

parete cellulare dei batteri Gram-negativi sensibili, eludendo inoltre i molteplici meccanismi di resistenza messi in atto dai patogeni, mentre tazobactam protegge ceftolozano, facendo sì che non venga inattivato da parte degli enzimi beta-lattamasi prodotti dai batteri Gram-negativi. Ceftolozano/tazobactam è stato valutato in due trial clinici: nel primo, condotto su oltre 1000 pazienti con infezioni complicate delle vie urinarie, ha eliminato l'infezione nell'85% dei pazienti trattati, mentre nel secondo, condotto su 993 pazienti con infezioni complicate intraddominali, ha portato a guarigione il 94% dei pazienti. In entrambi i trial il farmaco ha mostrato un buon profilo di tollerabilità e sicurezza.

Resta da valutare l'impatto sulla spesa del SSN dell'impiego di questo nuovo antibiotico e, a questo proposito, un gruppo di ricercatori italiani ha elaborato un modello statistico mirato alla valutazione dei costi in un arco temporale di tre anni, basato su dati epidemiologici reali (mercato italiano degli antibiotici normalmente impiegati nelle infezioni urinarie ed intraddominali) e su una proiezione teorica della progressiva penetrazione del nuovo prodotto nell'uso ospedaliero.

Sono stati così costruiti due scenari, l'uno basato sulla spesa nell'arco di tre anni senza il nuovo antibiotico e il secondo calcolato sulla spesa nel medesimo lasso di tempo dopo l'introduzione del nuovo antibiotico (Tabella). L'analisi statistica ha dimostrato che l'impiego di ceftolozano/tazobactam determinerebbe, seppure con un range piuttosto ampio fra le diverse Regioni italiane, un incremento percentuale cumulativo della spesa relativa al trattamento di queste infezioni pari appena all'1,36% del totale.

Oltre a rappresentare dunque un'opzione terapeutica innovativa rispetto alle terapie attualmente disponibili e, soprattutto, una alternativa per limitare l'uso di altri antibiotici ad ampio spettro nelle infezioni da batteri Gram-negativi resistenti, l'impiego di ceftolozano/tazobactam sembra soddisfare anche i criteri standard di sostenibilità indispensabili per l'implementazione di nuove cure.

Inoltre, l'utilizzo di ceftolozano/tazobactam quale strumento 'carbapenem sparing' genererebbe, in un'ottica di sanità pubblica, delle esternalità positive per la collettività prevenendo lo sviluppo delle antibioticoresistenze nel lungo periodo. ■ GB

Ridurre l'onere dell'assistenza per i migranti marginali: il ruolo potenziale dell'assistenza primaria in Europa

O'Donnel CA, Burns N, Mair FS et al per il gruppo di lavoro del progetto RESTORE

Reducing the health care burden for marginalised migrants: the potential role for primary care in Europe

Health Policy 2016; 120 (5): 495-508

INTRODUZIONE

L'articolo di O'Donnel e dei suoi collaboratori presenta i risultati del progetto RESTORE (*Research into implementation strategies to support patients of different ORigins and language background in a variety of European primary care settings*), finanziato dall'Unione Europea con l'obiettivo di comprendere caratteristiche e strategie di assistenza primaria attuate a supporto dei pazienti migranti in un gruppo di Paesi dell'Unione: Austria, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Paesi Bassi, Scozia.

La ricerca, iniziata nel 2011 e conclusa nel 2015, si è concentrata sulla popolazione migrante che vive in una situazione di marginalità. Questo gruppo include diverse tipologie di migranti: i richiedenti asilo, i rifugiati, coloro che non hanno documenti, vittime di traffici illegali e lavoratori non qualificati e sottopagati. I migranti in situazione di marginalità stanno crescendo di numero, soprattutto a seguito del conflitto in Siria, sebbene non sia facile una stima accurata del numero di persone presenti in Europa in questa condizione: il Consiglio Europeo per i Rifugiati e gli Esiliati ha calcolato 625.920 domande di asilo nel solo 2014. Ci sono inoltre pochi dati sulla salute di questa categoria di migranti. Essi provengono per lo più da ceti sociali non ricchi e da Paesi dove in generale gli indicatori sulle condizioni di salute non sono buoni, e questi sono tutti fattori predittivi di uno stato di salute potenzialmente non ottimale.

