

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 immigrata con 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/sottogruppi 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) multietnica 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.