

Bisogni di salute e uso dei farmaci in un ambulatorio per persone afferenti ai servizi della Caritas di Roma in condizione di marginalità sociale: analisi preliminare nei primi nove mesi del 2022

Elisa Vischetti, Giulia Civitelli, Marica Liddo, Serafina Torchiario, Gonzalo Castro Cedeno, Salvatore Geraci
Area Sanitaria, Caritas Roma

SUMMARY

Health needs and drugs utilization in a Medical Centre for undocumented migrants and marginalized people in Rome (Italy): preliminary analysis in the 2022 first nine months

Introduction

A study concerning drugs utilization in a group of patients who live in marginalized conditions has begun in Rome thanks to the project "Health Needs and Drugs Utilization in Caritas Rome Medical Centre for marginalized people". The main aim of the project is to collect data concerning drugs utilization and connect them with epidemiologic data.

Materials and methods

An informatic system has been set up to register the drugs dispensed by the Medical Centre. The drugs' data have been related to the socio-demographic and epidemiologic data of patients.

Results

Beginning results are available. In the first nine months of 2022, 1,785 patients accessed the Medical Centre. For 23.8% of whom, it was possible to register the medicines dispensed, 29.7% are European citizens who live in Italy in marginalized conditions. The 35.1% are undocumented migrants, 75.2% are unemployed. Concerning the epidemiologic profile, the main classes of pathologies are orthopaedic, cardiologic, gastrointestinal and metabolic diseases. The five most dispensed drugs are ramipril, bisoprolol, metformin, pantoprazole acetylsalicylic acid 100 mg, confirming an epidemiologic prevalence of chronic diseases.

Discussion and conclusions

Few studies investigate drugs utilization among people who live in marginalized conditions, such as homeless or undocumented migrants. The study described in the article is important as it put on the light on this field of shadow. Even if the results are initial and limited, the future development and implications could be important, especially to tackle health inequities existing in society.

Key words: health needs; drugs utilization; health inequities

giulia.civitelli@caritasroma.it

Introduzione

Uno degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è quello di promuovere l'appropriatezza in ambito clinico e favorire l'accesso tempestivo di tutti i cittadini a prestazioni efficaci (1). L'assistenza farmaceutica riveste un ruolo essenziale tra gli interventi sanitari, come definito dai Livelli Essenziali di Assistenza - LEA (2, 3), ed è quindi di fondamentale importanza condurre un adeguato monitoraggio dell'uso dei farmaci nella popolazione per migliorare la qualità dei trattamenti e gli esiti di salute. I principi di universalità ed equità su cui si basa l'SSN determinano una specifica attenzione alle persone in condizioni di marginalità sociale e, in particolare, ai cittadini non italiani.

Pochi sono i dati presenti a livello nazionale e locale relativi all'utilizzo dei farmaci in queste popolazioni; in Italia, è stato effettuato uno studio nel 2011, rimasto unico nel suo genere, relativo alla prescrizione farmaceutica nella popolazione

immigrata in un campione di ASL. Tale studio ha analizzato le prescrizioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta alla popolazione straniera regolarmente presente in Italia e con cittadinanza di Paesi a forte pressione migratoria (4). Altri studi settoriali, ad esempio su alcuni gruppi di migranti in condizioni di irregolarità giuridica e su italiani in condizioni di svantaggio e fragilità (5), sono stati effettuati su determinati contesti territoriali (6) o su specifiche patologie (7), in particolare malattie croniche non trasmissibili - MCNT (8). Un importante lavoro curato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha recentemente reso disponibili dati sulle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci, in particolare nella cura delle MCNT, analizzando le prescrizioni farmaceutiche erogate attraverso l'assistenza convenzionata (9). Lo studio descrive, tuttavia, l'uso dei farmaci in una popolazione che non

comprende coloro che per grave marginalità sociale o criticità giuridico-amministrative non possono accedere all'assistenza convenzionata.

Promuovere l'equità in salute significa anche promuovere attivamente la rappresentazione dei gruppi marginali nell'ambito della ricerca, favorendo un miglioramento qualitativo delle risposte ai bisogni anche attraverso la promozione di azioni in rete tra istituzioni pubbliche, organizzazioni del privato sociale e comunità territoriali, secondo un approccio di sanità pubblica di prossimità che prevede anche "interventi tesi a riorientare i servizi sanitari in un'ottica di maggiore permeabilità e fruibilità, sviluppati a partire dalla capacità del sistema di "riconoscere" i bisogni socio-sanitari della popolazione e dunque di aprirsi alle esigenze espresse dal territorio" (10).

In questo contesto opera il Poliambulatorio Caritas di Roma, servizio a bassa soglia di accesso, che garantisce assistenza sanitaria di base e un Servizio Farmaceutico, con l'obiettivo di tutelare la salute della persona in condizioni di marginalità e fragilità sociale attraverso una presa in carico globale. In quanto servizio a bassa soglia è caratterizzato da massima accessibilità, informalità della relazione tra operatori e utenti e multidisciplinarietà dell'équipe.

Tenendo conto che non c'è uniformità nella letteratura e nella pratica di sanità pubblica rispetto alla definizione di fragilità e che "[spesso]... si utilizzano in modo intercambiabile aggettivi come vulnerabilità, suscettibile e fragilità senza un preliminare consenso sul loro significato, soprattutto in riferimento alle malattie croniche e ai modelli assistenziali che le riguardano" (11), si chiarisce che in questo articolo l'accezione di fragilità utilizzata è quella più ampia e include: criticità sanitaria (cronicità e non solo), emarginazione sociale, problematicità giuridica e isolamento relazionale; si tratta di condizioni spesso concomitanti.

Il Poliambulatorio e l'annesso Servizio Farmaceutico hanno consolidato nel tempo modalità di servizio caratterizzate da un approccio transculturale (12) ad alto impatto relazionale, vale a dire mettere al centro la relazione con ogni persona e farlo con modalità di presenza, in cui ruoli e compiti di operatori e volontari sono sempre orientati alla presa in carico globale della persona e al rafforzamento della relazione terapeutica (13, 14). L'erogazione delle prestazioni è resa possibile dall'impegno di un gruppo di circa cento volontari, coordinati da un'équipe di operatori di Direzione Sanitaria, che garantiscono l'assistenza sanitaria e sono formati

con specifiche competenze in ambito relazionale e transculturale. La qualità della relazione terapeutica e la creazione di alleanze hanno infatti un ruolo fondamentale nell'adesione alle terapie; per tale motivo si è scelto di garantire l'accesso alle terapie farmacologiche nel quadro del più ampio setting di cura del Poliambulatorio, attuando una strategia di cura orientata al miglioramento della compliance terapeutica (15). Inoltre, garantire le terapie farmacologiche alla popolazione assistita attraverso l'uso di farmaci donati, secondo un approccio di economia circolare e previsto a partire dal 2016 dalla cosiddetta Legge Gadda (16), risponde a una dimensione etica e solidaristica in cui operatori sanitari e pazienti sono coinvolti come attori di un unico processo partecipativo, garantendo un'adeguata risposta ai bisogni di salute di una popolazione al margine dell'SSN, le cui finalità assistenziali vengono integrate in un'ottica di sussidiarietà, e non sostituite.

Il Poliambulatorio, situato all'interno del complesso della Stazione Termini in un'area facilmente raggiungibile e attraversata da persone ai margini del corpo sociale, è strutturato come "una porta aperta sulla strada" e per accedere non è richiesto alcun tipo di documento. È rivolto in prima istanza a persone che non hanno mai avuto o hanno perso un preesistente collegamento con l'SSN, in particolare stranieri che non hanno il permesso di soggiorno, comunitari fragili e persone senza dimora.

Attraverso un apposito Protocollo di Intesa con la ASL Roma 1 (azienda sanitaria locale di riferimento per l'area in cui sono implementate le attività ed erogati i servizi), il Poliambulatorio è inserito all'interno della rete degli ambulatori STP, straniero temporaneamente presente/ENI, europeo non iscritto per cittadini non italiani della ASL stessa (per un approfondimento sulle tipologie di tutela sanitaria previste per cittadini non italiani *vedi Tabella 1*).