L'obiettivo del lavoro è stato, dunque, quello di esaminare il potenziale ruolo giocato dall'assistenza primaria nell'attenuare le barriere che questi migranti incontrano nell'accedere all'assistenza sanitaria. Si è mirato ad identificare se

e come certe caratteristiche dei sistemi sanitari e alcune specifiche politiche sanitarie possano determinare la maggiore o minore capacità dell'assistenza primaria di comprendere necessità e bisogni di salute e assistenza dei migranti.

METODI

Per la raccolta di dati e informazioni sul tema sono stati utilizzati metodi diversi al fine di generare più informazioni, qualitative e quantitative, provenienti da diverse fonti. È stata prima condotta un'analisi descrittiva e comparativa dei sistemi sanitari di Austria, Grecia, Gran Bretagna, Irlanda e Paesi Bassi, concentrandosi in particolare sull'assistenza primaria e le politiche per l'integrazione e la multiculturalità nei servizi sanitari. Si è quindi effettuata una revisione della letteratura per identificare studi relativi alle barriere e ai fattori facilitanti l'accesso alle cure primarie dei migranti. Si è quindi proceduto a mettere insieme le due fonti informative per capire le caratteristiche dei sistemi di assistenza primaria che facilitano l'accesso dei migranti alle cure. Le fonti sul numero e sulle caratteristiche di questa popolazione sono state EUROSTAT, UNHCR (dati sul numero di richiedenti asilo), progetto CLANDESTINO (dati sui migranti clandestini). I dati relativi alla spesa per la sanità e alla forza lavoro medica sono dati OMS (World Health Statistics 2014) e OCSE.

RISULTATI

Tutti i Paesi indagati presentano una popolazione migrante in crescita: in Irlanda e Grecia dal 1990 al 2010 i migranti sono quasi triplicati. La Grecia presenta la proporzione di migranti più alta tra i 5 Paesi considerati, arrivando a quasi il 20% della sua popolazione. I richiedenti asilo sono inoltre una popolazione in crescita, data la situazione in Medio Oriente, mentre i dati sui clandestini sono, come è ovvio, incerti e potrebbero essere anche sottostimati.

L'analisi dei sistemi sanitari ha evidenziato che la Gran Bretagna e i Paesi Bassi presentano sistemi di assistenza primaria ben organizzati dal punto di vista dell'accesso dei migranti alle cure, mentre sono relativamente più deboli le organizzazioni date a questi sistemi in Grecia ed Austria. La forza o la debolezza sono misurate in base, per esempio, al numero di medici di medicina generale disponibili, e ad un numero di fattori legati al tipo di sistema, come la ge-

stione dell'accesso dei pazienti all'assistenza e l'organizzazione del settore ospedaliero (per esempio, il ruolo filtro del medico di medicina generale per l'accesso alle cure specialistiche e ospedaliere).

Le barriere e i fattori facilitanti identificati tramite la revisione della letteratura sono stati molteplici. Barriere comuni a molti studi sono, tra le altre, il linguaggio e la comunicazione non appropriati e l'impossibilità, per i migranti senza documenti, di accedere all'assistenza sanitaria. Le barriere dal lato dei medici di famiglia e ospedalieri includono la difficoltà di comunicazione e la scarsa sensibilità alla diversità culturale. Dal lato organizzativo in letteratura una importante barriera emersa è la mancanza di servizi e operatori per la mediazione culturale. A livello di sistema sanitario complessivo e di sue politiche, la mancanza di una esplicita affermazione del diritto alle cure implica un'organizzazione del sistema sanitario che non incide sulle barriere all'accesso e che quindi, sostanzialmente, frena l'accesso alle cure dei migranti. Dal punto di vista dei migranti, fattori che facilitano l'accesso sono la conoscenza della lingua del Paese ospitante, una buona rete sociale di supporto, sistemi di pagamento flessibili, medici con tariffe basse.

CONCLUSIONE

Il progetto RESTORE ha mostrato che un'assistenza primaria, la cui organizzazione sia basata sui principi di sensibilità alla diversità culturale, è un elemento chiave affinché i migranti in situazione di marginalità riescano ad accedere a cure sanitarie di qualità e a veder protetto il proprio stato di salute.

È necessario infine attivare strategie che investano il livello macro, con interventi a livello di sistema sanitario e delle sue politiche generali poiché le scelte fatte a questo livello si riverberano sulle pratiche e sulle prestazioni del sistema e dei suoi operatori. Il lavoro svolto ha mostrato, infatti, che il modo in cui il sistema sanitario è configurato e finanziato influenza l'accesso alle cure dei migranti e la qualità dell'assistenza che gli operatori possono fornire a queste popolazioni.

Alessandra Lo Scalzo

*Area Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas*