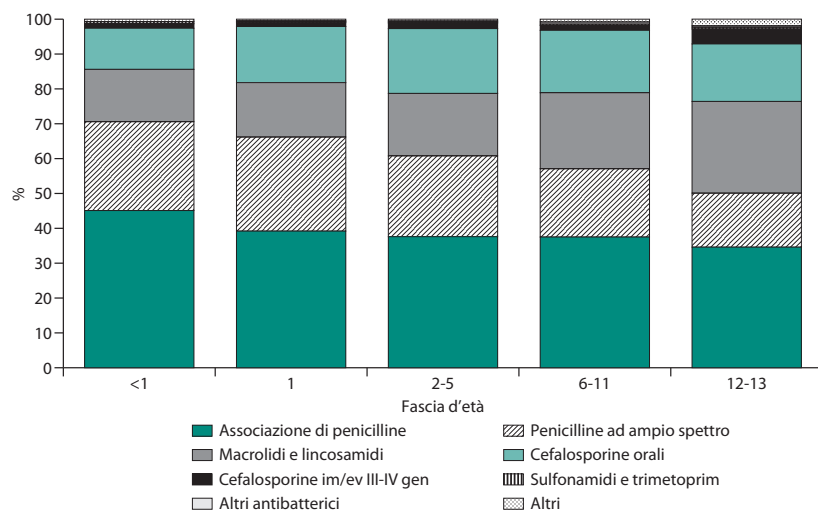


Figura 8. Distribuzione percentuale del consumo di antibiotici per categoria terapeutica e classe di età – italiani (2011)



■ **Tabella 24.** Prescrizione di antiasmatici (ATC R03*) nella popolazione pediatrica per categoria terapeutica e per sostanza (2011)

Categorie e sostanze	Prevalenza d'uso (%)				Confezioni x 1000 bambini			
	PFP nati all'estero	Italiani	PFP nati in Italia	Italiani	PFP nati all'estero	Italiani	PFP nati in Italia	Italiani
Steroidi inalatori	7,1	14,5	16,0	21,6	104	225	259	331
SABA	3,4	7,3	10,3	12,0	56	114	162	169
Steroidi iniettivi	3,3	4,7	6,3	6,0	49	68	103	91
Steroidi orali	1,4	2,2	2,9	2,8	29	38	53	48
Beta2 in associazione - SABA	0,8	1,3	2,0	2,4	10	17	26	29
Antileucotrienici	0,5	1,3	0,8	1,3	16	48	29	43
Beta2 in associazione - LABA	0,5	1,0	0,4	0,5	12	26	13	10
Anticolinergici	0,1	0,1	0,1	0,2	1	1	3	4
Teofillinici	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	0	0
LABA	0,0	0,0	0,0	0,0	0	1	0	0
Cromoglicato	0,0	0,0	0,0	0,0	0	1	0	0
Totale	11,7	21,1	24,4	29,7	278	538	648	727
beclometasone	4,9	8,9	10,8	13,4	62	113	152	175
salbutamolo	3,4	7,3	10,3	12,0	56	114	162	169
betametasone	4,1	6,1	8,7	8,4	61	90	144	127
budesonide	1,2	2,9	3,3	4,9	16	39	44	69
flunisolide	0,8	1,9	2,4	3,4	10	24	31	43
ipratropio+ salbutamolo	0,8	1,3	2,0	2,4	10	17	26	29
fluticasone	0,8	2,4	1,4	2,4	17	48	31	44
montelukast	0,5	1,3	0,8	1,3	16	48	29	43
prednisone	0,5	0,8	0,5	0,4	14	15	11	9
salmeterolo+ fluticasone	0,4	0,9	0,4	0,4	12	23	12	10

* Inclusi anche gli steroidi orali classificati come H02

Figura 9. Distribuzione percentuale del consumo di antiasmatici per categoria terapeutica e classe di età – immigrati PFPM nati all'estero e in Italia (2011)

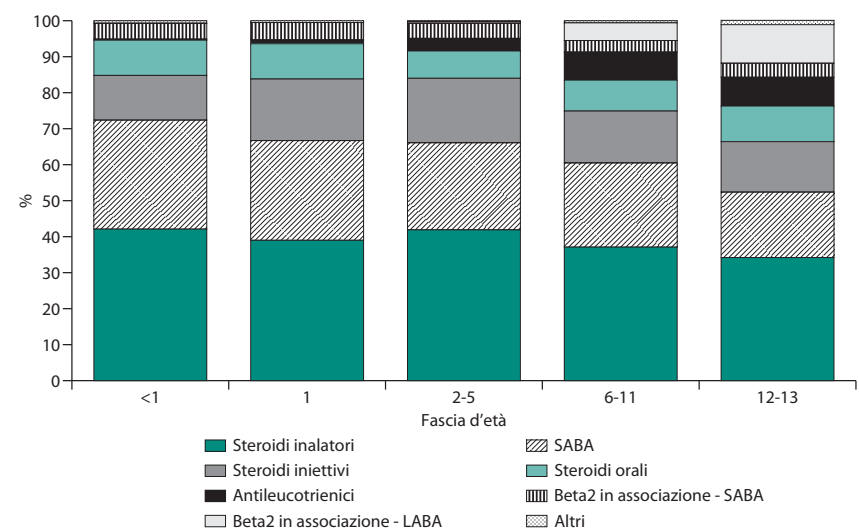
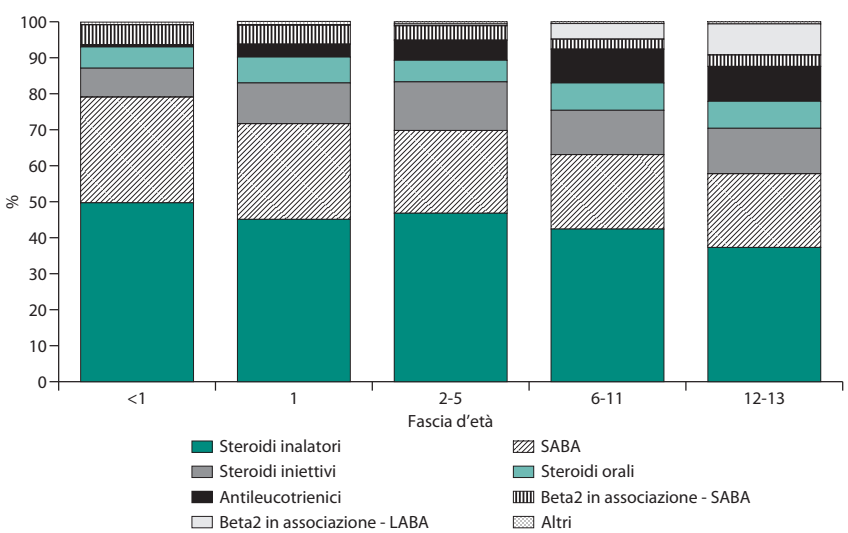


Figura 10. Distribuzione percentuale del consumo di antiasmatici per categoria terapeutica e classe di età – italiani (2011)



■ **Tabella 25.** Prescrizione di gastrointestinali (ATC A02) nella popolazione pediatrica per categoria terapeutica e per sostanza (2011)

Categorie e sostanze	Prevalenza d'uso (%)				Confezioni x 1000 bambini			
	PFP nati all'estero	Italiani	PFP nati in Italia	Italiani	PFP nati all'estero	Italiani	PFP nati in Italia	Italiani
Inibitori di pompa	0,4	0,4	0,3	0,3	19	19	14	14
Anti-h2	0,1	0,1	0,2	0,2	2	2	4	4
Antiacidi	0,2	0,1	0,1	0,0	3	2	1	0
Altri farmaci per l'ulcera peptica	0,1	0,1	0,1	0,1	1	2	1	1
Totale	0,8	0,7	0,5	0,6	25	24	19	19
ranitidina	0,1	0,1	0,2	0,2	2	2	4	4
omeprazolo	0,1	0,2	0,1	0,1	5	8	6	5
lansoprazolo	0,2	0,2	0,1	0,1	11	6	6	5
magaldrato	0,2	0,1	0,1	0,0	2	2	1	0
esomeprazolo	0,1	0,1	0,0	0,1	2	4	1	3
potassio bicarbonato+sodio alginato	0,1	0,1	0,0	0,1	1	2	1	1
pantoprazolo	0,1	0,0	0,0	0,0	2	1	0	0
sucralfato	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	0	0
associazioni saline comuni	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	0	0
rabeprazolo	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	0	0

Figura 11. Distribuzione percentuale del consumo di farmaci gastrointestinali per categoria terapeutica e classe di età – immigrati PFPM nati all'estero e in Italia (2011)

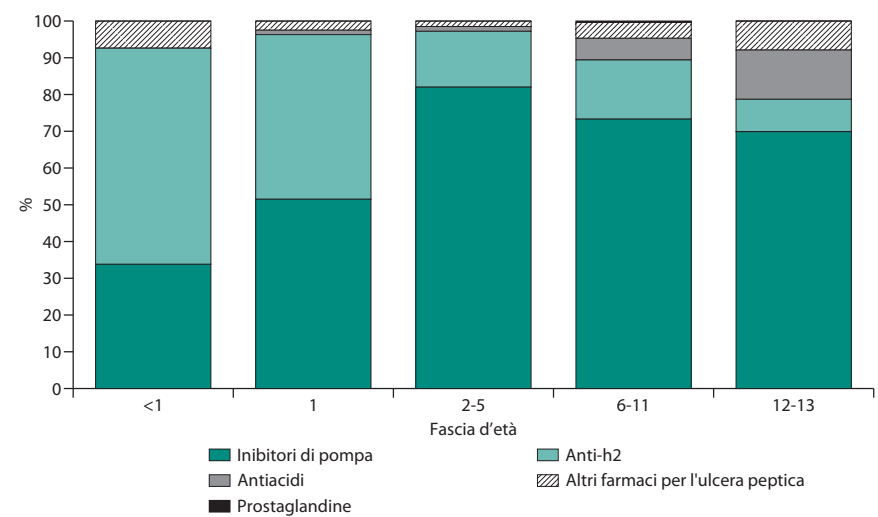
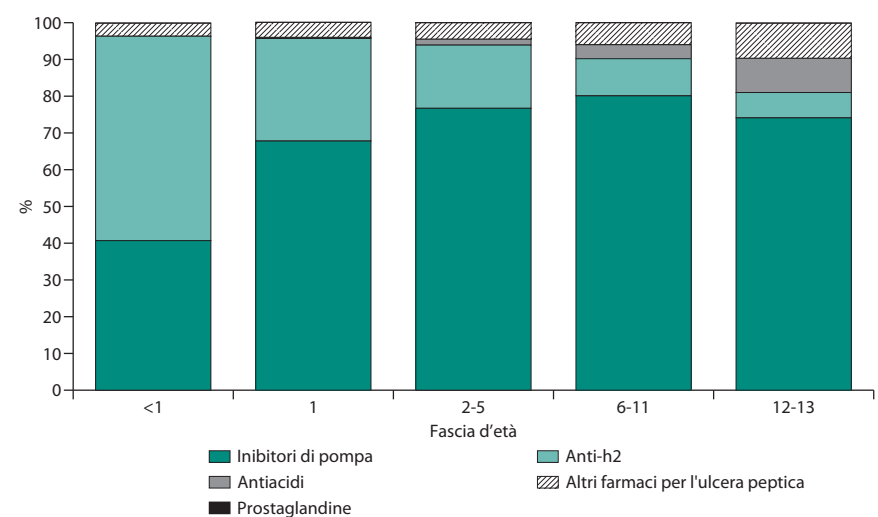


Figura 12. Distribuzione percentuale del consumo di farmaci gastrointestinali per categoria terapeutica e classe di età – italiani (2011)



■ **Tabella 26.** Prescrizione di farmaci del SNC (ATC N) nella popolazione pediatrica per categoria terapeutica e per sostanza (2011)

Categorie e sostanze	Prevalenza d'uso (%)				Confezioni x 1000 bambini			
	PFPM nati all'estero	Italiani	PFPM nati in Italia	Italiani	PFPM nati all'estero	Italiani	PFPM nati in Italia	Italiani
Antiepilettici	0,5	0,5	0,4	0,3	121	115	86	66
Opioidi minori/oppioidi in associazione	0,1	0,1	0,1	0,1	1	1	1	1
Antipsicotici atipici ed altri	0,1	0,1	<0,05	<0,05	4	4	1	1
Totale	0,8	0,7	0,5	0,4	135	133	92	74
acido valproico	0,3	0,3	0,2	0,2	64	62	43	36
carbamazepina	0,1	0,1	0,1	0,1	15	18	10	8
levetiracetam	0,1	0,1	0,1	0,0	6	6	4	4
paracetamolo, associazioni esclusi gli psicolettici	0,0	0,0	0,1	0,1	0	1	1	1
fenobarbital	0,0	0,0	0,1	0,0	6	6	12	4
risperidone	0,1	0,1	0,0	0,0	4	2	1	0
clonazepam	0,0	0,0	0,0	0,0	9	2	3	1
topiramato	0,0	0,0	0,0	0,0	5	4	3	3
codeina+ paracetamolo	0,1	0,1	0,0	0,0	1	1	0	0
etosuccimide	0,0	0,0	0,0	0,0	3	7	2	4

Figura 13. Distribuzione percentuale del consumo di farmaci SNC per categoria terapeutica e classe di età – immigrati PFPM nati all'estero e in Italia (2011)

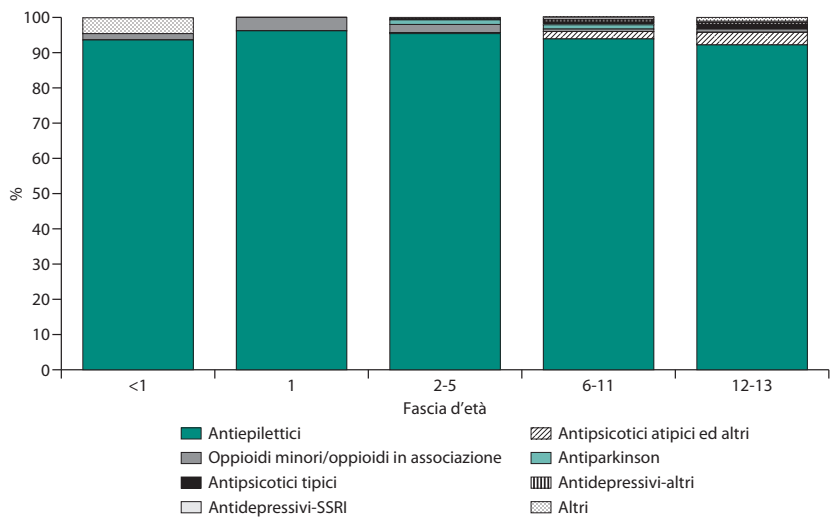
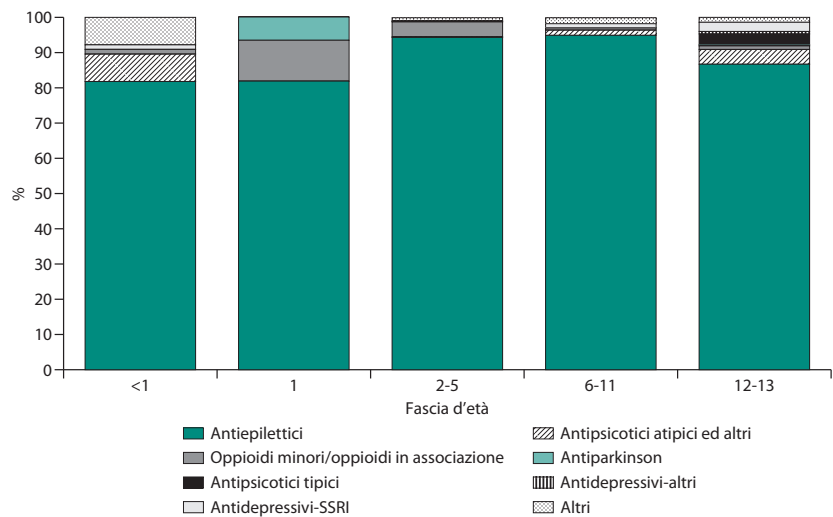


Figura 14. Distribuzione percentuale del consumo di farmaci SNC per categoria terapeutica e classe di età – italiani (2011)



Profilo prescrittivo della popolazione femminile

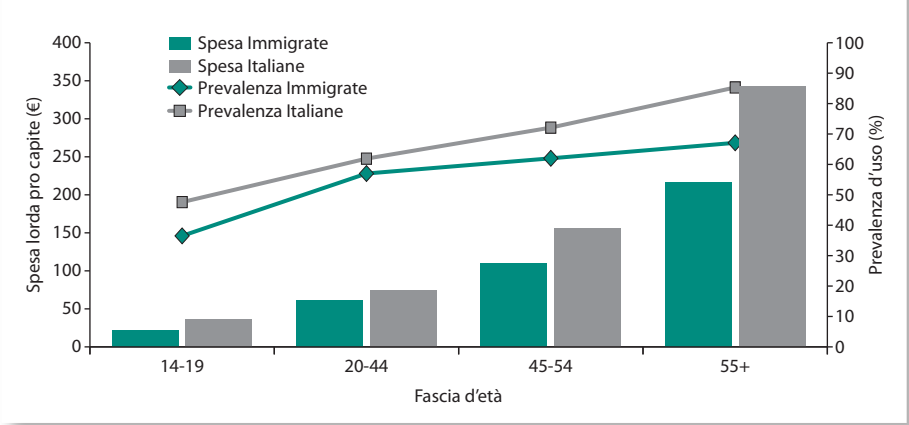
Un approfondimento delle analisi sulla popolazione femminile immigrata conferma il quadro complessivo di una minore prevalenza rispetto alla popolazione italiana: rispettivamente 57,6% e 65,4% (Tabella 27). Questa differenza si amplifica nelle fasce di età maggiori di 55 anni (Figura 15). Tuttavia, una volta preso in carico il bisogno, le modalità di trattamento sono sostanzialmente sovrapponibili: ad esempio, il numero di

Tabella 27. Distribuzione per età della prescrizione farmaceutica nella popolazione femminile immigrata e italiana (2011)

Fascia d'età	Prevalenza d'uso			Spesa lorda pro capite			Confezioni per utilizzatrice			DDD per utilizzatrice		
	Im	It	Δ %	Im	It	Δ %	Im	It	Δ %	Im	It	Δ %
14-19	36	48	-23	22	37	-40	4,1	4,5	-8,7	62	66	-7
20-44	57	62	-8	61	74	-18	8,0	7,9	2,1	153	136	12
45-54	62	72	-14	110	156	-29	14,6	15,1	-3,5	286	290	-2
≥55	67	85	-21	216	342	-37	27,7	31,5	-12,1	593	639	-7
Totale	58	65	-12	84	117	-28	11,7	12,6	-7,2	232	237	-2

Im: Immigrate; It: Italiane

Figura 15. Andamento della prescrizione nella popolazione femminile immigrata e italiana (2011)



