



## "Analisi della prescrizione farmaceutica in Italia" *presentazione del Rapporto Nazionale OsMed 2009*

8 luglio 2010, Aula Pocchiari

N° ID: 17D10

**Origine della manifestazione:** Descrizione dell'uso dei farmaci a livello nazionale e regionale in applicazione alla Legge Finanziaria n. 448 (23/12/1998).

**Scopo e obiettivi:** Promuovere l'appropriatezza d'uso dei farmaci. Presentazione Rapporto Nazionale sull'uso dei farmaci in Italia nel 2009.

**Metodo di lavoro:** Relazioni e discussione.

- 
- Caffè di benvenuto
- 10,00 Saluto di benvenuto
- 10,15 Presentazione del rapporto OsMed 2009 (*R. Raschetti*)
- 10,30 Variabilità regionale: interventi di controllo della spesa e dei consumi (*P. Folino-Gallo*)
- 10,50 Variabilità regionale della prescrizione: quali problemi e quali possibili approcci (*N. Magrini, O. Capelli*)
- 11,10 Il rapporto OsMed come strumento per migliorare l'attività prescrittiva in Medicina Generale (*E. Saffi Giustini*)
- 11,30 Il Sistema della valutazione della qualità e della appropriatezza (*F. Di Stanislao*)
- 11,50 L'appropriatezza prescrittiva nella prevenzione del rischio cardiovascolare (*G. Mazzaglia*)
- 12,10 Una lettura della prescrizione fra innovazione e farmaci copia (*A. M. Marata, L. Magnano*)
- 12,30 Il consumo dei farmaci equivalenti (*R. Da Cas*)
- 12,50 Bioequivalenti e biosimilari: aspetti regolatori e loro impatto sull'appropriatezza prescrittiva (*P. Navarra*)
- 13,10 Discussione generale
- 13,30 Conclusioni
- Pranzo

---

#### Responsabile

**R. Raschetti** (ISS, 0649904242 roras@iss.it)

#### Segreteria scientifica

**R. Da Cas** (ISS, 0649904254 roberto.dacas@iss.it)

#### Segreteria tecnica

**P. Ruggeri** (ISS, 0649904250 paola.ruggeri@iss.it)

**E. Tavella** (ISS, 0649904244 enrica.tavella@iss.it)

*Per informazioni inerenti al Convegno si prega di contattare la Segreteria scientifica; per gli aspetti organizzativi la Segreteria tecnica.*

---

#### Iscrizione

La partecipazione al Convegno è gratuita

#### Crediti ECM

Non sono previsti

#### Sede

Aula Pocchiari, Istituto Superiore di Sanità  
Viale Regina Elena, 299 - Roma

#### Attestato di partecipazione

Al termine del Convegno sarà rilasciato un attestato di partecipazione a chi ne farà richiesta.

#### Relatori

**Oreste Capelli**, Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria (CeVEAS), Azienda USL di Modena

**Roberto Da Cas**, Centro di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

**Francesco Di Stanislao**, Age.Na.S. - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma

**Pietro Folino Gallo**, Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Roma

**Lucia Magnano**, Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria (CeVEAS), Azienda USL di Modena

**Nicola Magrini**, Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria (CeVEAS), Azienda USL di Modena

**Anna Maria Marata**, Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria (CeVEAS), Azienda USL di Modena

**Giampiero Mazzaglia**, SIMG - Società Italiana di Medicina Generale, Firenze

**Roberto Raschetti**, Centro di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

**Ettore Saffi Giustini**, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Firenze

**Pierluigi Navarra**, Farmacologia, Università Cattolica Roma



Mod. S29 Rev. 0 del 18/09/09, Pagina 1  
**DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS**  
A iscrizione gratuita

**Istruzioni per la compilazione della domanda:**

- 1) Scrivere in modo leggibile (le domande illeggibili non potranno essere considerate)
- 2) Compilare tutti i campi richiesti

TITOLO DEL CORSO: **Analisi della prescrizione farmaceutica in Italia nel 2009 (OSMED)**

N° ID del corso: **17D10**

DATA di SVOLGIMENTO: **8 luglio 2010**

**DATI PERSONALI**

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Luogo di nascita:</b>	<b>(Prov. )</b> <b>Data di nascita (gg/mm/aa):</b>
<b>Stato</b> (se diverso da ITALIA)	<b>Genere:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<b>Via:</b>	
<b>Città:</b>	<b>(Prov. )</b> <b>CAP:</b>
<b>Regione:</b>	<b>Tel:</b> <b>Fax:</b>
<b>Posta elettronica</b> (scrivere in stampatello):	
<b>Codice Fiscale:</b>	

**DATI PROFESSIONALI**

<b>Titolo di Studio</b> (se laurea specificare quale):	
<b>Profilo sanitario ECM:</b>	<b>Richiede attestato ECM se previsto:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Ente di appartenenza:</b>	
<b>Via:</b>	
<b>Città:</b>	<b>(Prov. )</b> <b>CAP:</b>
<b>Regione:</b>	<b>Tel:</b> <b>Fax:</b>

NB: questi recapiti verranno utilizzati dalla segreteria per le future comunicazioni

**POSIZIONE**

<b>Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero, etc.):</b>	
<b>Inquadramento nell'Ente:</b>	
<b>Di ruolo:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Se di ruolo, specificare quale:</b>

**LA DOMANDA, COMPILATA E FIRMATA, DEVE ESSERE TRASMESSA AL FAX 06 49904248**

Firma.....

Data.....

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003:** La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente a fini amministrativi concernenti il rapporto di collaborazione con questo Istituto di cui alla presente richiesta. Non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'art. 13 della predetta legge ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi. Si informa inoltre che il titolare del trattamento è l'Istituto Superiore di Sanità.

Firma.....

Data.....