

il rischio di diabete di una popolazione composta da oltre un milione di individui recentemente immigrati nella regione del distretto dell'Ontario (fra il 1985 e il 2000) con quella di una popolazione stabilmente residente, stratificando successivamente i dati per età, sesso, luogo di provenienza, epoca di arrivo e condizione socioeconomica.

L'analisi del Canadian Landed Immigrant Database (un Registro elettronico che viene costantemente aggiornato sui dati dell'immigrazione in quel Paese) ha fornito dati abbastanza chiari nel senso che – in confronto ai residenti di lunga data e a coloro che sono giunti di recente in Canada dall'Europa e Nord-America – il rischio di diabete appariva marcatamente più elevato negli individui originari del Sud-Est Asiatico (triplicato), dell'America Latina, dei Caraibi e dell'Africa sub-sahariana (circa il doppio). In queste popolazioni il rischio aumentato si palesa già in età relativamente giovane (35-49 anni) e si mantiene costante nel corso della vita, ha una netta prevalenza nelle donne e negli individui con minor reddito ed infine tende ad aumentare con il prolungarsi della permanenza nel nuovo Paese, suggerendo che lo stato di salute degli immigrati non migliora col passare del tempo, con le differenze fra le diverse etnie – in termini di prevalenza del diabete – che persistono indipendentemente dalla durata del soggiorno.

Diversi fattori – sottolineano gli autori – contribuiscono ad aumentare in modo significativo il rischio e, fra questi, il passaggio ad una dieta e ad uno stile di vita occidentale, ma anche lo stress determinato dall'ambientamento nel nuovo Paese e le barriere che si frappongono all'accesso alle strutture sanitarie. Nessuno di questi spiega, però, da solo l'aumento di prevalenza del diabete, sicché un massiccio intervento mirato all'educazione ad un corretto stile di vita è necessario e indifferibile, ma deve essere tarato – per così dire – sulle diverse comunità etnico-culturali e sviluppato già nelle fasce più giovani di età. Lo studio sottolinea inoltre ancora una volta quanto sia importante – in una nazione sviluppata e meta di flussi migratori rilevanti – disporre di un registro nazionale aggiornato del fenomeno per poter valutare e intervenire efficacemente sullo stato di salute della popolazione. ■ GB

Prevenzione delle reazioni avverse da farmaci: quali risparmi?

Weingart SN, Simchowicz B, Padolsky H et al
An empirical model to estimate the potential impact of medical safety alerts on patients safety, health care utilization and cost in ambulatory care
 Arch Inter Med 2009; 169: 1465-1473

Chang SW
Health information technology as a tool not an end
 Arch Inter Med 2009; 169: 1474-1475

Recenti studi hanno dimostrato che sistemi di rendicontazione e prescrizione elettronica in campo sanitario sono efficaci solo nel caso in cui vengano affiancati da supporti decisionali efficienti, come ad esempio le segnalazioni di allergie o reazioni avverse da farmaco (ADE).

METODI

Gli autori hanno condotto uno studio su circa 280.000 prescrizioni con segnalazione di reazione avversa, erogate da 2321 studi ambulatoriali nel primo semestre 2006 nello Stato del Massachusetts.

Il sistema di prescrizione elettronica fornisce anche la rilevazione di informazioni relative alle eventuali interazioni tra farmaci. I soggetti prescrittori sono prevalentemente medici (79%), mentre la parte restante (21%) include specialisti in medicina di famiglia, pediatri, psichiatri e internisti.

Le prescrizioni sono state analizzate da un *panel* di esperti che ha effettuato una revisione su un campione di segnalazioni da interazioni da farmaci, stimando il livello di gravità delle reazioni avverse associate ad ogni segnalazione e l'assorbimento di risorse in caso di conseguenze alla segnalazione. La tabella 1 riporta le istruzioni da parte del *panel* di esperti per stimare il livello di gravità della reazione avversa. Per quanto concerne l'utilizzo delle risorse, gli autori si sono basati su studi emersi dalla letteratura internazionale.

RISULTATI

La tabella 2 mostra il numero di esiti e ADE evitati, mentre la tabella 3 evidenzia i risparmi

TABELLA 1 - ISTRUZIONI PER LA STIMA DELLA GRAVITÀ DELLE REAZIONI AVVERSE

Stima del livello di gravità	Possibili risultati
Definire la probabilità che ogni interazione possa causare una ADE seria, significativa o minore	<ul style="list-style-type: none"> Nessuna evidenza Solo basi teoriche Case report (incidenza <0,1%) Raramente visto nella pratica (incidenza <1%) A volte visto nella pratica (incidenza 1%-5%) Visto spesso nella pratica (incidenza >5%)
Definire la probabilità di una delle seguenti conseguenze in caso di ADE seria	<ul style="list-style-type: none"> Morte Disabilità permanente Disabilità temporanea Sintomi per più di 30 giorni Sintomi per meno di 30 giorni Risultati di laboratorio non nella norma
Scegliere il tipo di risorse a cui si ricorre in caso di ADE seria	<ul style="list-style-type: none"> Ricovero Visita in Pronto Soccorso Visita medica con prescrizione di un nuovo farmaco Visita medica senza prescrizione di un nuovo farmaco Consulenza telefonica Nessun utilizzo di risorse
Stimare la probabilità che la prescrizione sia fermata e non dispensata	<ul style="list-style-type: none"> 0%-100%

TABELLA 2 - NUMERO DI EVENTI EVITATI IN UN ANNO E SEGNALAZIONI NECESSARIE PER PREVENIRE UN EVENTO

Evento evitato all'anno	Numero (%) di ADE	Scarto interquartile	Numero di segnalazioni per prevenire un evento
ADE			
Seria	49 (12,2)	14-130	2715
Significativa	125 (31,1)	34-307	1064
Moderata	228 (56,7)	85-409	584
Totale	402 (100)	133-846	331
Esiti			
Morte	3 (0,7)	2-13	44.350
Disabilità permanente	14 (3,5)	3-18	9504
Disabilità temporanea	31 (7,7)	10-97	4292
Sintomi per più di 30 giorni	14 (3,5)	7-55	9504
Sintomi per meno di 30 giorni	272 (67,7)	81-527	489
Risultati di laboratorio non nella norma	68 (16,9)	30-136	1957
Totale	402 (100)	133-846	331

TABELLA 3 - COSTI ANNUI EVITATI GRAZIE AL SISTEMA DELLE SEGNALAZIONI

Costi annui evitati	N. (%)	Costi (dollari)	% risparmi	Scarto interquartile (dollari)	N. segnalazioni per risparmiare 1000 dollari
Ricovero	39 (9,7)	349.651	86,8	123.968-903.061	381
Visita in Pronto Soccorso	34 (8,5)	14.630	3,6	2.696-31.797	9094
Visita medica con prescrizione di un nuovo farmaco	149 (37,1)	25.197	6,3	8.117-50.881	5.280
Visita medica senza prescrizione di un nuovo farmaco	118 (29,4)	13.141	3,3	6.241-26.647	10.124
Consulenza telefonica	60 (14,9)	0	0	0-0	Non disponibile
Nessun utilizzo di risorse	2 (0,5)	0	0	0-0	Non disponibile
Totale	401 (100,1)	402.619	100,0	141.012-1.012.386	330

potenziali dalla prevenzione delle ADE. I dati evidenziati nelle tabelle mostrano come le segnalazioni consentano un risparmio annuo di circa 400.000 dollari. Tale valore, rapportato al numero di prescrittori nell'anno 2006, comporta un risparmio medio per prescrittore di circa 170 dollari. Il risultato rilevante sia in termini clinici che epidemiologici è che un sistema di questo tipo consente di evitare un numero consistente di ricoveri (39 ricoveri nell'87% dei casi).

Un altro dato molto significativo è rappresentato dal fatto che un piccolo numero di segnalazioni, da solo, è in grado di determinare una quota consistente di risparmi: il 10% delle segnalazioni, infatti, porta al 78% dei risparmi.

CONCLUSIONI

I benefici potenziali delle prescrizioni elettroniche sono determinanti nel prevenire l'insorgenza di nuovi ricoveri (che potrebbero portare a de-

cessi) o visite specialistiche, con conseguente risparmio dovuto al mancato utilizzo delle risorse.

Questo è un risultato importante in particolare modo nell'assistenza ambulatoriale, poiché maggiore è il numero di prescrizioni più alto è il rischio di errore (il numero pro capite di prescrizioni è di circa 13 a paziente). Pertanto, l'adozione di nuove metodologie per la rilevazione delle prescrizioni e dei consumi di prestazioni non deve essere l'obiettivo solo di chi è a favore dell'innovazione, ma anche dei decisori per far sì che vi sia una perfetta compatibilità fra la rendicontazione esistente e quella che verrà adottata.

Letizia Orzella