■ **Tabella 29.** Prime 15 categorie ATC (II livello) a maggiore prevalenza nella popolazione femminile immigrata: confronto con la popolazione italiana (2011)

ATC	Prevalenza d'uso (%)			DDD per utilizzatrice		
	Imm	Ita	Δ % Imm-Ita	Imm	Ita	Δ % Imm-Ita
J01 - antibiotici per uso sistemico	33	39	-6	19	17	+10
M01 - farmaci antiinfiammatori ed antireumatici	14	12	+3	41	33	+23
A02 - farmaci per disturbi correlati all'acidità	14	12	+2	72	84	-14
G03 - ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale	7	6	+1	178	193	-8
B03 - farmaci antianemici	7	6	+2	170	149	+14
H02 - corticosteroidi sistemici	7	9	-1	40	34	+19
R03 - farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	6	10	-4	82	66	+24
C09 - sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	6	6	0	324	371	-13
R06 - antistaminici per uso sistemico	5	5	0	65	65	0
B01 - antitrombotici	4	4	-1	131	132	0
N02 - analgesici	4	3	0	21	32	-34
N06 - psicoanestetici	3	6	-3	143	216	-34
J02 - antimicotici per uso sistemico	3	4	-1	10	9	+12
H03 - terapia tiroidea	3	6	-3	156	165	-6
C07 - betabloccanti	3	4	-1	175	186	-6

Sostanze più prescritte

■ **Tabella 30.** Prime trenta sostanze a maggior prevalenza d’uso nella popolazione femminile immigrata: confronto con la popolazione italiana (2011)

ATC	Sostanza	Prevalenza d’uso (%)		
		Immigrate	Italiane	Δ % Imm-Ita
J	amoxicillina+acido clavulanico	14,7	16,4	-10
J	amoxicillina	5,8	4,9	+18
J	claritromicina	5,2	6,1	-15
G	etinilestradiolo+gestodene	4,9	2,3	+108
A	lansoprazolo	4,5	3,8	+18
B	ferroso solfato	4,3	2,7	+56
J	azitromicina	4,1	6,5	-37
M	ketoprofene	3,9	2,5	+54
M	diclofenac	3,9	3,0	+27
H	betametasone	3,7	4,8	-23
A	pantoprazolo	3,6	3,4	+8
J	ciprofloxacina	3,6	4,0	-11
B	acido folico	3,4	2,6	+29
M	ibuprofene	3,1	2,1	+52
R	beclometasone	3,0	5,8	-48
M	nimesulide	3,0	2,6	+15
J	levofloxacina	2,9	3,3	-14
H	levotiroxina sodica	2,8	5,8	-51
J	fosfomicina	2,6	3,9	-33
A	omeprazolo	2,6	2,1	+22
H	prednisone	2,5	2,9	-11
A	magaldrato	2,3	1,6	+39
J	fluconazolo	2,2	2,9	-25
J	cefixima	2,1	2,9	-28
A	esomeprazolo	2,0	1,9	+8
A	potassio bicarbonato+sodio alginato	2,0	1,7	+19
N	codeina+paracetamolo	2,0	1,2	+58
B	acido acetilsalicilico	1,8	1,8	+1
R	cetirizina	1,6	1,3	+22
C	ramipril	1,6	1,4	+16

■ **Tabella 31.** Prescrizione farmaceutica nella popolazione femminile immigrata per cittadinanza (primi 30 Paesi per numero di residenti - 2011)

Paese	Prevalenza d'uso (%)	Età media utilizzatrici
Romania	56	38
Albania	64	39
Marocco	72	37
Moldavia	52	41
Ucraina	53	47
Cina	43	37
Polonia	56	42
Macedonia	51	37
Filippine	52	44
Perù	69	40
Brasile	54	39
India	62	36
Sri Lanka (Ceylon)	58	39
Serbia	47	39
Nigeria	68	36
Bangladesh	67	31
Ghana	67	37
Ecuador	65	38
Federazione Russa	50	43
Tunisia	63	42
Bulgaria	54	46
Bosnia-Erzegovina	49	38
Croazia	53	43
Kosovo	39	34
Colombia	59	41
Repubblica Dominicana	55	40
Cuba	52	38
Senegal	68	35
Costa d'Avorio	61	34
Algeria	63	37

Analisi delle principali categorie terapeutiche

Nelle pagine seguenti sono presentati gli approfondimenti per le categorie terapeutiche di maggiore interesse in medicina generale e pediatria. L'intento è quello di fornire, utilizzando un numero limitato di tabelle e figure, una lettura d'insieme dei principali indicatori di prescrizione: spesa, DDD, prevalenza d'uso, distribuzioni per classi di età e sesso, durata d'uso per utilizzatore, confronti fra ASL. Per ciascuna categoria terapeutica sono inoltre analizzati i sottogruppi terapeutici e i singoli principi attivi più frequentemente utilizzati, e viene fornito un inquadramento specifico, in termini di analisi della variabilità geografica e sui farmaci con brevetto scaduto (equivalenti).

L'approfondimento effettuato sulle principali categorie terapeutiche ha lo scopo di favorire un'analisi dell'appropriatezza della prescrizione e di fornire la base per possibili interventi formativi. Come elemento di cautela si deve ricordare che ogni volta che dati di tipo amministrativo, come quelli derivanti dal monitoraggio delle prescrizioni, sono utilizzati per analisi dell'appropriatezza prescrittiva vanno considerati i limiti potenziali. In particolare, va tenuta presente la mancanza di informazioni sulle condizioni cliniche dei pazienti trattati. Tuttavia, da un lato l'analisi della variabilità, e dall'altro la prescrizione di principi attivi che non sono considerati di prima scelta in ambito di medicina generale, consentono di evidenziare aree che necessitano di ulteriori approfondimenti di discussione e autovalutazione.

Nella lettura delle tabelle può essere utile un richiamo riguardante le stime di durata della terapia. Per queste stime, il totale delle DDD (relativo ai singoli sottogruppi terapeutici e all'intera categoria) è diviso per gli utilizzatori (tutti coloro che hanno ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno). Una possibile distorsione è presente nel caso in cui le DDD dei principi attivi prescritti non rappresentano, in difetto o in eccesso, la modalità di uso più frequente (o dose prescritta giornaliera, PDD). Inoltre, per le categorie terapeutiche che prevedono un uso cronico, i nuovi utilizzatori, cioè coloro che ricevono per la prima volta una prescrizione nel corso dell'anno, tendono a rendere più bassa la durata media di terapia in quanto non possono contribuire all'intero anno di prescrizione.

Per ciascuna categoria terapeutica i risultati sono presentati utilizzando le medesime tabelle e figure (Tabelle 32-55 e Figure 16-39). Categorie analizzate:

- Antiacidi e antiulcera
- Antidiabetici
- Antipertensivi
- Ipolipemizzanti
- Antibiotici
- FANS
- Antidepressivi
- Antiasmatici.

Antiacidi e antiulcera

Il livello complessivo di esposizione di antiacidi e antiulcera negli immigrati è superiore rispetto a quello degli italiani (prevalenza d'uso: 10,3% immigrati e 8,7% italiani), mentre in termini di dosi gli italiani hanno una durata di terapia leggermente superiore (86 DDD per utilizzatore vs 73 negli immigrati) (Tabella 32).

La prevalenza d'uso si conferma leggermente maggiore negli immigrati in ciascuna categoria e nella maggior parte delle sostanze. Ai primi posti in termini di esposizione troviamo tre inibitori di pompa: lansoprazolo, pantoprazolo e omeprazolo. È utile rammentare che queste sostanze, il cui brevetto è scaduto, sono state oggetto nel corso degli ultimi anni di diversi provvedimenti regionali.

■ **Tabella 32.** Prescrizione di antiacidi e antiulcera per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)

Categorie e sostanze	Prevalenza d'uso (%)		Età media immigrati	Rapporto M/F immigrati	DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani			Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Inibitori di pompa	8,6	7,4	44	0,81	76	89	-15
Altri farmaci per l'ulcera peptica	1,6	1,1	41	0,69	22	20	9
Antiacidi	1,6	1,3	41	0,67	23	27	-12
Anti H2	0,4	0,4	42	0,89	58	64	-10
Antiacidi e antiulcera	10,3	8,7	43	0,79	73	86	-15
lansoprazolo	3,5	2,8	45	0,83	64	76	-15
pantoprazolo	2,7	2,4	43	0,74	56	67	-17
omeprazolo	1,9	1,5	44	0,78	67	80	-16
magaldrato	1,6	1,1	41	0,69	22	20	9
esomeprazolo	1,6	1,4	43	0,89	82	102	-20
potassio bicarbonato+ sodio alginato	1,4	1,2	41	0,66	22	26	-13
ranitidina	0,4	0,4	42	0,87	57	63	-10
sucralfato	0,2	0,2	42	0,74	27	29	-6
rabeprazolo	0,2	0,3	45	0,74	85	104	-19
misoprostolo	0,0	0,0	40	0,68	33	54	-40

Nell'andamento per fascia di età si nota una completa sovrapposizione della prevalenza fino a 55 anni, mentre nelle età successive c'è una divaricazione con una maggiore prevalenza negli italiani (Figura 16). La sostanziale sovrapposizione fra immigrati e italiani nella durata di terapia per utilizzatore emerge anche dalle 7 confezioni ricevute nel corso dell'anno, che indica la necessità di tornare dal medico in diverse occasioni. Anche la quota di utilizzatori sporadici è simile nelle due popolazioni, circa un assistito su quattro ha ricevuto nel corso del 2011 una sola confezione di farmaci antiacidi (Tabella 33).

Con l'eccezione di alcuni Paesi, la variabilità nella prevalenza d'uso per singola popolazione è relativamente contenuta (Figura 17). Inoltre, questo quadro di variabilità non è sostanzialmente differente da quello che si osserva fra le ASL in analisi (Tabella 34 e Figura 18). Il livello di variabilità fra ASL è della stessa entità per immigrati e italiani, anche se si osserva una maggiore variabilità in termini di prevalenza rispetto a quella per intensità di trattamento (DDD per 1000 utilizzatori die).

Figura 16. Andamento della prevalenza e dell'intensità d'uso di antiacidi e antiulcera per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)

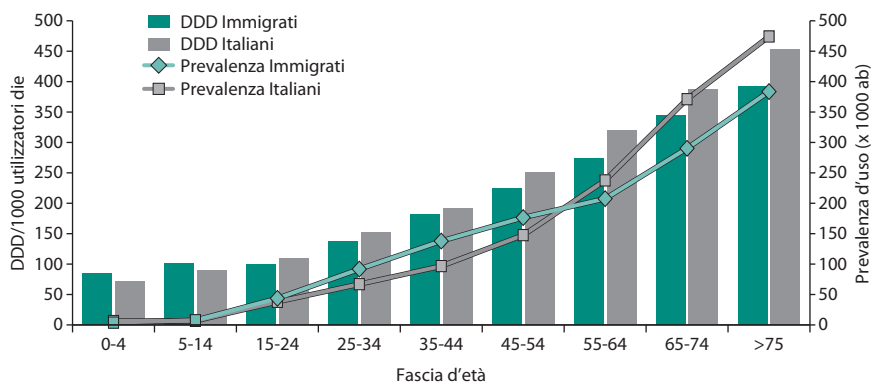


Tabella 33. Intensità d'uso di antiacidi e antiulcera nella popolazione immigrata e italiana (2011)

	Pz/ut	DDD/ut	Ut 1 pz (%)
Immigrati	7,2	72,9	23,1
Italiani	7,4	85,7	25,1

Pz/ut = confezioni per utilizzatore; DDD/ut = DDD per utilizzatore; Ut 1 pz = Utilizzatori con 1 confezione

Figura 17. Prevalenza d'uso di antiacidi e antiulcera nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)

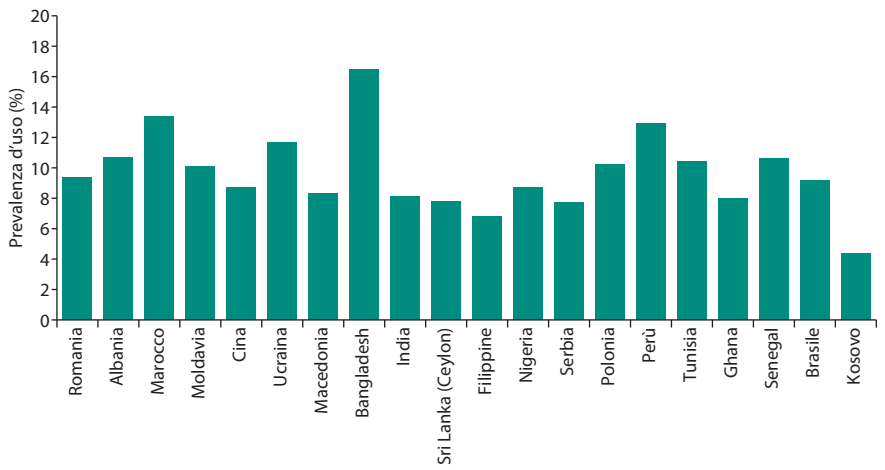
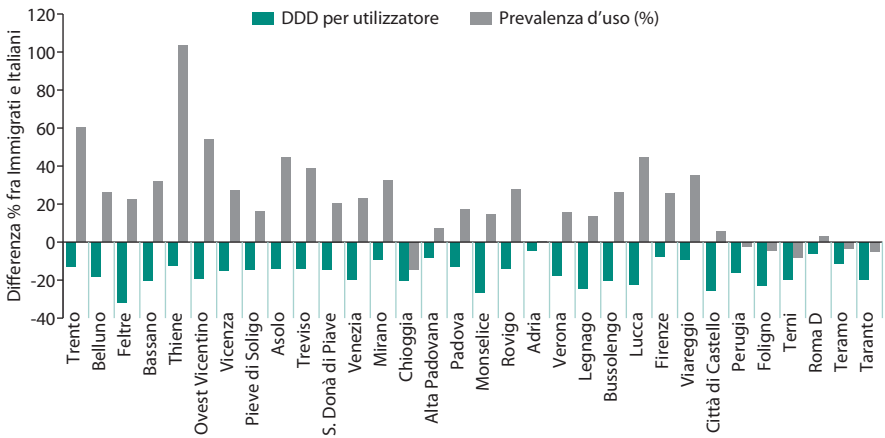


Figura 18. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d'uso di antiacidi e antiulcera (2011)



■ **Tabella 34.** Prescrizione di antiacidi e antiulcera per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)

ASL	Prevalenza d'uso (%)		DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani	Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Trento	11,0	6,9	76	87	-13
Belluno	9,0	7,1	81	99	-18
Feltre	9,4	7,7	76	112	-32
Bassano	8,6	6,5	64	80	-20
Thiene	14,9	7,3	74	84	-12
Ovest Vicentino	11,2	7,3	66	82	-19
Vicenza	9,5	7,4	69	82	-15
Pieve di Soligo	8,9	7,7	84	98	-14
Asolo	10,2	7,0	72	83	-14
Treviso	9,7	7,0	72	84	-14
San Donà di Piave	9,4	7,8	73	86	-14
Venezia	9,3	7,5	74	92	-20
Mirano	8,5	6,4	72	79	-9
Chioggia	7,3	8,6	83	104	-20
Alta Padovana	9,1	8,5	78	85	-8
Padova	9,3	7,9	74	85	-13
Monselice	9,8	8,6	67	91	-27
Rovigo	11,9	9,3	82	96	-14
Adria	11,8	11,7	90	94	-4
Verona	8,7	7,6	70	85	-18
Legnago	9,0	8,0	63	83	-25
Bussolengo	10,7	8,5	71	90	-20
Lucca	9,1	6,3	61	79	-22
Firenze	10,7	8,5	69	75	-8
Viareggio	12,8	9,5	72	80	-9
Città di Castello	10,3	9,7	65	87	-25
Perugia	9,2	9,5	69	83	-16
Foligno	10,4	10,9	66	86	-23
Terni	10,0	10,9	66	82	-20
Roma D	18,2	17,7	95	101	-6
Teramo	12,2	12,6	68	76	-11
Taranto	15,8	16,6	64	80	-20

Antidiabetici

La prevalenza d’uso di antidiabetici è maggiore nella popolazione immigrata rispetto a quella italiana (1,6% vs 1,1%), a fronte di una minore intensità di utilizzo (351 vs 385 DDD per utilizzatore) (Tabella 35).

Questo trend si conferma a livello sia di categoria terapeutica sia di singola sostanza; la metformina risulta essere il principio attivo più prescritto in entrambe le coorti

■ **Tabella 35.** Prescrizione di antidiabetici per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)

Categorie e sostanze	Prevalenza d’uso (%)		Età media immigrati	Rapporto M/F immigrati	DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani			Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Metformina	1,3	0,8	52	1,10	178	194	-8
Altri ipoglicemizzanti orali	0,5	0,3	55	1,26	303	331	-8
Insuline ed analoghi	0,5	0,3	47	1,09	344	418	-18
Repaglinide	0,1	0,1	56	1,21	194	214	-9
Pioglitazone da solo e in associazione	0,1	0,1	52	1,39	220	237	-7
Farmaci incretino-mimetici da soli o in associazione	0,1	0,1	50	1,30	208	234	-11
Antidiabetici	1,6	1,1	51	1,12	351	385	-9
metformina	1,3	0,8	52	1,10	179	197	-9
insulina glargine	0,3	0,2	47	1,49	169	181	-7
glibenclamide+metformina	0,2	0,1	56	1,32	271	305	-11
glimepiride	0,2	0,1	54	1,24	342	372	-8
insulina lispro	0,2	0,2	45	1,09	225	270	-17
gliclazide	0,2	0,1	55	1,30	277	324	-15
insulina aspart	0,2	0,2	46	1,08	229	269	-15
repaglinide	0,1	0,1	56	1,24	200	216	-8
insulina lispro	0,1	0,0	43	0,46	109	109	0
insulina detemir	0,1	0,1	49	1,00	164	193	-15

Le analisi relative agli antidiabetici sono limitate alle sole ASL in cui sono disponibili i dati della distribuzione diretta e per conto.

e le insuline registrano le maggiori differenze in termini di intensità di trattamento tra immigrati e italiani (344 vs 418 DDD per utilizzatore), probabilmente per una più complicata gestione della terapia.

L'intensità d'uso è inferiore tra gli immigrati per tutte le fasce di età, ad esclusione della classe 0-4 anni, ed è confermata anche dal minor numero di dosi prescritte nel corso dell'anno (351 vs 385 negli italiani) che potrebbe essere interpretato come ridotta persistenza al trattamento o come ridotta copertura terapeutica (Tabella 36). La prevalenza d'uso cresce con l'età sia per gli immigrati che per gli italiani, ed è superiore negli italiani solo al di sopra dei 75 anni (Figura 19). Questa differenza non influenza il dato aggregato in quanto la proporzione di soggetti anziani è bassa nella popolazione in studio.

Ci sono differenze nella prevalenza d'uso per Paese di provenienza e i cittadini dello Sri Lanka e del Bangladesh hanno tassi oltre quattro volte superiori rispetto a kosovari, moldavi e rumeni (Figura 20). Questa variabilità non trova giustificazione nelle differenze di età, ma riflette anche una suscettibilità genetica nei confronti delle modificazioni delle abitudini alimentari. Il livello di variabilità tra ASL è della stessa entità tra immigrati e italiani (Tabella 37).

Figura 19. Andamento della prevalenza e dell'intensità d'uso di antidiabetici per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)

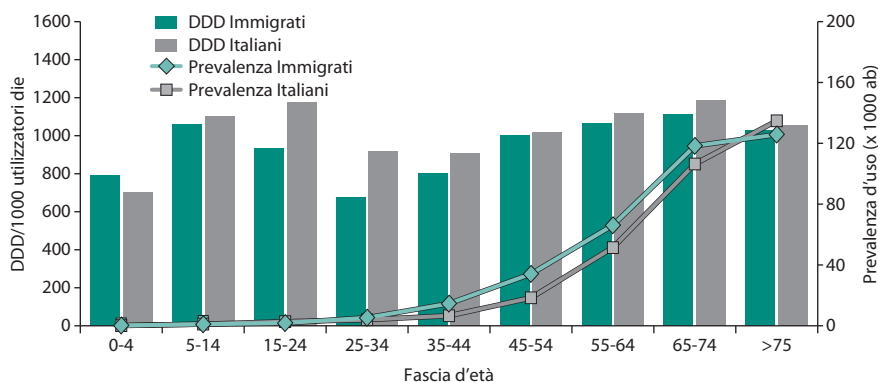


Tabella 36. Intensità d'uso di antidiabetici nella popolazione immigrata e italiana (2011)

	Pz/ut	DDD/ut	Ut 1 pz (%)
Immigrati	17,1	351,0	4,1
Italiani	16,0	385,0	4,0

Pz/ut = confezioni per utilizzatore; DDD/ut = DDD per utilizzatore; Ut 1 pz = Utilizzatori con 1 confezione

Figura 20. Prevalenza d'uso di antidiabetici nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)

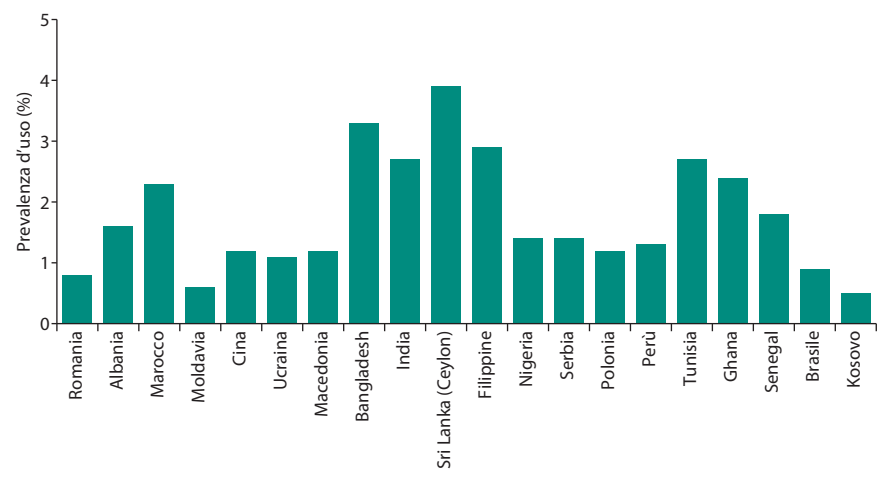
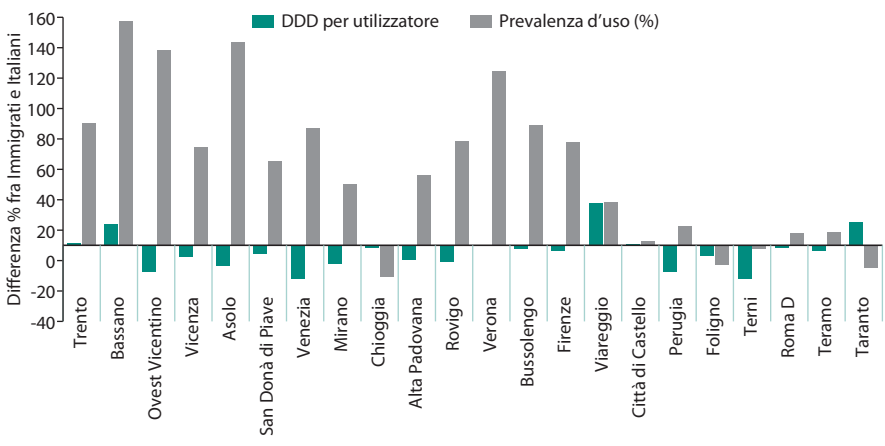


Figura 21. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d'uso di antidiabetici (2011)



■ **Tabella 37.** Prescrizione di antidiabetici per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)

ASL	Prevalenza d'uso (%)		DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani	Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Trento	2,2	1,2	318	313	2
Bassano	2,0	0,8	355	312	14
Ovest Vicentino	2,6	1,1	280	340	-18
Vicenza	2,0	1,2	312	338	-8
Asolo	1,9	0,8	320	370	-13
San Donà di Piave	1,8	1,1	294	313	-6
Venezia	1,7	1,0	269	343	-22
Mirano	1,7	1,2	297	339	-12
Chioggia	1,0	1,3	341	346	-1
Alta Padovana	1,8	1,2	296	327	-9
Rovigo	1,9	1,1	300	336	-11
Verona	2,1	1,0	358	359	0
Bussolengo	1,8	1,0	336	344	-2
Firenze	2,5	1,5	296	306	-3
Viareggio	1,9	1,5	308	241	28
Città di Castello	1,9	1,8	333	330	1
Perugia	1,6	1,4	318	384	-17
Foligno	1,5	1,7	361	389	-7
Terni	1,5	1,6	292	373	-22
Roma D	4,0	3,7	282	287	-2
Teramo	1,9	1,8	281	291	-3
Taranto	2,1	2,4	318	275	16

Antipertensivi

Il livello complessivo di prevalenza d’uso dei farmaci antipertensivi è pari al 6,5% nella popolazione immigrata, circa il 15% inferiore rispetto a quella italiana, con una intensità di trattamento di circa l’8% più bassa: 419 DDD per utilizzatore vs 454 (Tabella 38). Il tipo di sostanze utilizzate è in larga misura sovrapponibile. Il ramipril, con una prevalenza dell’1,3%, è il principio attivo con la maggior esposizione, seguito dall’amlodipina. Immigrati e italiani presentano un’intensità di trattamento sovrapponibile in tutte le fasce di età, mentre la prevalenza d’uso tende a crescere maggiormente negli italiani nelle fasce di età più avanzate (Figura 22). Questa differenza incide meno in termini aggregati in quanto la proporzione di soggetti più anziani è relativamente ridotta nella popolazione in studio. La sovrapposizione fra immigrati e italiani nella durata di terapia per utilizzatore emerge anche nel numero di confezioni ricevute (17,4 e 16,5 rispettivamente) nel corso dell’anno (Tabella 39). Insieme agli antidiabetici, gli antipertensivi

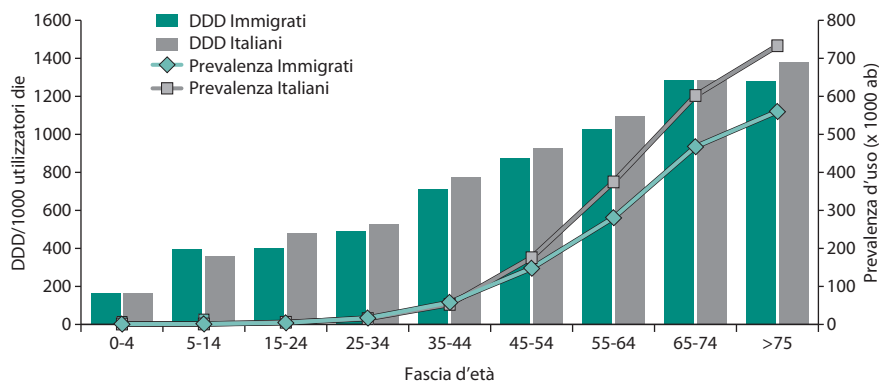
■ **Tabella 38.** Prescrizione di antipertensivi per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)

Categorie e sostanze	Prevalenza d’uso (%)		Età media immigrati	Rapporto M/F immigrati	DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani			Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Ace inibitori	2,3	2,3	53	0,86	362	440	-18
Beta bloccanti	2,0	2,5	53	0,74	174	181	-4
Calcio antagonisti (dihidropiridinici)	1,8	1,5	53	0,88	279	325	-14
Ace inibitori e diuretici	1,1	1,2	54	0,65	191	241	-21
Ang. II antag. e diuretici	1,0	1,2	54	0,71	233	267	-13
Angiotensina II antagonisti	0,9	1,3	54	0,81	318	372	-14
Diur. ad az. diuretica maggiore da soli o in ass. a diuretici risparmi. di K+	0,8	0,8	56	0,65	182	182	0
Tiazidici e simili (inc.ass)	0,6	0,6	52	0,48	123	126	-2
Alfa bloccanti periferici	0,3	0,3	53	1,15	165	193	-14
Beta bloccanti e diuretici	0,2	0,3	51	0,57	185	227	-18
Diuretici risparmi. di K+	0,2	0,2	54	0,87	131	157	-17

Segue ➔

■ **Tabella 38.** Segue

Categorie e sostanze	Prevalenza d'uso (%)		Età media immigrati	Rapporto M/F immigrati	DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani			Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Antipertensivi	6,5	7,6	52	0,73	419	454	-8
ramipril	1,3	1,3	53	0,96	432	516	-16
amlodipina	1,1	0,8	53	0,97	272	316	-14
furosemide	0,6	0,6	56	0,70	198	205	-3
bisoprololo	0,5	0,6	54	0,84	86	90	-5
enalapril	0,5	0,4	54	0,75	277	353	-22
atenololo	0,5	0,7	54	0,68	264	233	13
ramipril+idroclorotiazide	0,5	0,5	53	0,68	176	228	-23
nebolololo	0,5	0,8	51	0,61	196	217	-10
idroclorotiazide+spironolattone	0,3	0,4	50	0,44	105	115	-9
lercanidipina	0,3	0,3	55	0,82	300	339	-12
insulina detemir	0,1	0,1	49	1,00	164	193	-15

■ **Figura 22.** Andamento della prevalenza e dell'intensità d'uso di antipertensivi per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)

sono la categoria con la maggiore intensità di trattamento per utilizzatore (in media ciascun soggetto riceve circa 1,1 dosi al giorno). Ci sono differenze nella prevalenza d'uso per Paese di provenienza, con una variabilità che supera in alcuni casi le quattro volte (Figura 23). Tuttavia, anche fra le ASL in analisi ci sono notevoli differenze nella popolazione immigrata e in quella italiana (Tabella 40 e Figura 24). Nonostante le differenze di prevalenza, l'intensità di trattamento per utilizzatore risulta, come atteso, relativamente omogenea fra le diverse ASL. Sulla differenza di prevalenza fra Paesi e fra ASL potrebbe pesare una differenza per età non sufficientemente controllata. Tali differenze non hanno invece impatto sull'intensità di trattamento una volta presa la decisione di intraprendere la terapia antipertensiva.

■ **Tabella 39.** Intensità d'uso di antipertensivi nella popolazione immigrata e italiana (2011)

	Pz/ut	DDD/ut	Ut 1 pz (%)
Immigrati	17,4	418,7	8,0
Italiani	16,5	454,4	6,0

Pz/ut = confezioni per utilizzatore; DDD/ut = DDD per utilizzatore; Ut 1 pz = Utilizzatori con 1 confezione

■ **Figura 23.** Prevalenza d'uso di antipertensivi nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)

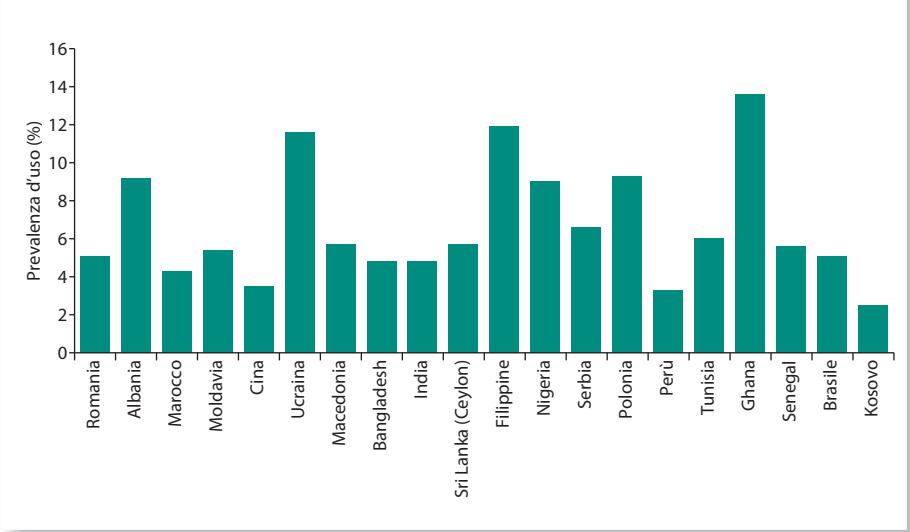
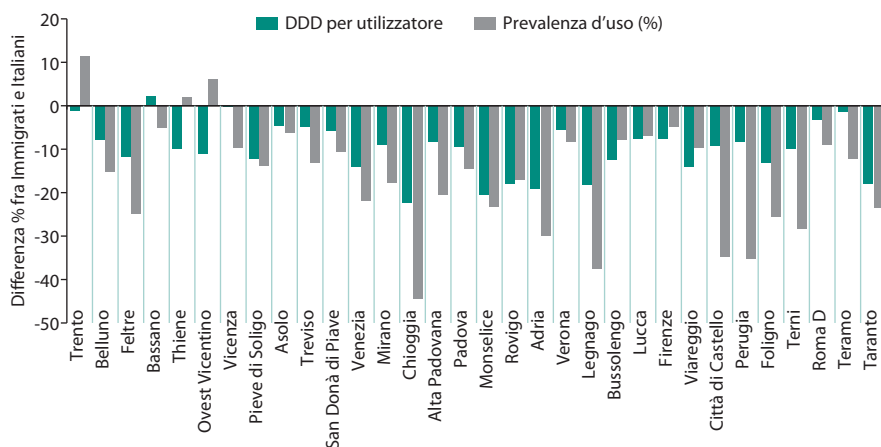


Figura 24. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d'uso di antipertensivi (2011)**Tabella 40.** Prescrizione di antipertensivi per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)

ASL	Prevalenza d'uso (%)		DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani	Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Trento	7,1	6,4	435	440	-1
Belluno	7,2	8,5	419	454	-8
Feltre	6,3	8,3	412	467	-12
Bassano	6,4	6,7	468	458	2
Thiene	9,7	9,5	424	470	-10
Ovest Vicentino	6,6	6,2	373	420	-11
Vicenza	6,2	6,8	416	417	0
Pieve di Soligo	5,2	6,0	411	468	-12
Asolo	5,6	6,0	418	438	-4
Treviso	5,2	5,9	428	450	-5
San Donà di Piave	5,7	6,4	437	464	-6
Venezia	5,3	6,8	377	439	-14
Mirano	5,2	6,3	406	446	-9

Segue →

■ **Tabella 40.** Segue

ASL	Prevalenza d'uso (%)		DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani	Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Chioggia	4,5	8,1	358	461	-22
Alta Padovana	6,5	8,2	426	464	-8
Padova	5,9	6,9	401	443	-10
Monselice	5,2	6,7	393	494	-20
Rovigo	6,3	7,5	361	441	-18
Adria	5,8	8,3	376	464	-19
Verona	6,1	6,6	441	466	-5
Legnago	4,5	7,2	393	479	-18
Bussolengo	5,7	6,2	413	472	-12
Lucca	6,6	7,1	410	443	-8
Firenze	6,9	7,3	422	456	-7
Viareggio	7,0	7,7	388	451	-14
Città di Castello	6,4	9,9	433	476	-9
Perugia	5,8	9,0	430	468	-8
Foligno	6,6	8,8	366	421	-13
Terni	6,9	9,5	428	475	-10
Roma D	14,5	16,0	461	476	-3
Teramo	7,4	8,4	405	410	-1
Taranto	8,7	11,3	328	399	-18

Ipolipemizzanti

La prevalenza d'uso dei farmaci ipolipemizzanti è circa il 30% superiore nella popolazione italiana rispetto a quella immigrata (2,4% e 1,9% rispettivamente), mentre è simile l'intensità di trattamento (+7,2% negli italiani) (Tabella 41). Il ranking delle sostanze utilizzate è sovrapponibile, con simvastatina, atorvastatina e rosuvastatina nelle prime tre posizioni in entrambe le popolazioni. Quest'ultima sostanza ancora coperta da brevetto presenta, a parità di dosi, una spesa per giornata di terapia più che doppia rispetto alla simvastatina, il cui brevetto è scaduto nel corso del 2007.

Immigrati e italiani presentano un'intensità di trattamento per fascia di età che è sovrapponibile (le differenze che emergono nelle prime fasce di età sono da attribuire a un numero troppo esiguo di trattati, con una conseguente imprecisione delle stime). Come per altre categorie di farmaci per uso cronico, la prevalenza aumenta con l'età, anche se è molto maggiore nella popolazione italiana nelle fasce di età più avanzate (Figura 25). La sovrapposizione fra immigrati e italiani nella durata di terapia per utilizzatore è confermata anche dal numero di confezioni ricevute (10,5 e 10,7 rispettivamente)

■ **Tabella 41.** Prescrizione di ipolipemizzanti per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)

Categorie e sostanze	Prevalenza d'uso (%)		Età media immigrati	Rapporto M/F immigrati	DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani			Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Statine	1,6	2,1	56	0,97	217	227	-4
Omega 3	0,3	0,3	53	2,00	128	156	-18
Fibrati	0,2	0,2	50	1,91	135	158	-14
Ipolipemizzanti	1,9	2,4	55	1,06	224	241	-7
simvastatina	0,7	0,8	56	0,75	138	151	-9
atorvastatina	0,5	0,6	56	1,39	281	273	3
rosuvastatina	0,3	0,5	55	1,02	240	247	-3
omega polienoici	0,3	0,3	53	2,00	128	156	-18
fenofibrato	0,2	0,2	50	1,91	138	159	-13
pravastatina	0,1	0,1	57	0,92	154	191	-19
simvastatina+ezetimibe	0,1	0,1	54	1,27	213	235	-9
lovastatina	0,0	0,1	55	0,69	106	120	-12
fluvastatina	0,0	0,0	57	1,24	253	292	-13
gemfibrozil	0,0	0,0	54	1,76	111	153	-28

nel corso dell'anno, e ciascun utilizzatore rimane in media in trattamento per 224 giornate in un anno (241 negli italiani) (Tabella 42).

Ci sono differenze nella prevalenza d'uso per Paese di provenienza, con una variabilità che arriva a circa quattro volte e che raggiunge il massimo tra gli immigrati filippini e cingalesi (Figura 26). Tuttavia, fra le ASL in analisi (anche escludendo come outlier l'ASL Roma D) ci sono differenze di oltre tre volte nella popolazione immigrata e di due volte in quella italiana (Figura 27 e Tabella 43). Nonostante le differenze di prevalenza, l'intensità di trattamento per utilizzatore risulta, come atteso, relativamente omogenea fra le diverse ASL. Questo indica che una volta presa la decisione di intraprendere una terapia ipolipemizzante, le modalità di trattamento sono simili.

Figura 25. Andamento della prevalenza e dell'intensità d'uso di ipolipemizzanti per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)

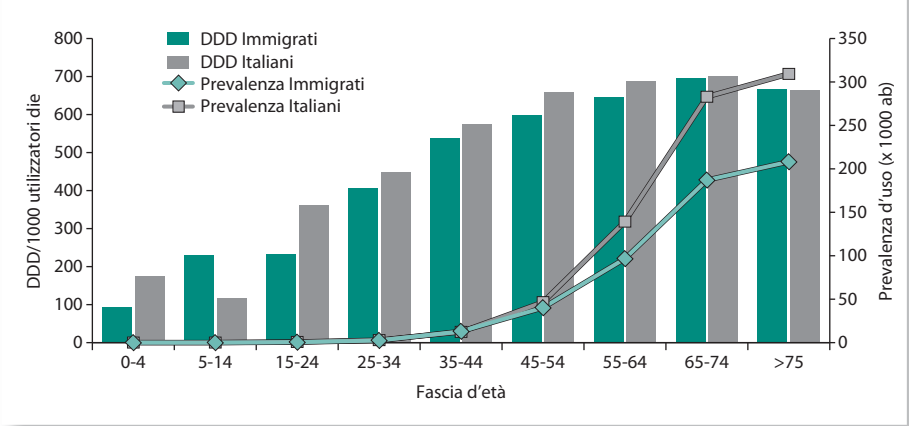


Tabella 42. Intensità d'uso di ipolipemizzanti nella popolazione immigrata e italiana (2011)

	Pz/ut	DDD/ut	Ut 1 pz (%)
Immigrati	10,5	224,3	6,3
Italiani	10,7	240,5	5,3

Pz/ut = confezioni per utilizzatore; DDD/ut = DDD per utilizzatore; Ut 1 pz = Utilizzatori con 1 confezione

Figura 26. Prevalenza d'uso di ipolipemizzanti nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)

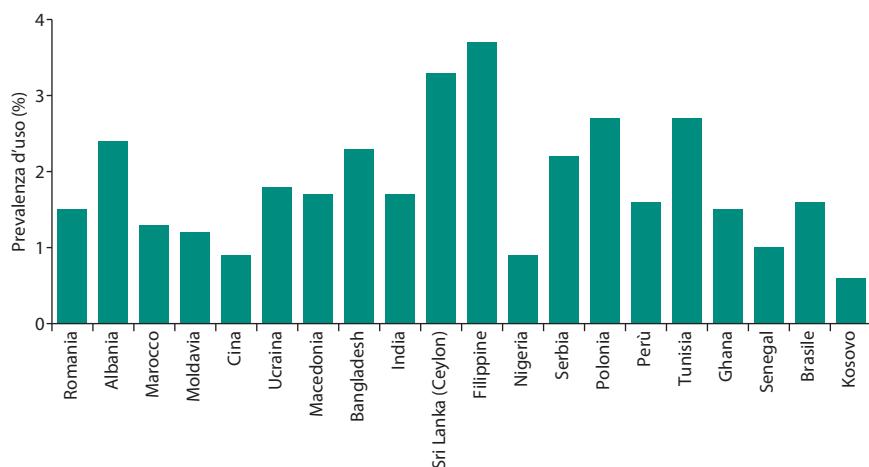
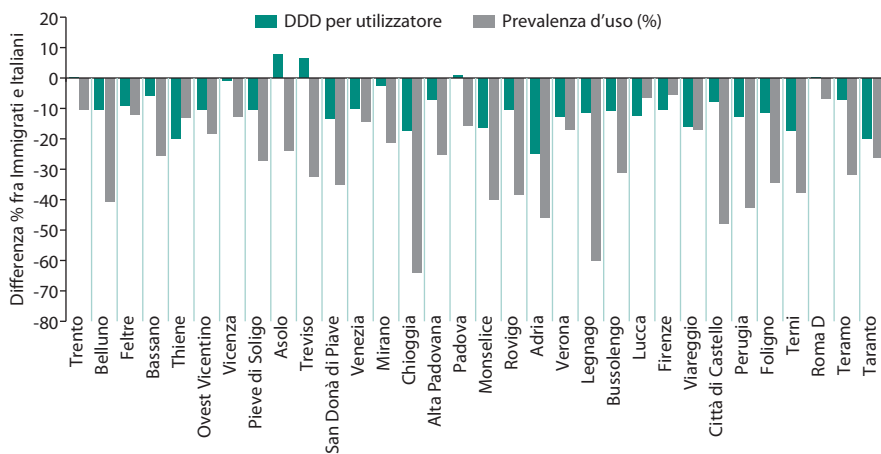


Figura 27. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d'uso di ipolipemizzanti (2011)



■ **Tabella 43.** Prescrizione di ipolipemizzanti per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)

ASL	Prevalenza d'uso (%)		DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani	Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Trento	1,8	2,0	270	269	0
Belluno	1,6	2,7	235	262	-10
Feltre	1,8	2,0	221	243	-9
Bassano	1,3	1,8	212	224	-6
Thiene	2,2	2,5	199	249	-20
Ovest Vicentino	1,8	2,2	223	249	-10
Vicenza	1,9	2,2	242	244	-1
Pieve di Soligo	1,1	1,6	236	263	-10
Asolo	1,6	2,0	276	256	8
Treviso	1,5	2,2	268	252	6
San Donà di Piave	2,0	3,1	251	290	-13
Venezia	1,7	2,0	238	265	-10
Mirano	1,4	1,8	238	244	-2
Chioggia	0,8	2,2	211	255	-17
Alta Padovana	1,9	2,5	220	237	-7
Padova	1,8	2,2	247	245	1
Monselice	1,6	2,7	205	245	-16
Rovigo	1,3	2,1	203	226	-10
Adria	1,4	2,5	204	272	-25
Verona	1,8	2,2	219	251	-13
Legnago	0,9	2,2	232	261	-11
Bussolengo	1,2	1,7	229	257	-11
Lucca	1,6	1,7	205	233	-12
Firenze	2,2	2,3	215	240	-10
Viareggio	1,8	2,1	196	233	-16
Città di Castello	1,1	2,1	232	252	-8
Perugia	1,3	2,2	205	234	-13
Foligno	1,3	2,1	203	228	-11
Terni	1,8	2,9	179	216	-17
Roma D	6,8	7,3	210	209	0
Teramo	2,1	3,1	184	198	-7
Taranto	2,6	3,5	166	207	-20

Antibiotici

Gli antibiotici sono la categoria terapeutica con più elevata prevalenza d'uso nella popolazione in studio: 31,9% negli immigrati e 36,6% negli italiani. L'intensità di trattamento è invece superiore di circa l'8% nella popolazione immigrata (Tabella 44). Questa differenza di durata di trattamento non riguarda tuttavia i singoli antibiotici più prescritti e deve essere attribuita al fatto che i pazienti immigrati ricevono più spesso sostanze diverse nel corso dell'anno e quindi un maggior numero di confezioni (Tabella 45). La maggiore intensità di trattamento nella popolazione immigrata si concentra nelle fasce di età centrali, mentre la maggiore prevalenza d'uso nella popolazione italiana è presente in tutte le fasce di età (Figura 28). L'associazione amoxicillina + acido clavulanico si pone in entrambe le popolazioni al primo posto in termini di prevalenza e intensità d'uso. Tra le prime dieci sostanze sono presenti tre chinoloni (ciprofloxacina, levofloxacina e prulifloxacina); i chinoloni sono una delle categorie di antibiotici che pone i maggiori problemi sulla induzione e gestione dell'antibiotico-resistenza. Infatti, l'Italia si colloca ai primi posti in Europa in termini di prescrizione territoriale e ospedaliera, mentre al contempo aumentano le resistenze di microrganismi Gram negativi

■ **Tabella 44.** Prescrizione di antibiotici per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)

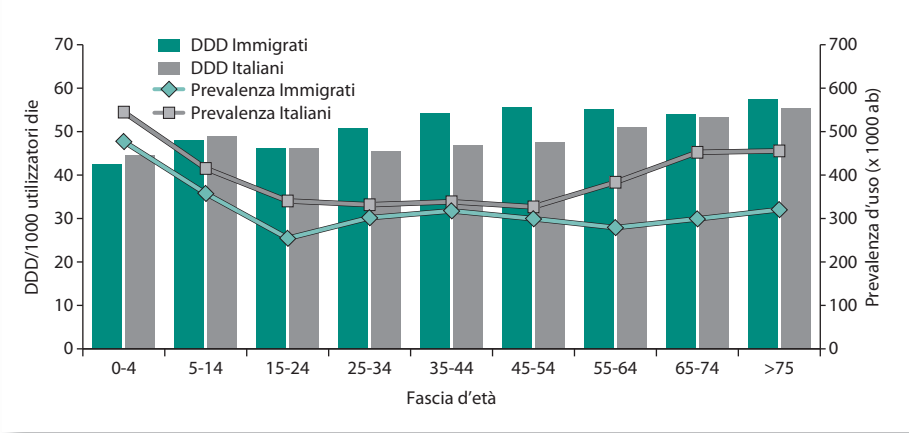
Categorie e sostanze	Prevalenza d'uso (%)		Età media immigrati	Rapporto M/F immigrati	DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani			Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Ass. di penicilline (compresi gli inibitori delle beta lattamasi) e penicilline res. beta lattamasi	15,5	16,9	29	0,97	17	16	4
Macrolidi e lincosamidi	9,7	12,4	29	0,90	12	11	5
Penicilline ad ampio spettro e penicilline sensibili alle beta lattamasi	7,3	6,4	24	0,89	15	14	7
Chinoloni	5,5	6,1	41	0,75	8	8	1
Cefalosporine orali	4,4	6,0	25	0,94	8	8	-3
Tetraciline	0,7	0,7	34	0,65	21	22	-4
Cefalosporine im/ev III-IV gen	0,6	0,8	40	0,75	4	4	-1
Sulfonamidi e trimetoprim	0,5	0,5	36	0,78	13	12	6

Segue ➔

■ **Tabella 44.** Segue

Categorie e sostanze	Prevalenza d'uso (%)		Età media immigrati	Rapporto M/F immigrati	DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani			Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Antibiotici	31,9	36,6	30	0,91	19	17	8
amoxicillina+acido clavulanico	15,5	16,9	29	0,97	17	16	4
amoxicillina	7,0	6,1	24	0,91	16	15	7
claritromicina	5,5	6,3	29	0,97	14	14	2
azitromicina	4,1	6,2	28	0,86	7	7	0
ciprofloxacina	2,6	2,8	41	0,71	6	7	-2
cefixima	2,3	3,0	27	0,90	7	7	-1
levofloxacina	2,2	2,5	42	0,87	9	9	1
cefpodoxima	0,6	1,0	16	1,10	5	5	-6
ceftibuten	0,6	0,8	25	0,96	8	8	-1
prulifloxacina	0,5	0,5	42	0,75	7	7	2

Figura 28. Andamento della prevalenza e dell'intensità d'uso di antibiotici per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)



come ad esempio l'*Escherichia Coli*. Nei 20 Paesi maggiormente rappresentati in Italia, con l'eccezione dei cittadini cinesi e kosovari, la prevalenza d'uso è relativamente uniforme e compresa fra il 30 e il 40% degli assistibili (Figura 29). Anche la variabilità fra ASL è relativamente simile per le due popolazioni a confronto. Inoltre, le differenze di prevalenza fra immigrati e italiani che si osservano in ciascuna ASL sono meno forti della variabilità fra ASL per entrambe le popolazioni (Figura 30 e Tabella 46).

■ **Tabella 45.** Intensità d'uso di antibiotici nella popolazione immigrata e italiana (2011)

	Pz/ut	DDD/ut	Ut 1 pz (%)
Immigrati	3,1	18,5	41,5
Italiani	2,6	17,2	42,2

Pz/ut = confezioni per utilizzatore; DDD/ut = DDD per utilizzatore; Ut 1 pz = Utilizzatori con 1 confezione

Figura 29. Prevalenza d'uso di antibiotici nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)

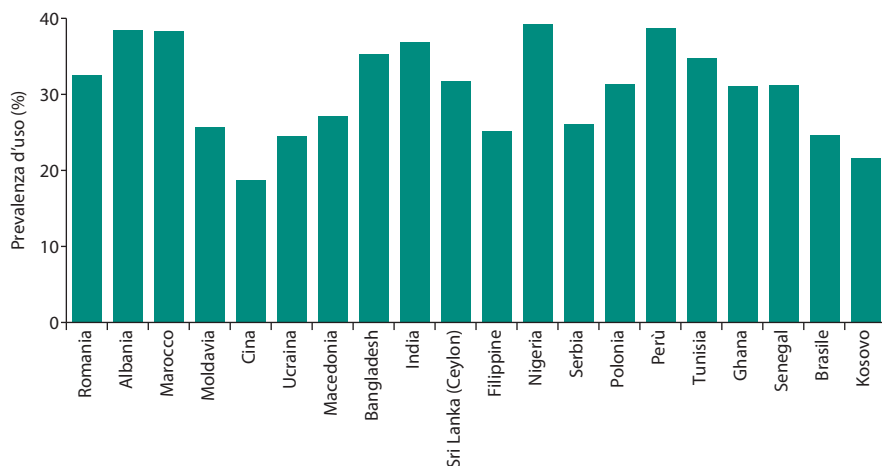


Figura 30. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d’uso di antibiotici (2011)

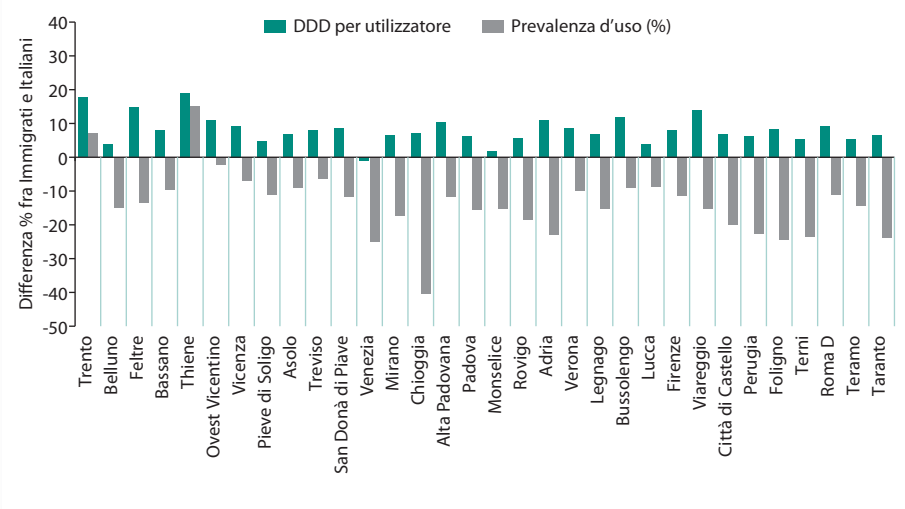


Tabella 46. Prescrizione di antibiotici per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)

ASL	Prevalenza d'uso (%)		DDD per utilizzatore		Δ %
	Immigrati	Italiani	Immigrati	Italiani	
Trento	35,1	32,8	20	17	18
Belluno	24,6	28,9	17	16	4
Feltre	25,6	29,6	18	16	15
Bassano	29,6	32,8	17	15	8
Thiene	32,8	28,5	18	15	19
Ovest Vicentino	34,3	35,1	17	16	11
Vicenza	31,5	33,8	17	16	9
Pieve di Soligo	28,5	32,0	17	16	5
Asolo	29,3	32,2	18	17	7
Treviso	29,6	31,6	18	17	8
San Donà di Piave	31,2	35,4	18	16	9
Venezia	22,2	29,6	16	16	-1
Mirano	30,6	37,1	18	17	7

Segue ➔

■ **Tabella 46.** Segue

ASL	Prevalenza d'uso (%)		DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani	Immigrati	Italiani	Δ %
Chioggia	23,3	39,1	18	17	7
Alta Padovana	27,7	31,3	19	17	10
Padova	28,1	33,3	18	17	6
Monselice	32,7	38,6	17	17	2
Rovigo	32,5	39,9	17	16	6
Adria	31,9	41,3	18	16	11
Verona	30,8	34,1	19	18	9
Legnago	32,8	38,7	18	17	7
Bussolengo	31,4	34,5	19	17	12
Lucca	40,3	44,1	18	18	4
Firenze	35,6	40,2	19	17	8
Viareggio	33,3	39,4	18	16	14
Città di Castello	37,8	47,1	20	18	7
Perugia	33,8	43,6	20	18	6
Foligno	34,0	44,9	20	18	8
Terni	33,5	43,8	19	18	5
Roma D	33,0	37,1	20	18	9
Teramo	41,5	48,4	18	17	5
Taranto	36,2	47,6	19	18	7

FANS

I farmaci antiinfiammatori non steroidei sono una delle categorie terapeutiche con livelli di utilizzo più elevati nella popolazione immigrata rispetto a quella italiana. Questo vale sia in termini di prevalenza d’uso (11,3% rispetto a 8,3%) che di intensità di trattamento (Tabella 47). Non vi sono invece differenze di rilievo nel ranking dei principi attivi utilizzati, anche se non è rassicurante l’elevata prevalenza di ketoprofene, che viene considerato tra i FANS con un rischio medio-elevato di gastrolesività.

I maggiori livelli di intensità d’uso di FANS negli immigrati riguardano tutte le fasce di età, e si riflettono in termini sia di confezioni che di dosi per utilizzatore. La prescrizione di farmaci di questa categoria è per un uso prevalentemente acuto, un paziente su due, infatti, ha ricevuto nel corso dell’anno una sola confezione, con una durata di trattamento media di circa un mese (Figura 31 e Tabella 48). Tuttavia, nelle fasce di età più avanzate la prevalenza è superiore nella popolazione italiana. Il maggiore utilizzo di FANS che si osserva negli immigrati potrebbe anche essere spiegato da un minore

■ **Tabella 47.** Prescrizione di FANS per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)

Categorie e sostanze	Prevalenza d’uso (%)		Età media immigrati	Rapporto M/F immigrati	DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani			Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Altri FANS per via sistemica	10,4	7,4	43	0,90	36	28	29
Anti-cox2	1,3	0,9	48	0,67	54	48	12
Ketorolac	0,5	0,6	43	0,84	6	7	-7
FANS	11,3	8,3	44	0,89	40	31	29
diclofenac	3,2	2,3	44	0,98	26	20	30
ketoprofene	3,1	1,8	42	0,93	31	22	40
ibuprofene	2,4	1,4	44	0,85	23	21	9
nimesulide	2,4	1,7	44	0,91	28	26	7
etoricoxib	1,0	0,7	47	0,72	53	47	14
aceclofenac	0,6	0,3	46	0,91	28	24	14
ketorolac	0,5	0,6	43	0,84	6	7	-7
pirossicam	0,5	0,5	45	0,86	24	18	32
naprossene	0,4	0,3	43	0,77	49	49	0
dexibuprofene	0,3	0,2	44	0,87	22	19	15

ricorso all'acquisto diretto di farmaci di classe C o di automedicazione (ma non sono disponibili informazioni individuali per verificare questa ipotesi).

Nei 20 Paesi maggiormente rappresentati in Italia, si osserva una differenza di quasi quattro volte nella prevalenza d'uso, con i livelli minori nella popolazione cinese e i più elevati in quella di origine marocchina (Figura 32). Una grande variabilità si osserva anche fra le ASL, con differenze che sono addirittura superiori all'interno della popolazione italiana: ad esempio, nelle ASL esaminate, la prevalenza d'uso varia dal 5,4% della ASL di Pieve di Soligo al 26% di Taranto (Figura 33 e Tabella 49). Come già rilevato sopra, anche in questo caso bisogna tenere presente il possibile effetto di sostituzione fra prescrizione SSN e acquisto privato che non è uniforme a livello nazionale.

Figura 31. Andamento della prevalenza e dell'intensità d'uso di FANS per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)

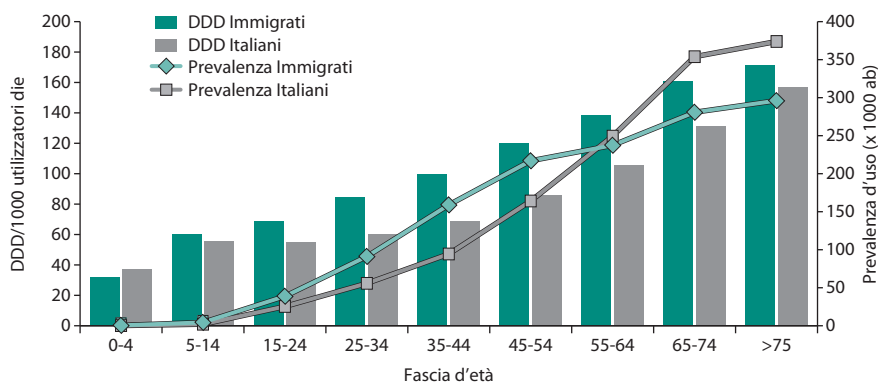


Tabella 48. Intensità d'uso di FANS nella popolazione immigrata e italiana (2011)

	Pz/ut	DDD/ut	Ut 1 pz (%)
Immigrati	2,9	39,7	50,5
Italiani	2,1	30,8	57,9

Pz/ut = confezioni per utilizzatore; DDD/ut = DDD per utilizzatore; Ut 1 pz = Utilizzatori con 1 confezione

Figura 32. Prevalenza d'uso di FANS nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)

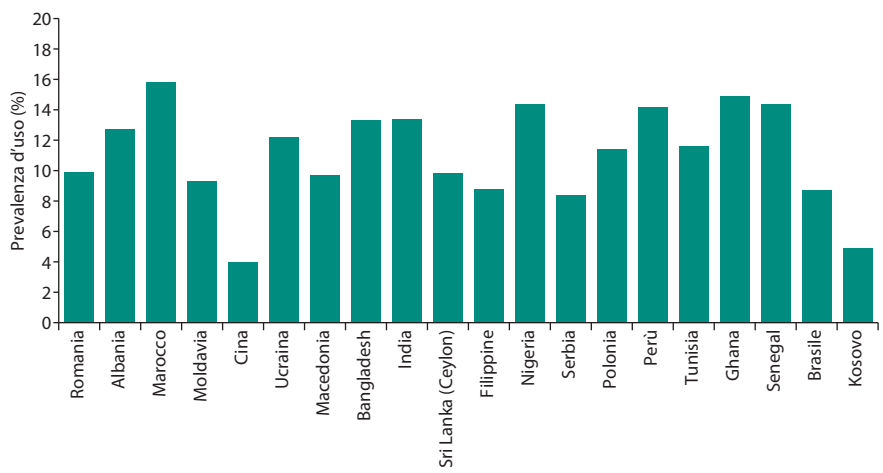
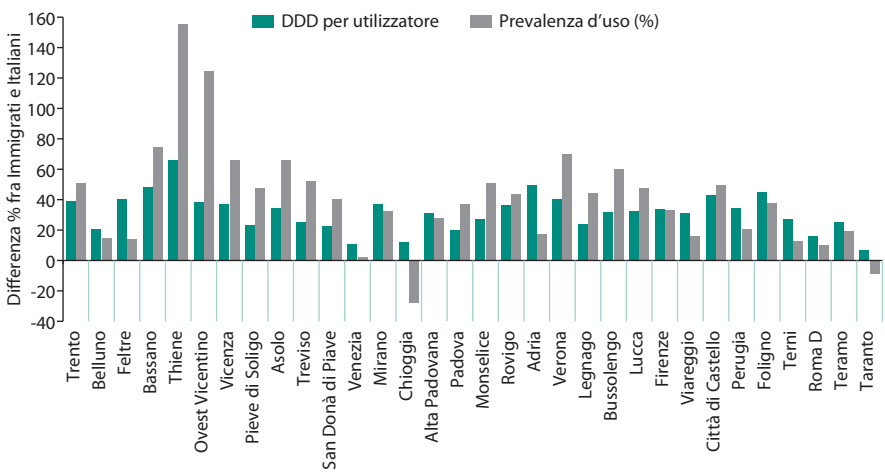


Figura 33. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d'uso di FANS (2011)



■ **Tabella 49.** Prescrizione di FANS per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)

ASL	Prevalenza d'uso (%)		DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani	Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Trento	10,5	7,0	46	33	39
Belluno	8,3	7,2	38	31	21
Feltre	9,3	8,2	46	32	41
Bassano	9,6	5,5	42	29	48
Thiene	16,2	6,3	42	26	66
Ovest Vicentino	12,4	5,5	40	29	39
Vicenza	9,9	6,0	37	27	37
Pieve di Soligo	8,0	5,4	39	32	23
Asolo	10,3	6,2	43	32	34
Treviso	9,8	6,4	43	34	26
San Donà di Piave	14,3	10,2	45	36	23
Venezia	10,0	9,8	38	34	11
Mirano	10,7	8,1	40	29	37
Chioggia	7,0	9,6	33	30	12
Alta Padovana	7,2	5,6	39	30	31
Padova	8,5	6,2	39	33	20
Monselice	12,4	8,2	41	32	27
Rovigo	13,8	9,6	46	34	37
Adria	11,1	9,4	40	27	49
Verona	10,0	5,9	41	29	41
Legnago	8,3	5,8	39	32	24
Bussoleto	9,4	5,9	38	29	32
Lucca	9,9	6,7	35	26	32
Firenze	12,7	9,5	35	26	34
Viareggio	16,6	14,3	41	31	31
Città di Castello	12,2	8,2	37	26	43
Perugia	10,4	8,6	36	26	35
Foligno	12,6	9,1	41	28	45
Terni	13,6	12,0	35	27	27
Roma D	20,7	18,8	44	38	16
Teramo	15,3	12,8	33	26	25
Taranto	23,8	26,0	44	42	7

Antidepressivi

La prevalenza d’uso di antidepressivi è pari al 2,0% nella popolazione immigrata, circa la metà di quella italiana, con una intensità di trattamento di circa il 36% più bassa: 140 DDD per utilizzatore vs 219 (Tabella 50). Solo per i triciclici la frequenza di utilizzo è paragonabile tra le coorti, anche se la durata della terapia rimane inferiore tra gli immigrati. La paroxetina risulta il principio attivo con la più alta esposizione, seguito da escitalopram. Quest’ultima sostanza, ancora coperta da brevetto, ha una spesa per giornata di terapia tripla rispetto al citalopram, il cui brevetto è scaduto nel 2004.

Intensità e prevalenza d’uso crescono con l’età in entrambe le coorti, anche se la prevalenza è molto maggiore nella popolazione italiana nelle fasce di età più avanzate (Figura 34). La minor durata delle terapie negli immigrati emerge anche nel numero di confezioni ricevute nel corso dell’anno (6,9 vs 9,1) e nel numero di giorni di trattamento (140 vs 219) e potrebbe essere interpretato come ridotta persistenza al trattamento, attribuibile anche alla minor stanzialità di questa popolazione, o come inferiore copertura terapeutica, legata in parte ad una maggior difficoltà nell’accettazione di un disagio psicologico/psichiatrico (Tabella 51). Infine, in alcuni casi la prescrizione di an-

■ **Tabella 50.** Prescrizione di antidepressivi per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)

Categorie e sostanze	Prevalenza d’uso (%)		Età media immigrati	Rapporto M/F immigrati	DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani			Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Antidepressivi-SSRI	1,4	3,0	44	0,35	157	220	-29
Antidepressivi-altri	0,4	0,9	45	0,43	123	183	-33
Antidepressivi-triciclici	0,4	0,4	42	0,39	33	63	-48
Antidepressivi	2,0	3,9	43	0,37	140	219	-36
paroxetina	0,5	1,0	43	0,36	129	175	-26
escitalopram	0,4	0,8	43	0,32	163	213	-23
amitriptilina	0,3	0,3	42	0,33	29	38	-24
citalopram	0,3	0,5	44	0,34	132	182	-28
sertralina	0,2	0,5	44	0,35	179	266	-33
venlafaxina	0,2	0,4	44	0,38	131	204	-36
duloxetina	0,1	0,2	46	0,42	133	190	-30
fluoxetina	0,1	0,2	43	0,30	139	206	-32
mirtazapina	0,1	0,1	46	0,55	134	160	-16
trazodone	0,1	0,1	49	0,42	29	48	-40

tidepressivi è tracciante non solo di problemi psicologici ma anche di problemi sociali che trovano la strada della “medicalizzazione”. In questo senso è atteso che vi sia minore continuità delle cure, in quanto la risposta prescrittiva nei confronti di un bisogno psico-sociale potrebbe non essere del tutto appropriata. Tra i 20 Paesi maggiormente rappresentati in Italia, si osserva una differenza di circa 14 volte nella prevalenza d’uso, con i livelli minori nella popolazione cinese e i più elevati in quella brasiliana (Figura 35). Questa variabilità non è probabilmente espressione di diversità nei tassi di depressione ma di una minor accessibilità ai trattamenti e, più in generale, ai servizi sanitari di alcuni gruppi etnici. In aggiunta, potrebbe anche trattarsi di modalità differenti di esprimere il disagio psicologico, per cui alcune popolazioni potrebbero indurre più frequentemente una risposta farmacologica (prescrizione di antidepressivi). Il livello di variabilità tra le ASL è della stessa entità per immigrati e italiani (Tabella 52). Nella popolazione immigrata la prevalenza varia tra l’1,0% di Chioggia e il 3,9% di Viareggio, mentre tra gli italiani si passa dal 2,5% di Chioggia e Adria all’8,3% di Viareggio. In generale, l’attesa maggior prevalenza d’uso di antidepressivi nelle ASL toscane che accomuna immigrati e italiani è espressione di una forte tradizione accademica in questo senso.

Figura 34. Andamento della prevalenza e dell’intensità d’uso di antidepressivi, per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)

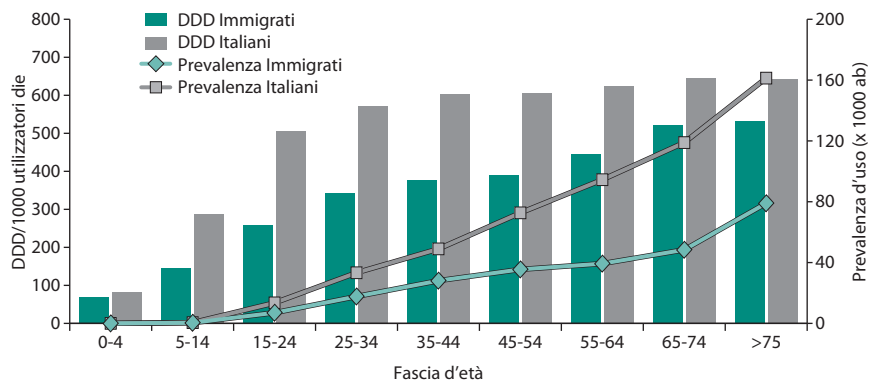


Tabella 51. Intensità d’uso di antidepressivi nella popolazione immigrata e italiana (2011)

	Pz/ut	DDD/ut	Ut 1 pz (%)
Immigrati	6,9	140,4	25,9
Italiani	9,1	218,6	14,3

Pz/ut = confezioni per utilizzatore; DDD/ut = DDD per utilizzatore; Ut 1 pz = Utilizzatori con 1 confezione

Figura 35. Prevalenza d'uso di antidepressivi per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)

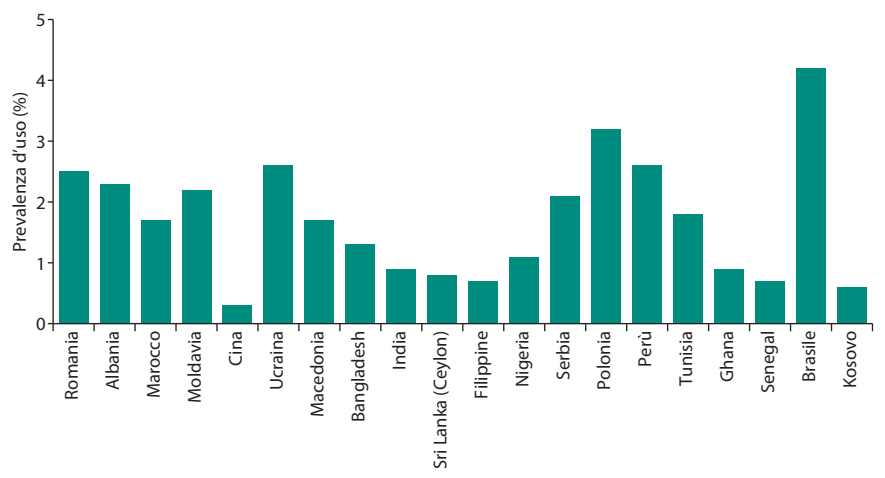
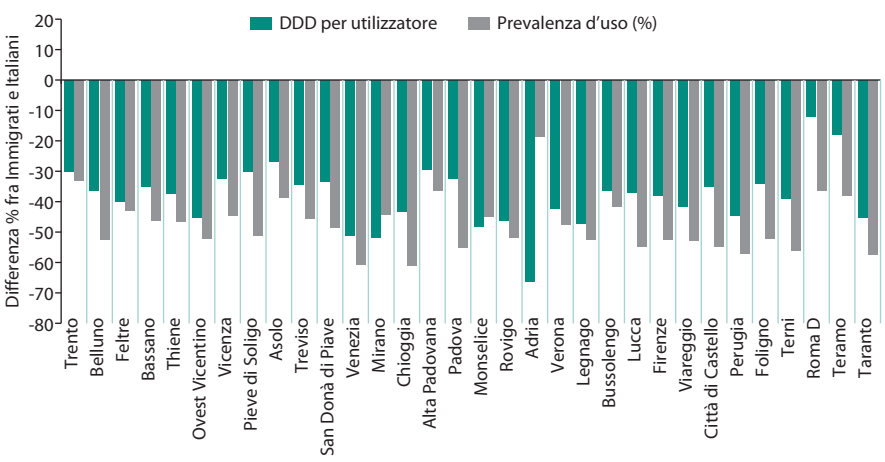


Figura 36. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d'uso di antidepressivi (2011)



■ **Tabella 52.** Prescrizione di antidepressivi per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)

ASL	Prevalenza d'uso (%)		DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani	Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Trento	2,2	3,3	155	223	-30
Belluno	2,2	4,7	121	191	-36
Feltre	2,4	4,2	119	199	-40
Bassano	1,7	3,1	138	212	-35
Thiene	2,5	4,7	134	213	-37
Ovest Vicentino	1,7	3,6	126	231	-45
Vicenza	1,9	3,4	142	211	-32
Pieve di Soligo	1,4	2,9	171	245	-30
Asolo	1,6	2,5	174	238	-27
Treviso	1,5	2,7	121	184	-34
San Donà di Piave	1,5	3,0	138	208	-33
Venezia	1,2	3,2	97	198	-51
Mirano	1,5	2,8	106	220	-52
Chioggia	1,0	2,6	123	217	-43
Alta Padovana	2,1	3,2	160	227	-29
Padova	1,7	3,8	150	221	-32
Monselice	2,0	3,7	125	241	-48
Rovigo	1,7	3,6	122	227	-46
Adria	2,0	2,5	100	296	-66
Verona	1,6	3,0	127	220	-42
Legnago	1,5	3,2	134	255	-47
Bussolengo	1,7	3,0	146	228	-36
Lucca	3,1	6,8	133	212	-37
Firenze	2,8	5,9	151	243	-38
Viareggio	3,9	8,3	127	217	-42
Città di Castello	2,1	4,7	128	198	-35
Perugia	1,9	4,4	114	205	-45
Foligno	2,2	4,5	140	212	-34
Terni	2,3	5,1	123	202	-39
Roma D	3,3	5,1	173	197	-12
Teramo	2,4	3,8	151	184	-18
Taranto	1,7	4,0	114	208	-45

Antiasmatici

La prevalenza d’uso dei farmaci antiasmatici è dell’8,1% nella popolazione immigrata e del 12,2% negli italiani (Tabella 53). A fronte di questa minore prevalenza fra gli immigrati si osserva un trattamento più persistente, con ciascun utilizzatore di antiasmatici che ha ricevuto in media una durata di terapia più lunga del 21%.

L’andamento per fasce di età rende evidente che in entrambe le popolazioni la maggiore prevalenza d’uso si raggiunge nei bambini (tra il 24% negli immigrati e il 33% ne-

■ **Tabella 53.** Prescrizione di antiasmatici per categoria terapeutica e per sostanza nella popolazione immigrata (2011)

Categorie e sostanze	Prevalenza d’uso (%)		Età media immigrati	Rapporto M/F immigrati	DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani			Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Antinfiammatori - cortisonici inalatori	5,3	8,9	22	0,94	33	30	10
Broncodilatatori - beta2 agonisti	2,9	3,9	20	1,28	38	39	-2
Beta2 agonisti in ass.	2,4	2,6	36	1,09	92	73	25
Antagonisti dei recettori leucotrienici	0,4	0,6	27	1,24	96	100	-4
Broncodilatatori - anticolinergici	0,2	0,3	47	1,15	139	127	9
Antiasmatici	8,1	12,2	26	1,01	72	59	21
beclometasone	3,8	6,3	23	0,89	30	27	12
salbutamolo	2,7	3,7	19	1,28	33	33	0
salmeterolo+fluticasone	1,0	0,8	41	1,19	122	106	15
beclometasone+salbutamolo	0,8	1,2	26	0,95	33	30	11
beclometasone+formoterolo	0,8	0,8	41	1,09	99	91	9
budesonide	0,7	1,3	15	1,22	30	29	5
flunisolide	0,6	1,1	18	0,99	34	32	5
fluticasone	0,4	0,8	20	1,34	34	32	6
montelukast	0,4	0,6	27	1,25	96	100	-4
tiotropio	0,1	0,1	56	1,47	153	159	-4

gli italiani), nei quali è più alta l'incidenza di wheezing trattati con farmaci antiasmatici. Si conferma poi in tutte le fasce di età una prevalenza d'uso più alta nella popolazione italiana. La durata di terapia cresce invece con l'età, mentre la minore durata di terapia che si osserva nella popolazione italiana è da attribuire innanzitutto ad un maggior numero di soggetti che ricevono prescrizioni sporadiche, il che spiega sia la maggiore prevalenza che la minore intensità d'uso fra i cittadini italiani (Figura 37 e Tabella 54). L'uso di questi farmaci è prevalentemente sintomatico, la proporzione di utilizzatori sporadici è infatti di circa il 50% in entrambe le popolazioni.

Anche per questa categoria terapeutica si conferma una minore prevalenza d'uso nella popolazione di origine cinese, e si osservano differenze fra gli immigrati di diversi Paesi di circa 3 volte (Figura 38). La variabilità è molto consistente anche a livello di ASL (Figura 39 e Tabella 55). Nella popolazione immigrata la prevalenza varia fra il 5,7% della ASL Alta Padovana e di Viareggio, mentre fra gli italiani si passa dall'8,1% di Thiene al 17,6% di Rovigo.

Figura 37. Andamento della prevalenza e dell'intensità d'uso di antiasmatici per età nella popolazione immigrata e italiana (2011)

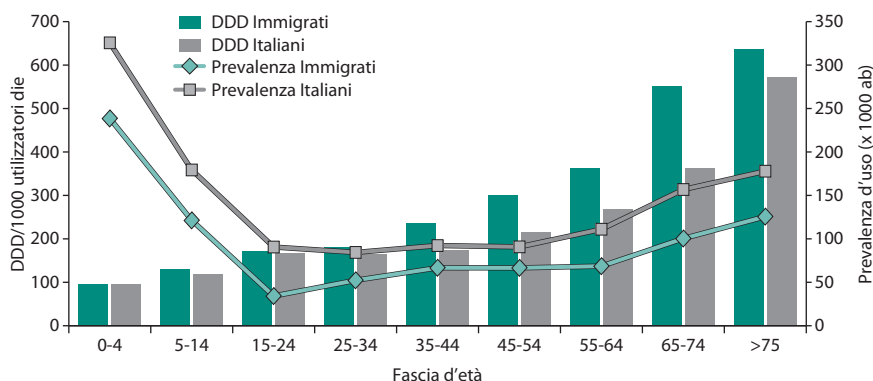


Tabella 54. Intensità d'uso di antiasmatici nella popolazione immigrata e italiana (2011)

	Pz/ut	DDD/ut	Ut 1 pz (%)
Immigrati	3,5	71,7	47,9
Italiani	2,6	59,1	54,9

Pz/ut = confezioni per utilizzatore; DDD/ut = DDD per utilizzatore; Ut 1 pz = Utilizzatori con 1 confezione

Figura 38. Prevalenza d'uso di antiasmatici nella popolazione immigrata per cittadinanza (primi 20 Paesi per numero di residenti - 2011)

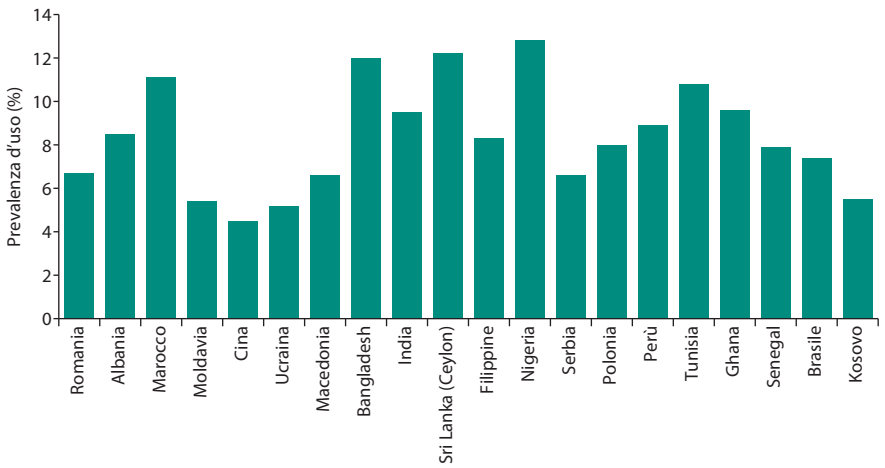
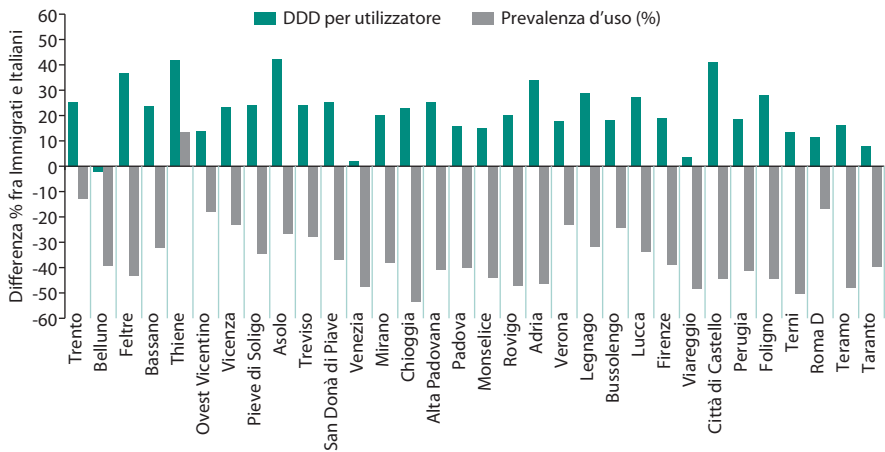


Figura 39. Variabilità per ASL nel consumo (DDD per utilizzatore) e nella prevalenza d'uso di antiasmatici (2011)



■ **Tabella 55.** Prescrizione di antiasmatici per ASL nella popolazione immigrata e italiana (2011)

ASL	Prevalenza d'uso (%)		DDD per utilizzatore		
	Immigrati	Italiani	Immigrati	Italiani	Δ % Imm-Ita
Trento	11,0	12,7	75	60	25
Belluno	6,5	10,6	61	63	-2
Feltre	7,3	12,8	80	58	36
Bassano	7,7	11,3	67	54	24
Thiene	9,2	8,1	97	69	42
Ovest Vicentino	10,0	12,2	68	60	14
Vicenza	8,5	11,1	68	55	23
Pieve di Soligo	8,7	13,3	67	54	24
Asolo	9,7	13,3	66	47	42
Treviso	9,5	13,3	65	52	24
San Donà di Piave	7,5	11,8	62	50	25
Venezia	6,0	11,3	67	66	2
Mirano	9,1	14,7	58	48	20
Chioggia	5,9	12,6	72	59	23
Alta Padovana	5,7	9,7	86	68	25
Padova	8,1	13,5	66	57	16
Monselice	9,1	16,1	65	57	15
Rovigo	9,3	17,6	65	54	20
Adria	8,0	14,8	57	42	34
Verona	8,5	11,0	78	67	18
Legnago	8,8	12,9	83	64	29
Bussolengo	7,8	10,3	85	72	18
Lucca	8,7	13,1	75	59	27
Firenze	6,0	9,9	80	68	19
Viareggio	5,7	11,0	81	78	4
Città di Castello	6,9	12,4	67	47	41
Perugia	6,8	11,6	61	51	19
Foligno	6,8	12,1	71	55	28
Terni	6,1	12,3	63	55	13
Roma D	10,4	12,5	93	83	12
Teramo	9,0	17,1	55	47	16
Taranto	9,6	15,9	64	60	8

Conclusioni

La logica definita nell'introduzione, e con la quale si è cercato di rimanere coerenti lungo tutto il rapporto, era quella di fare un primo passo, assolutamente dovuto, per colmare un vuoto-silenzio su un aspetto dell'assistenza sanitaria e dei diritti di cittadinanza della popolazione immigrata qual è l'epidemiologia dei trattamenti farmacologici rimborsabili dal SSN.

- Il "profilo" quali-quantitativo che emerge dal rapporto corrisponde sostanzialmente alle attese:
 - una importante variabilità di esposizione a farmaci tra le diverse componenti etniche della migrazione;
 - una complessiva minore intensità di trattamento rispetto alla popolazione italiana, come espressione perfettamente coerente dell'"effetto migrante sano", derivante dall'"healthy workers effect" ben noto nelle popolazioni lavorative; e per il fatto che le malattie croniche più gravi (un'eccezione in questa fascia d'età) sono più facilmente causa (per migranti senza famiglia) di un ritorno più o meno temporaneo nel Paese di origine (cosiddetto "effetto salmone").
- Per definizione, l'esposizione ai farmaci può rappresentare solo molto parzialmente il carico di morbidità e di assistenza: in questo senso una delle più immediate e necessarie "conseguenze" di questo rapporto sarà la produzione di profili assistenziali a partire dall'integrazione dei diversi database disponibili per cittadini iscritti al SSN, in primo luogo quelli delle ospedalizzazioni. È chiaro d'altra parte che per questa popolazione giovane gli eventi che richiedono ospedalizzazione (se si escludono gravidanze ed incidenti) sono particolarmente rari. Ha senso una loro esplorazione solo se mirata per problemi e/o gruppi a rischio (v. ad esempio patologie cardiovascolari e, in misura minore per questa età, patologie oncologiche).
- Un risultato collaterale importante di questo rapporto è la possibilità di dare una risposta (attesa, ma rilevante per la possibilità di una sua quantificazione) alla generica ma ridondante domanda sul se e quanto la popolazione immigrata deve essere considerata un "peso" per il sistema sanitario. La risposta è molto netta: non solo la frequenza delle prescrizioni è bassa, ma i farmaci prevalenti sono nelle fasce di più basso costo (tipicamente "equivalenti"). Ancor più ovvio, anche se altrettanto facilmente e programmaticamente dimenticato, è il fatto che il gettito fiscale di questa popolazione "regolare" è certamente superiore al loro consumo, e fa di questi cittadini dei creditori netti dello stato e dei loro concittadini italiani.
- Nella prospettiva di produrre conoscenze epidemiologiche più mirate ed originali, può essere certamente interessante – prevedendo preferibilmente l'inclusione delle informazioni sociosanitarie derivabili da altre fonti amministrative, e dai MMG ognuno dei quali ha a suo carico, per definizione, un numero molto limitato di individui non-italiani – utilizzare le indicazioni di questo rapporto sulla frequenza e la

tipologia dei problemi per pianificare l'osservazione prospettica longitudinale di coorti rappresentative di problemi "cronici" (dall'ambito cardiovascolare a quello della depressione).

- La disponibilità di dati "rassicuranti" sulla popolazione migrante "regolare" fa apparire ancor più anomala l'assenza di informazioni sistematiche sulle popolazioni di "irregolari" per cui è atteso (e solo occasionalmente oggetto di rilevazione, commento, interventi) uno spettro di situazioni più a rischio, per patologie acute e croniche. L'esperienza di reti estese di monitoraggio epidemiologico-assistenziale, ancor più articolata di quella che ha prodotto questo rapporto, deve trovare modo di assicurare a queste popolazioni almeno una visibilità per quanto riguarda i loro diritti di salute.

Commenti al rapporto: implicazioni di sanità pubblica

Prescrizioni farmaceutiche: implicazioni per le politiche sull'immigrazione

► È necessario esercitare l'impegno politico quando le discipline tecniche sono giunte alle loro conclusioni, per trasporne la portata su un piano più generale. Grazie a questo collegamento, il riferimento alla sanità, e in particolare alle prescrizioni farmaceutiche per la popolazione immigrata, può portare a fruttuose indicazioni operative.

Innanzitutto, questo collegamento consente di ridimensionare il luogo comune sugli immigrati come un pozzo senza fondo, che pesa con i suoi costi sulla società e sulla sanità. Questo pregiudizio ricorrente, purtroppo anche in ambiti presso i quali sarebbe fondato presupporre una conoscenza meno approssimativa, genera o rafforza l'idea dell'immigrato come una persona che abusa del nostro sistema sanitario, attingendo ad esso più di quanto non concorra per sostenerlo finanziariamente. È difficile dimensionare questa immagine, che si dà per scontata evitando di confrontarsi sul piano del ragionamento.

Pertanto, è doveroso insistere sulla necessità di una corretta informazione fin dall'origine, innanzitutto a livello scientifico: a questo riguardo vanno ringraziate le strutture promotrici della presente indagine e tutti gli operatori sanitari impegnati nella stessa direzione, a livello sia pubblico sia del privato sociale.

Ma non va trascurato il complemento necessario a livello di divulgazione. Le strategie di disseminazione vengono denominate, talvolta, di volgarizzazione, quasi che la presentazione dei risultati conoscitivi a persone che non fanno parte dell'ambito scientifico comporti di per sé la superficialità. Si confonde, in questo modo, semplificazione e banalizzazione e si accredita della scienza medica e farmaceutica un'idea elitaria, da far discendere dall'alto sulla popolazione e non da condividere. Questa è una ragione non trascurabile dei limitati successi delle politiche sanitarie.

Un più razionale utilizzo dei farmaci sarebbe di grande aiuto alla politica di contenimento della spesa sanitaria, che già attualmente il Paese fa fatica a reggere e che, a fronte di un accentuato processo di invecchiamento, sarà del tutto insostenibile senza opportuni accorgimenti. È vero che la salute è un diritto fondamentale per tutti, ma la razionalizzazione è d'obbligo per evitare fratture tra obiettivi da raggiungere e risorse per arrivarvi. Attualmente, a dire il vero, gli immigrati hanno meno colpe e, anzi, un maggiore ricorso all'assistenza farmaceutica varrebbe a ridimensionare i successivi e più costosi interventi, in particolare quelli ospedalieri.

Le politiche efficaci sono quelle più inclusive, che si mostrano in grado di coinvolgere tutti i cittadini, anche quelli venuti da altri Paesi e insediati in maniera permanente, mediando con le loro culture. In un mondo accerchiato dai disastri ambientali, dove è a

rischio il futuro delle generazioni successive, la sobrietà è, nello stesso tempo, una “politica verde” e anche una “politica efficace”, perché evita sprechi e assicura funzionalità. Queste prospettive sono prioritarie, ma hanno bisogno di essere spiegate per poter essere condivise. Serve una strategia di sensibilizzazione transculturale, che consenta di raggiungere tutti gli immigrati, spiegando i termini della questione. Con questo volume si è fatto un passo in avanti, ma devono seguire le azioni sul campo.

Franco Pittau

Centro Studi e Ricerche Idos, Redazione Dossier Statistico Immigrazione

Diritto alla salute degli immigrati e mutamento dei sistemi di welfare

► Questo rapporto, nel riproporre il tema del diritto alla salute della popolazione immigrata, si inserisce nel più ampio quadro evolutivo dei sistemi di sicurezza sociale, i quali sono sottoposti a riforme e ricalibrature continue, tali da indurre un ripensamento delle forme tradizionali di accesso universalistico alle diverse prestazioni sanitarie.

Nelle società multiculturali e multiethniche affiora sempre più il tema del welfare differenziato, in ordine alle pretese legittime (diritti) avanzate da utenti, gli immigrati regolari e non, questi ultimi non autorizzati sotto il profilo dello status di cittadinanza.

Immigrazione e cittadinanza nei Paesi a tradizione liberal-democratica rappresentano due facce della stessa medaglia: da un lato i diritti fondamentali dei migranti sono riconosciuti a prescindere dalla loro titolarità giuridica, dall'altro lato il valore della cittadinanza è intrinsecamente legato all'idea dello Stato-nazione, così come ereditata dalla cultura occidentale europea. Possono, quindi, esistere diritti a prescindere da confini territoriali? E se sì, quali di essi sono degni di essere riconosciuti come tali. Di qui la distinzione – che proprio in questi ultimi mesi è tornata ad essere oggetto di dibattito pubblico – tra *jus soli* e *jus sanguinis*, distinzione che definisce giuridicamente lo straniero attraverso il diritto secondo il “suolo” e secondo il “sangue”, oltre alla distinzione che separa, per l'appunto, l'uomo dal cittadino.

Benché i dati contenuti in questo rapporto non evidenzino una discriminazione di accesso al farmaco da parte dei cittadini stranieri residenti nel nostro Paese rispetto ai cittadini italiani, confermando la tenuta del dettato costituzionale che intende la salute come interesse della collettività, subordinato però al diritto individuale, rimane ancora da definire quale sia la condizione degli immigrati irregolari.

L'orientamento a favore della necessità di estendere ai migranti diritti universali come la salute è legato alla questione della solidarietà. Tuttavia, nella maggior parte dei Paesi europei, Italia inclusa, l'attore pubblico è portato ad essere meno “generoso” nei confronti degli immigrati rispetto ad altre fasce socialmente deboli come gli anziani, i malati, i disabili e i disoccupati. Anche se, ovviamente, l'atteggiamento solidale nei confronti degli immigrati è più presente in quei Paesi culturalmente più cosmopoliti rispetto ai Paesi “monoculturali”.

Il diritto alla salute degli stranieri irregolari nell'ordinamento italiano parte dalla tutela

costituzionale del diritto di accesso all'assistenza sanitaria, poi sancito nel Testo Unico sull'immigrazione. In questo ambito, non si può non riconoscere al legislatore italiano un impegno orientato a garantire comunque per ogni straniero, anche se "irregolare", un livello essenziale di tutela del diritto. Allo stesso tempo, però, non mancano le criticità: tra queste va innanzitutto rilevato il rischio di modifiche delle parti più qualificanti di tale normativa nell'ambito delle politiche di contrasto all'immigrazione clandestina, nonché l'abbassamento del livello di tutela del diritto alla salute dello straniero a fronte di un provvedimento di espulsione. Non vanno poi dimenticati i problemi di ordine generale che ostacolano, di fatto, l'accesso alle cure dello straniero irregolare, ostacoli di tipo culturale o linguistico nonché al timore, comunque sempre diffuso, che il recarsi presso strutture sanitarie pubbliche possa in qualche modo comportare il rischio di segnalazioni all'autorità pubblica. Eventuali norme giuridiche tali da comportare una maggior incertezza nel contesto sociale e sanitario potrebbero compromettere la fiducia e il rapporto di confidenzialità tra istituzione sanitaria, medico curante, paziente, con conseguenze negative dal punto di vista della salute. Di fatto, quindi, la condizione di irregolarità finisce per essere, di per sé, un ostacolo non secondario nell'accesso all'assistenza sanitaria, a prescindere dalle tutele normative.

L'intento è di mettere in comune competenze diverse, approcci di analisi, materiali di studio e di lavoro, al fine di valorizzare il patrimonio conoscitivo esistente e le varie esperienze presenti su scala internazionale, nazionale, regionale e locale. Intento che è ben presente nel rapporto.

Nicola Pasini

*Coordinatore del settore Salute e Welfare della Fondazione Ismu (www.ismu.org),
Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche, Università degli Studi di Milano*

Il punto di vista di un medico di sanità pubblica

► La tabella A1, dal titolo "Schema semplificato (e non esaustivo) della tipologia della presenza di cittadini non italiani e diritto alla tutela sanitaria" mostra la complessità del quadro normativo circa il diritto alla tutela sanitaria delle persone straniere che a vario titolo si trovano in Italia. In linea generale (semplificando) tutti gli stranieri residenti, in quanto "regolari" e titolari di un permesso di soggiorno, dovrebbero essere iscritti al Servizio Sanitario Nazionale.

Se così fosse, la popolazione in studio di questo rapporto coprirebbe l'intero universo degli stranieri "regolari". In realtà – dai dati raccolti nel recente studio su immigrazione e assistenza sanitaria in Toscana (*Nuti S, Maciocco G, Barsanti S. Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione sociale. Bologna: Il Mulino, 2012*) – esiste un discreto gap tra popolazione straniera residente e popolazione presente nelle anagrafi sanitarie delle ASL. Infatti, il 17% degli stranieri residenti non risulta iscritto al Servizio Sanitario Regionale. Nell'arco temporale 2005-2009 il gap si è tuttavia ridotto avendo toccato nel 2007 la percentuale del 25%.

Da notare inoltre che la differenza si riduce fortemente (6%) nella fascia d'età 6-14 anni, il periodo dell'età scolare, che sembra rappresentare per le famiglie straniere un forte incentivo ai processi d'integrazione.

È verosimile che questo 17% di popolazione mancante non influenzi la rappresentatività del campione, tuttavia sarebbe opportuno esplorare sistematicamente e ovunque il rapporto tra stranieri residenti regolari e stranieri iscritti al SSN, se non altro per capire in che misura il diritto alla tutela sanitaria viene effettivamente esercitato.

Una popolazione straniera che per definizione sfugge allo studio è quella irregolare, che dovrebbe beneficiare dell'assistenza regolata dal codice "STP" (Straniero Temporaneamente Presente). Essendo gli stranieri residenti in Toscana circa 340 mila, il numero atteso di stranieri "irregolari" è tra 30 e 40 mila (ovvero intorno al 10% della popolazione straniera regolare). Nel 2009 sono state rilasciate complessivamente circa 9.000 tessere STP, delle quali l'80% da strutture sanitarie territoriali e il rimanente da presidi ospedalieri. Una quantità nettamente inferiore a quello che uno si aspetterebbe: il motivo di ciò emerge dall'indagine qualitativa svolta dallo studio, ovvero la scarsa informazione su questo tipo di opportunità (sia da parte degli operatori sanitari, che da parte degli immigrati) e anche il timore (sappiamo infondato) di essere segnalati alle autorità in caso di ricorso ai servizi sanitari.

Se tutto funzionasse come prevede la legge (ma ciò così purtroppo non è) nello studio sui farmaci potrebbero essere esaminate anche le ricette con codice STP; il che potrebbe fornire informazioni su una fascia di popolazione immigrata che probabilmente si trova nelle condizioni di maggiore deprivazione materiale e di alto bisogno sanitario. E forse proprio questo è l'impegno per lo sviluppo di questo significativo "Osservatorio".

Gavino Maciocco

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

Le implicazioni che questi dati possono avere per le politiche per l'infanzia

- Con riferimento alla popolazione pediatrica presa in considerazione, l'indagine effettuata è sicuramente interessante perché consente alcune prime riflessioni che meriterebbero un approfondimento. Come si evince dai dati, la coorte è pari a 134 mila ragazzi di cui un quarto è nato all'estero, il 76% è nato in Italia e la metà ha meno di 6 anni. Le prime due evidenti considerazioni sono da un lato che si tratta, quindi, principalmente delle cosiddette seconde generazioni, cioè figli di genitori stranieri ma nati in Italia, dove vivono e frequentano le scuole e che quindi sono "minori stranieri" solo come status giuridico. Tali minori, pur non avendo la cittadinanza italiana (per la quale dovranno attendere, stante la legge attuale, il compimento del 18° anno di età) sono però "assimilabili" ai coetanei italiani in molti contesti socio-culturali, e dall'indagine si evince che tale similitudine è presente anche nell'utilizzo dei farmaci. Infatti, nel rapporto si mette in evidenza come nel corso dell'anno 2011, il 39% dei bambini nati all'estero

ha ricevuto la prescrizione di almeno un farmaco rispetto al 50% dei bambini italiani appaiati per età, sesso e comune di residenza. Invece, nel confronto tra immigrati nati in Italia e italiani ad essi appaiati si nota che, nella fascia 6-11 anni, le differenze si riducono (47% vs 52%).

La seconda considerazione è che si tratta, nella metà dei casi, di minori in ambito pre-scolastico, e quindi laddove si consideri il sistema scolastico obbligatorio come un volano del processo di integrazione, non stupisce il fatto che nella fascia d'età più piccola, quindi prima dell'eventuale accesso alla scuola materna, il divario tra i minori stranieri e italiani sia più elevato. In particolare, la prevalenza nei nati all'estero al di sotto di un anno di età è del 20% rispetto al 40% degli italiani, e per 1 anno di età è del 40% rispetto al 74%. Probabilmente influisce anche il recente percorso migratorio dei genitori, se non altro della madre, in quanto le popolazioni di recente immigrazione hanno più difficoltà ad esprimersi ed hanno maggiori difficoltà ad accedere ai servizi sanitari territoriali, di cui non conoscono le opportunità. Si tratta comunque di un fattore da considerare con attenzione.

Per quanto concerne le cittadinanze ai primi tre posti in termini di numerosità troviamo i cittadini rumeni (17%), i marocchini (16%) e gli albanesi (14%). La prevalenza d'uso nei bambini cinesi è la metà rispetto agli albanesi. Le difficoltà di integrazione di alcune comunità e le loro caratteristiche culturali hanno un'influenza significativa sulla possibilità di accedere ai servizi. Questo è un elemento su cui lavorare, ad esempio sulla fruibilità, anche attraverso l'uso della mediazione culturale, in quanto lo sviluppo di un rapporto fiduciario incide positivamente sulle possibilità di comunicazione e coinvolgimento dei componenti della comunità.

Infine sarebbe importante indagare le differenze su base regionale per poter evidenziare possibili nessi collegati ad approcci regionali differenti.

Arianna Saulini

Save the Children Italia

Il punto di vista del MMG

► Il complesso quadro che esce dall'Osservatorio permette alcune riflessioni utili anche ai medici di famiglia (MMG) che in varia misura hanno fra i propri assistiti una quota di immigrati, qualificati come regolari.

Innanzitutto, la grande variabilità fra regioni e fra ASL e, nell'ambito del consumo e uso di farmaci di consolidata efficacia, fra immigrati regolari e loro importanti sottogruppi.

Tipiche le differenze costanti fra etnia cinese e kosovara versus le altre etnie rappresentate e versus la popolazione italiana. Differenze importanti per quanto attiene una sotto-prescrizione di farmaci per l'apparato cardiovascolare, del sistema nervoso e dell'apparato respiratorio; differenze nella popolazione migrante per un consumo superiore (indotto / richiesto / subito?) per i cosiddetti farmaci di "prima necessità" come i farmaci del tratto alimentare, del sistema muscolo-scheletrico e dei farmaci antiparassitari.

Ma quello che emerge nella “variabilità generale” è quella legata alla scelta/cambiamento / avvicinamento del medico di fiducia, come è in Italia dal 1978 ad oggi, nella medicina della cure primarie, il medico di medicina generale, figura che non si ritrova nei Paesi di origine di gran parte dei nostri immigrati.

Medico che negli anni ha consolidato la tradizione/consuetudine/necessità di lavorare per una sanità di iniziativa, quella che non aspetta il cittadino malato ma interviene spesso con sistemi di richiamo attivo.

In una popolazione di immigrati che portano con sé storie e tradizioni disparate di sistemi (!) sanitari spesso solo tesi alla risoluzione del fatto acuto in ragione della fragilità, della condizione, dei livelli di reddito, delle difficoltà di inserimento, l’attenzione della rete capillare degli ambulatori dei MMG è/dovrà essere quella di farsi carico anche di una comunicazione propositiva di “un’altra sanità”, quella che abbiamo costruito in tanti anni di duro lavoro.

Saffi Giustini

Medico di Medicina Generale ASL n. 3 Pistoia

Approfondimenti bibliografici

- AA VV. Dossier Statistico Immigrazione Caritas Migrantes, XXII Rapporto, 2012.
- AA VV. I diritti sociali degli stranieri. Milano: Utet Giuridica, 2009.
- AA VV. La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. www.ars.marche.it/osservatorio_dis/ (accesso 31 dicembre 2012)
- Andretta M, Cinconze E, Costa E, Da Cas R, Geraci S, Rossi E, Tognoni G, Traversa G. Osservatorio sulla prescrizione farmaceutica alla popolazione immigrata. Caratterizzazione delle coorti e analisi della variabilità regionale. *Giornale Italiano di Farmacia Clinica* 2011; 25(4): 517-26.
- Cataldo F, Geraci S, Sisto MR. Bambini immigrati: tutela legale e politiche socio-sanitarie. *Medico e Bambino* 2011; 30: 306-10.
- Campedelli M, Lepore V, Tognoni G. Epidemiologia di cittadinanza. Welfare, salute, diritti. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2010.
- Geraci S, Bonciani M, Martinelli B. La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali. Roma: Inprinting srl, 2010.
- Gostin LO. A Framework Convention on Global Health. *Health for All, Justice for All*. *JAMA* 2012; 307(19): 2087-92.
- Gruppo di lavoro OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2011. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2012.
- Hogerzeil HV, Samson M, Casanovas JV, Rahmani-Ocora L. Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts? *Lancet* 2006; 368: 305-11.
- Horton R. What does a National Health Service mean in the 21st century? *Lancet* 2008; 371: 2213-18.
- Hossain P, Kavar, B, El Nahas M. Obesity and Diabetes in the Developing World. A Growing Challenge. *N Engl J Med* 2007; 356 (3): 213-15.
- Maciocco G. Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2009.
- Marceca M, Geraci S, Baglio G. Immigrants' health protection: political, institutional and social perspectives at International and Italian level. *IJPH* 2012; 9(3): e7498-11.
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S, on behalf of the Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008; 372: 1661-9.
- Nuti S, Maciocco G, Barsanti S. Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione sociale. Bologna: Il Mulino, 2012.

- Pasini N. Confini irregolari. Cittadinanza sanitaria in prospettiva comparata e multilivello. Milano: Franco Angeli, 2011.
- Rechel B, Mladovsky P, Devillé W. Monitoring migrant health in Europe: A narrative review of data collection practices. *Health Policy* 2012; 105: 10-6.
- Spallek J, Zeeb H, Razum O. What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach. *Emerging Themes in Epidemiology* 2011; doi:10.1186/1742-7622-8-6.
- Yusuf S, Islam S, Chow CK, et al; Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study Investigators. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *Lancet* 2011; 378(9798): 1231-43.
- How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010.
- Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Med* 2011; 8(5): e1001034. doi:10.1371/journal.pmed.1001034

Siti da consultare

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

<http://osservatorioarno.cineca.org/>

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

<http://www.iss.it/esps/>

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

<http://www.saluteinternazionale.info/>

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

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

<http://www.cohemi-project.eu/>

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

http://www.who.int/hac/techguidance/health_of_migrants/en/index.html

<http://www.migrant-health-europe.org/>

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

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

<http://saluteglobale.it/>

<http://www.epicentro.iss.it/>

APPENDICE A

Quadro riepilogativo dell'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata

■ **Tabella A1.** Schema semplificato (e non esaustivo) della tipologia della presenza di cittadini non italiani e diritto alla tutela sanitaria

Tipologia di immigrato	Tipologia di tutela	Note
Straniero regolare con permesso di soggiorno - pds (o visto) che richiama lavoro (anche in fase di disoccupazione; stagionali), famiglia (anche se per gravidanza o per accompagnamento minore) o protezione sociale (compresi richiedenti asilo, rifugiati, sfollati e profughi temporanei)	Iscrizione obbligatoria al SSN	Nel 2011 sono il 97% dei pds. Garantisce i LEA
Straniero regolare con pds per studio, motivi religiosi, residenza elettiva; ricongiungimento familiare per over 65enni	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA. Nel 2011 sono circa il 2%. L'iscrizione volontaria per gli over 65enni è garantita solo da alcune regioni
Straniero detenuto indipendentemente dal possesso di un pds	Iscrizione temporanea SSN	Garantisce i LEA
Straniero regolare con visto breve (turismo, affari, ...)	Assicurazione privata	Copre solo urgenze
Straniero con visto e/o pds per motivi di cura	A proprio carico o di sponsor (privati o pubblici – progetti umanitari regionali o statali)	Copre esclusivamente gli interventi autorizzati
Straniero in condizione di irregolarità giuridica	Codice STP – Straniero Temporaneamente Presente	Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi medicina preventiva e riabilitativa

Segue →

■ **Tabella A1.** Segue

Tipologia di immigrato	Tipologia di tutela	Note
Comunitario per soggiorni brevi	TEAM - Tessera Europea di Assicurazione Malattia	Garantisce le cure considerate medicalmente urgenti e necessarie in relazione alla durata del soggiorno temporaneo e allo stato di salute del titolare
Comunitario lavoratore in Italia (anche disoccupati già lavoratori subordinati o autonomi nel territorio nazionale; stagionali)	Iscrizione al SSN	Garantisce i LEA
Comunitario familiare di lavoratore in Italia o a carico di cittadino italiano o in possesso di "attestazione di soggiorno permanente"	Iscrizione al SSN	Garantisce i LEA
Comunitario studente in Italia	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN (in alcuni casi estensione TEAM)	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA
Comunitario con residenza elettiva	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN (solo in alcune regioni)	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA
Comunitario senza TEAM ed in condizione di fragilità sociale	Codice ENI – Europeo Non Iscritto (non in tutte le regioni e non sempre stessa dicitura di codice)	Prestazioni urgenti ed essenziali, medicina preventiva e riabilitativa (forte diversificazione regionale)
Comunitario presente specificatamente per cure mediche non garantite da TEAM	Formulario E112-S2	Copre solo le cure per le quali è stato effettuato il trasferimento. Altre cure che si rendessero necessarie non riferite alla patologia in questione vanno erogate attraverso la TEAM

APPENDICE B

Popolazione in studio

■ **Tabella B1.** Distribuzione della popolazione immigrata per età e sesso

Età	Maschi	Femmine
0-4	29.398	27.115
5-14	44.283	40.744
15-24	42.238	42.691
25-34	73.307	89.222
35-44	82.466	85.841
45-54	44.554	53.469
55-64	14.440	25.623
65-74	3.949	7.081
≥75	1.700	2.758
Totale	336.335	374.544

■ **Tabella B2.** Distribuzione della popolazione immigrata per ASL

	Popolazione residente	Popolazione pesata
Trento	36.090	36.263
Belluno	6.195	6.640
Feltre	4.956	4.979
Bassano	13.494	13.213
Thiene	6.844	7.192
Ovest Vicentino	24.456	22.636
Vicenza	30.940	29.909
Pieve di Soligo	26.338	25.360
Asolo	27.540	25.554
Treviso	36.083	34.588

Segue →

■ **Tabella B2.** Segue

	Popolazione residente	Popolazione pesata
San Donà di Piave	16.630	16.159
Venezia	27.414	27.431
Mirano	15.957	15.199
Chioggia	3.319	3.362
Alta Padovana	23.617	23.201
Padova	47.104	45.996
Monselice	10.795	10.369
Rovigo	11.892	11.583
Adria	2.360	2.375
Verona	52.029	49.779
Legnago	16.472	15.336
Bussolengo	23.734	22.672
Lucca	11.854	11.718
Firenze	72.560	74.918
Viareggio	7.735	8.029
Città di Castello	13.936	14.007
Perugia	46.955	46.858
Foligno	19.217	19.504
Terni	23.196	23.548
Roma D	30.307	41.261
Teramo	14.278	14.500
Taranto	6.582	6.740
Totale	710.879	710.879

APPENDICE C

Glossario e definizione degli indicatori

- **AIC:** autorizzazione all'immissione in commercio di un farmaco. Viene concessa dall'AIFA dopo che un gruppo di esperti ne ha valutato la sicurezza e l'efficacia. Costituisce la "carta di identità" del medicinale poiché in essa sono indicate le caratteristiche essenziali che lo identificano.
- **ATC:** sistema di classificazione Anatomica Terapeutica Chimica dei farmaci messo a punto dal Nordic Council on Medicines svedese nel 1975. L'OMS lo ha adottato come sistema di riferimento internazionale. Tale classificazione, con un unico codice di ogni principio attivo, identifica l'organo bersaglio del farmaco, l'azione terapeutica preminente e le sostanze chimiche che lo compongono.
- **Campo di variazione (Range):** indica la differenza fra il valore più grande e il valore più piccolo in una serie di osservazioni.
- **Confezioni per utilizzatore:** è un indicatore dell'intensità di uso di un farmaco. È calcolato come rapporto tra il totale delle confezioni (pezzi, Pz) e i soggetti che hanno ricevuto almeno una confezione durante un periodo di tempo (utilizzatori nel periodo):

$$Pz/ut = (n. \text{ confezioni} / \text{utilizzatori nel periodo})$$

- **Dose definita die (DDD):** rappresenta la dose di mantenimento per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale di una sostanza, stabilita a livello internazionale dal WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology di Oslo.
- **DDD per utilizzatore:** numero medio di dosi di farmaco consumate da ogni utilizzatore nel periodo in studio. Può anche essere considerato un indicatore della durata di terapia in giorni.
- **DDD/1000 abitanti (utilizzatori) die:** numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1000 abitanti (o utilizzatori). Per esempio, per il calcolo delle DDD di un determinato principio attivo, il valore è ottenuto nel seguente modo:

$$\frac{N. \text{ totale di DDD consumate}}{\text{nel periodo per principio attivo}}$$

$$(N. \text{ di abitanti (utilizzatori)} \times \text{giorni nel periodo}) / 1000$$

- **Diritti di cittadinanza:** la cittadinanza è la condizione della persona fisica (detta cittadino) alla quale l'ordinamento giuridico di uno Stato riconosce la pienezza dei diritti civili e politici; la cittadinanza può quindi essere intesa come uno status del cittadino ma anche come un rapporto giuridico tra cittadino e Stato.
- **Diritti civili:** sono l'insieme delle libertà e delle prerogative garantite alle persone fisiche; non riguardano solo il singolo individuo, ma possono estendersi alle organizzazioni di cui il cittadino fa parte.
- **Diritti politici:** sono quei diritti che uno Stato riconosce ai propri cittadini (sono cioè dei diritti civili) attraverso il conferimento del titolo di voto e di eleggibilità che consentono la partecipazione attiva alla vita politica e alla formazione delle decisioni pubbliche.
- **Diritti umani:** l'insieme dei diritti considerati universali che consuetudini e trattati internazio-

nali attribuiscono in linea di principio ad ogni persona, indipendentemente dalla cittadinanza, dal sesso, dalla religione, dalla condizione sociale e da altri fattori discriminanti.

- **Distribuzione diretta:** erogazione del farmaco attraverso le Strutture Sanitarie Pubbliche al paziente, per il consumo al proprio domicilio.
- **Distribuzione per conto:** erogazione attraverso le farmacie territoriali dei farmaci acquistati dalle Regioni e dalle Province Autonome.
- **Farmaco branded:** specialità farmaceutica contraddistinta da un nome di fantasia.
- **Farmaco equivalente:** medicinale che contiene la stessa quantità di principio attivo e presenta la stessa biodisponibilità di un altro di marca con brevetto scaduto.
- **Farmaco unbranded:** specialità farmaceutica a brevetto scaduto contraddistinta dal nome del principio attivo.
- **Liste di trasparenza:** quando vengono autorizzati uno o più medicinali generici di un farmaco rimborsato dal SSN la cui protezione brevettuale è scaduta, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) include sia l'originatore che i generici corrispondenti in una lista, chiamata lista di trasparenza, aggiornata mensilmente e disponibile sul sito internet dell'AIFA. In questa lista il medicinale originatore e i generici corrispondenti vengono elencati insieme, con il corrispondente prezzo di riferimento. I farmaci raggruppati insieme nella lista di trasparenza sono sostituibili.
- **Media:** misura di tendenza centrale. Si calcola sommando tutti i valori di una distribuzione e dividendo la sommatoria per il numero delle osservazioni.
- **Mediana:** relativamente ad una distribuzione ordinata di valori in una popolazione (DDD, spesa pro capite) la mediana rappresenta quel valore che divide la popolazione in due parti uguali.
- **Note AIFA:** note limitative della rimborsabilità in cui vengono specificate le indicazioni per le quali è ammessa la prescrizione a carico del SSN. In pratica le note rappresentano una "guida di appropriatezza" all'attività prescrittiva da parte del medico, identificando a priori le tipologie di pazienti che, potendo trarre beneficio dalla prescrizione, hanno diritto alla rimborsabilità.
- **PFFPM:** persona immigrata, presente stabilmente in Italia, avente la cittadinanza di uno dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFFPM), siano questi appartenenti o meno all'Unione Europea.
- **Piano terapeutico:** la prescrizione di alcuni farmaci ad alto costo per malati cronici richiede la redazione di un Piano Terapeutico (PT) da parte dei medici specialisti. La compilazione del PT autorizza i medici di famiglia a rilasciare agli assistiti le ricette per ritirare in farmacia i medicinali idonei ad effettuare le cure a domicilio con onere a carico del SSN.
- **Popolazione pesata:** calcolata utilizzando un sistema di pesatura che tiene conto della diversa distribuzione demografica (età e sesso) delle popolazioni a confronto.
- **Popolazione residente:** si intende il numero di abitanti che risiedono nel comune nell'anno solare.
- **Prevalenza d'uso:** la prevalenza (P) di una determinata condizione in una popolazione è la proporzione di popolazione che presenta la condizione. La prevalenza d'uso dei farmaci è il rapporto tra il numero di soggetti che hanno ricevuto almeno una prescrizione e la popolazione di riferimento (potenziali utilizzatori) in un precisato periodo di tempo:

$$P = (n. \text{ soggetti} / \text{popolazione}) \times 100 \text{ (o } \times 1000 \text{ abitanti, ecc.)}$$
- **Principio attivo:** sostanza dotata di attività farmacologica che rappresenta la componente principale del farmaco in ogni sua forma (compresse, fiale, ecc.).

- **Prontuario della continuità assistenziale (PHT):** Prontuario della Distribuzione Diretta per la presa in carico e la continuità assistenziale H (Ospedale) – T (Territorio), che contiene la lista dei farmaci in distribuzione diretta. Strumento volto ad assicurare la continuità assistenziale tra l'ospedale (area intensiva) e il territorio (area della cronicità).
- **Proporzione degli utilizzatori sporadici (Ut 1 pz):** quota di soggetti (%) con una sola confezione sul totale dei soggetti con almeno una confezione in un determinato periodo di tempo (utilizzatori nel periodo).
- **Regime di rimborsabilità:** modalità di pagamento di un farmaco. Indica in particolare il soggetto che se ne fa carico. Attualmente in Italia esistono tre classi di rimborsabilità: Classe A (Farmaci a carico dal Servizio Sanitario Nazionale), Classe H (Farmaci a carico dal Servizio Sanitario Nazionale solo in ambito ospedaliero), Classe C (Farmaci a carico del cittadino).
- **Ricetta:** supporto cartaceo che il medico utilizza per effettuare una prescrizione terapeutica o diagnostica o per redigere referti o effettuare certificazioni. La compilazione della ricetta è regolamentata da leggi nazionali e regionali, anche in riferimento alla segnalazione di esenzioni per classi diverse, codici per patologie, note AIFA. Il numero di ricette fornisce una indicazione di massima del consumo di farmaci in un determinato periodo di tempo ed è da ritenersi un indicatore poco specifico ma piuttosto sensibile.
- **Scarto interquartile:** misura di variabilità calcolata come differenza fra il primo e il terzo quartile. Comprende il 50% centrale delle osservazioni.
- **Spesa lorda:** spesa farmaceutica calcolata come somma delle quantità vendute moltiplicate per il prezzo al pubblico.
- **STP:** è un codice rilasciato ai cittadini stranieri non in regola con il permesso di soggiorno, in sostituzione della tessera sanitaria, che ha durata limitata nel tempo, e garantisce l'accesso all'assistenza sanitaria.
- **TEAM:** Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) che permette di usufruire delle cure medicalmente necessarie (e quindi non solo urgenti). Viene rilasciata a tutte le persone iscritte e a carico del Servizio Sanitario Nazionale in possesso della cittadinanza italiana che hanno la residenza in Italia. Inoltre, la TEAM spetta anche ai cittadini comunitari ed extracomunitari iscritti al SSN e non a carico di Istituzioni estere.
- **Ticket sui farmaci generici:** quota relativa alla differenza tra prezzo della specialità medicinale prescritta e prezzo di riferimento.

APPENDICE D

Elenco delle categorie terapeutiche

Categorie terapeutiche	Principi attivi
A - Apparato gastrointestinale e metabolismo	
Altri farmaci per l'ulcera peptica	acido alginico + algeldrato + magnesio trisilicato + sodio carbonato acido, acido alginico + sodio carbonato acido, biskalammonio citrato, potassio bicarbonato + sodio alginato, sucralfato, sulglicotide
Altri ipoglicemizzanti orali	acarbosio, clorpropamide, clorpropamide + fenformina, clorpropamide + metformina, glibenclamide, glibenclamide + fenformina, glibenclamide + metformina, gliclazide, glimepiride, glipizide, gliquidone
Antiacidi	acido tartarico + magnesio ossido leggero + sodio carbonato acido, algeldrato + calcio carbonato + latte in polvere + magnesio trisilicato, algeldrato + dicicloverina + magnesio idrossido + magnesio trisilicato + metilcellulosa + sodio laurilsolfato, algeldrato + magnesio idrossido, algeldrato + magnesio idrossido + dimeticone, alluminio glicinato + galattano solfato + mirtecaina, calcio carbonato + magnesio carbonato basico leggero, calcio carbonato + magnesio carbonato basico leggero + sodio carbonato acido, caolino pesante + calcio carbonato + magnesio carbonato basico leggero + magnesio trisilicato, destrosio anidro + potassio citrato + piridossina, glicina + calcio carbonato + poliamina, latte in polvere + magnesio idrossido + dimeticone + alluminio ossido idrato, magaldrato, magnesio idrossido, sodio carbonato acido
Anti-H2	cimetidina, famotidina, famotidina + magnesio idrossido + calcio carbonato, nizatidina, ranitidina, roxatidina
Farmaci incretino-mimetici da soli o in associazione	exenatide, liraglutide, saxagliptin, sitagliptin, sitagliptin + metformina, vildagliptin, vildagliptin + metformina
Inibitori di pompa	esomeprazolo, lansoprazolo, omeprazolo, pantoprazolo, rabeprazolo
Insuline ed analoghi	insulina aspart, insulina detemir, insulina glargine, insulina glulisina, insulina lispro, insulina umana, insulina umana hm iniettabile neutra, insulina umana hm iniettabile neutra + insulina umana isofano hm, insulina umana isofano
Metformina	metformina
Pioglitazone da solo e in associazione	pioglitazone, pioglitazone + glimepiride, pioglitazone + metformina
Prostaglandine	misoprostolo
Repaglinide	repaglinide

Segue →

Segue

Categorie terapeutiche	Principi attivi
C - Sistema cardiovascolare	
Ace inibitori	benazepril, captopril, cilazapril, delapril, enalapril, fosinopril, lisinopril, moexipril, perindopril, quinapril, ramipril, spirapril, trandolapril, zofenopril
Ace inibitori e diuretici	cilazapril + idroclorotiazide, delapril + indapamide, idroclorotiazide + benazepril, idroclorotiazide + captopril, idroclorotiazide + enalapril, idroclorotiazide + fosinopril, idroclorotiazide + lisinopril, idroclorotiazide + quinapril, idroclorotiazide + zofenopril, moexipril + idroclorotiazide, perindopril sale di tert-butilamina + indapamide, ramipril + idroclorotiazide, ramipril + piretanide
Alfa bloccanti periferici	doxazosin, terazosina
Angiotensina II antagonisti	candesartan, eporsartan, irbesartan, losartan, olmesartan, telmisartan, valsartan
Angiotensina II antagonisti e diuretici	candesartan + idroclorotiazide, eprosartan + idroclorotiazide, idroclorotiazide + telmisartan, irbesartan + idroclorotiazide, losartan + idroclorotiazide, olmesartan + idroclorotiazide, valsartan + idroclorotiazide
Beta bloccanti	acebutololo, atenololo, betaxololo, bisoprololo, carvedilolo, celiprololo, labetalolo, metoprololo, nebivololo, pindololo, propranololo, sotalolo, timololo
Beta bloccanti e diuretici	atenololo + clortalidone, atenololo + indapamide, clortalidone + labetalolo, clortalidone + metoprololo, clortalidone + oxprenololo, idroclorotiazide + bisoprololo, nebivololo + idroclorotiazide
Calcio antagonisti (diidropiridinici)	amlodipina, barnidipina, felodipina, isradipina, lacidipina, lercanidipina, manidipina, nicardipina, nifedipina, nimodipina, nisoldipina, nitrendipina
Calcio antagonisti (non diidropiridinici)	diltiazem, gallopamil, verapamil
Diuretici ad azione diuretica maggiore da soli o in associazione a diuretici risparmiatori di K+	acido etacrinico, furosemide, furosemide + spironolattone, furosemide + triamterene, piretanide, torasemide
Diuretici risparmi. di K+	canrenoato di potassio, canrenone, spironolattone
Fibrati	bezafibrato, fenofibrato, gemfibrozil
Omega 3	omega polienoici
Statine	atorvastatina, ezetimibe, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina, simvastatina, simvastatina + ezetimibe
Tiazidici e simili (incluse associazioni)	amiloride + idroclorotiazide, butizide + canrenoato di potassio, clortalidone, idroclorotiazide, idroclorotiazide + spironolattone, indapamide, metolazone

Segue →

Segue

Categorie terapeutiche	Principi attivi
J - Antimicrobici per uso sistemico	
Altri antibatterici	clofotolo, colistimetato di sodio, fosfomicina, metronidazolo, nitrofurantoina
Aminoglicosidi	amikacina, gentamicina, netilmicina, streptomina, tobramicina
Associazioni di penicilline (compresi gli inibitori delle beta lattamasi) e penicilline resistenti alle beta lattamasi	amoxicillina + acido clavulanico, ampicillina + sulbactam, flucloxacillina, oxacillina, piperacillina + tazobactam, sultamicillina
Cefalosporine im/ev I gen	cefazolina
Cefalosporine im/ev II gen	cefamandolo, cefmetazolo, cefonicid, cefossitina, cefuroxima
Cefalosporine im/ev III-IV gen	cefepime, cefodizima, cefoperazone, cefotassima, ceftazidima, ceftizoxima, ceftriaxone
Cefalosporine orali	cefacloro, cefadroxil, cefalexina, cefditoren pivoxil, cefixima, cefpodoxima proxetile, cefprozil, ceftibuten, cefuroxima
Chinoloni	acido pipemidico, cinossacina, ciprofloxacina, enoxacina, levofloxacina, lomefloxacina, moxifloxacina, norfloxacina, ofloxacina, pefloxacina, prulifloxacina, rufloxacina
Macrolidi e lincosamidi	azitromicina, claritromicina, clindamicina, eritromicina, fluritromicina, josamicina, lincomicina, miocamicina, rokitamicina, roxitromicina, spiramicina, telitromicina
Penicilline ad ampio spettro e penicilline sensibili alle beta lattamasi	amoxicillina, ampicillina, bacampicillina, benzilpenicillina benzatinica, benzilpenicillina potassica, mezlocillina, piperacillina
Sulfonamidi e trimetoprim	sulfadiazina, sulfametoxazolo + trimetoprim
Tetracicline	doxiciclina, limeciclina, metaciclina, minociclina, tetraciclina
M - Sistema muscolo-scheletrico	
Altri FANS per via sistemica	aceclofenac, acido meclofenamico, acido mefenamico, acido niflumico, acido tiaprofenico, amtolmetine guacil, arginina + ibuprofene, cinnoxiam, dexibuprofene, dextetoprofene, diacereina, diclofenac, diclofenac + misoprostolo, esomeprazolo + naprossene, fentiazac, flurbiprofene, galatturoglicano solfato, glucosamina, ibuprofene, indometacina, ketoprofene, ketoprofene + sucralfato, lornoxicam, meloxicam, morniflumato, nabumetone, naprossene, nimesulide, nimesulide beta ciclodestrina, oxaprozina, piroxicam, piroxicam betaciclodestrina, proglumetacina, tenoxicam
Anti-cox2	celecoxib, etoricoxib
Ketorolac	ketorolac

Segue →

Segue

Categorie terapeutiche	Principi attivi
N - Sistema Nervoso Centrale	
Antidepressivi-altri	ademetonina, agomelatina, bupropione, duloxetine, fenelzina, iperico estratto secco, mianserina, mirtazapina, oxitriptano, reboxetina, trazodone, venlafaxina
Antidepressivi-SSRI	citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina
Antidepressivi-triciclici	amitriptilina, clomipramina, desipramina, dosulepina, imipramina, maprotilina, nortriptilina, trimipramina
Antiepilettici	acido valproico, acido valproico sale sodico + acido valproico, barbesaclone, bussamina, bussamina + diazepam, bussamina + fenobarbital + fenitoina, carbamazepina, clonazepam, etosuccimide, felbamato, fenitoina, fenobarbital, fenobarbitale sodico, gabapentin, lacosamide, lamotrigina, levetiracetam, metilfenobarbital + fenitoina, metilfenobarbital + fenobarbital + fenitoina, oxcarbazepina, pregabalin, primidone, rufinamide, tiagabina, topiramato, valpromide, vigabatrin, zonisamide
Antiparkinson	amantadina, apomorfina, benserazide + levodopa, biperidene, bornaprina, bromocriptina, cabergolina, carbidopa + levodopa, entacapone, levodopa + carbidopa + entacapone, lisuride, melevodopa, melevodopa + carbidopa, metixene, orfenadrina, pergolide, piribedile, pramipexolo, rasagilina, ropinirolo, rotigotina, selegilina, tolcapone, triesifenidile
Antipsicotici atipici ed altri	aripiprazolo, asenapina, clozapina, olanzapina, paliperidone, quetiapina, risperidone, ziprasidone
Antipsicotici tipici	aloperidolo, amisulpride, bromperidolo, clorpromazina, clotiapina, dixirazina, flufenazina, levomepromazina, levosulpiride, litio carbonato, perfenazina, pericizina, pimozide, promazina, sulpiride, tiapride, tioridazina, trifluoperazina, veralipride, zuclopentixol
Oppioidi minori/oppioidi in associazione	atropina + morfina, codeina + paracetamolo, codeina + propifenazone, oxicodone + nalossone, oxicodone + paracetamolo, paracetamolo + tramadolo, tramadolo
R - Sistema respiratorio	
Antagonisti dei recettori leucotrienici	montelukast, zafirlukast
Antiinfiammatori - cortisonici inalatori	beclometasone, budesonide, ciclesonide, flunisolide, fluticasone, mometasone
Beta2 agonisti in associazione	beclometasone + formoterolo, beclometasone + salbutamolo, budesonide + formoterolo, fenoterolo + ipratropio, ipratropio + salbutamolo, salbutamolo + flunisolide, salmeterolo + fluticasone
Broncodilatatori - anticolinergici	ipratropio, ossitropio, tiotropio
Broncodilatatori - beta2 agonisti	clenbuterolo, fenoterolo, formoterolo, indacaterolo, salbutamolo, salmeterolo, terbutalina

Finito di stampare nel mese di marzo 2013
dalla Tipolitografia Quattroventi
Via A. del Castagno 196, 00144 Roma
per conto de Il Pensiero Scientifico Editore



Questo rapporto si propone di colmare una lacuna informativa fotografando una parte della popolazione immigrata, qualificata come “regolare”, in relazione all’accesso e all’uso del farmaco.

Poter disporre di dati espliciti e dettagliati permette, infatti, di:

- produrre uno “spettro” realistico della “dispersione” tra le diverse provenienze;
- quantificare i “carichi assistenziali” riferiti alle terapie farmacologiche;
- esplorare se l’indicatore farmaco evidenzia o genera “quesiti” su problemi/sottogruppi da approfondire;
- analizzare se la differenziazione delle politiche regionali possa avere ricadute nei livelli di assistenza e di continuità delle terapie nella popolazione immigrata;
- contribuire a rendere più “normale” la composizione multiethnica della popolazione italiana attraverso la definizione di indicatori misurabili;
- sviluppare politiche sanitarie in un’ottica di salute globale, per garantire a ogni individuo il diritto all’assistenza sanitaria attraverso i principi di equità, giustizia sociale e non discriminazione.



ISBN 978-88-490-0445-8



9 788849 004458