Presso la struttura, durante gli orari di apertura (dal lunedì al venerdì, dalle 16.00 alle 19.00), è possibile accedere a visite di medicina generale e a diverse prestazioni specialistiche; è, inoltre, presente un servizio di medicheria dove vengono effettuate prestazioni semplici (ad esempio, misurazione dei parametri vitali, iniezioni intramuscolo) e medicazioni complesse di ulcere (prevalentemente agli arti inferiori), oltre al Servizio Farmaceutico nell'ambito del quale è stato realizzato il presente studio. L'équipe di Direzione Sanitaria, coadiuvata da un gruppo di volontari esperti, è particolarmente impegnata nell'orientamento sanitario, al fine

Tabella 1 - Schema semplificato (e non esaustivo) della tipologia della presenza di cittadini non italiani e diritto alla tutela sanitaria alla luce dell'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome del 20 dicembre 2012 e successivi aggiornamenti e modifiche al Testo Unico sull'Immigrazione (DLvo 286/98) e norme collegate

Tipologia di immigrato	Tipologia di tutela	Note
Straniero regolare con permesso di soggiorno (PDS) che richiama lavoro (anche in fase di disoccupazione; stagionali; regolarizzandi), famiglia (anche se per gravidanza o per accompagnamento minore) o protezione sociale (sfollati o profughi temporanei)	Iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)	Garantisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
Richiedente protezione internazionale, PDS come rifugiato, protezione internazionale, umanitario	Iscrizione obbligatoria SSN	Garantisce i LEA
Stranieri con PDS a seguito di violenza domestica, sfruttamento lavorativo, eccezionale calamità, particolare valore civile, casi speciali, protezione speciale	Iscrizione obbligatoria SSN	Garantisce i LEA
Straniero detenuto indipendentemente dal possesso di un PDS	Iscrizione obbligatoria SSN	Garantisce i LEA
Straniero con PDS per motivi di cura ai sensi art. 19, c. 2, l. d e d-bis TUI (Testo Unico Immigrazione)	Iscrizione obbligatoria SSN	Garantisce i LEA
Straniero minorenni in condizione di irregolarità giuridica e straniero minorenni non accompagnato	Iscrizione SSN e codici di specifica esenzione	Garantisce i LEA
Straniero con visto e/o PDS per motivi di cura - art. 36 TUI (a eccezione gravidanze e inespellibilità ai sensi art. 19, c. 2, l. d e d-bis TUI)	A proprio carico o di sponsor (privati o pubblici - progetti umanitari regionali o statali)	Copre esclusivamente gli interventi autorizzati
Straniero maggiorenne in condizione di irregolarità giuridica (indipendentemente dal tempo di permanenza o dalla nascita in Italia)	Codice STP (straniero temporaneamente presente)	Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi di medicina preventiva e riabilitativa
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 all'SSN garantisce i LEA
Straniero regolare con visto breve (turismo, affari, ecc.)	Assicurazione privata	Copre solo urgenze
Comunitario per soggiorni brevi	Tessera europea assicurazione malattia (TEAM)	Garantisce le cure considerate medicalmente urgenti e necessarie in relazione alla durata del soggiorno temporaneo e allo stato di salute del titolare
Comunitario studente in Italia	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN (in alcuni casi estensione TEAM)	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione all'SSN garantisce i LEA
Comunitario con residenza in Italia non avente diritto all'iscrizione obbligatoria	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione all'SSN garantisce i LEA
Comunitario senza TEAM e altro diritto all'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale e in condizione di fragilità sociale	Codice ENI (europeo non iscritto)	Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi di medicina preventiva e riabilitativa
Comunitario presente in Italia 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

di informare in merito ai diritti esigibili dalle persone e alle possibilità di accesso all'SSN e nell'accompagnamento ai percorsi diagnostico-terapeutici e sociosanitari per le persone in particolari condizioni di fragilità. La possibilità di dispensare terapie farmacologiche è resa possibile dalla donazione di confezioni di farmaci integre e in condizioni di validità da parte di singoli, gruppi, parrocchie, associazioni e altri attori della comunità territoriale. Ai fini dell'approvvigionamento è attiva anche una collaborazione con il Banco Farmaceutico per la donazione di farmaci da banco e di alcune tipologie specifiche di medicinali prescrittibili.

In questo contesto, il progetto "Bisogni di salute e uso dei farmaci in un ambulatorio per persone afferenti ai servizi della Caritas di Roma in condizione di marginalità sociale" promosso da Caritas Roma, è stato realizzato (nel periodo aprile 2019-dicembre 2022) grazie a un partenariato tra Area Sanitaria della Caritas di Roma, Direzione Regionale Salute ed Integrazione sociosanitaria - Area Farmaci e Dispositivi della Regione Lazio e Centro Nazionale per la Ricerca e Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci - Reparto di Farmacoepidemiologia e Farmacovigilanza dell'Istituto Superiore di Sanità presso un servizio a bassa soglia, quale il Poliambulatorio Caritas di Roma e l'annesso Servizio Farmaceutico. La realizzazione del progetto si inserisce nell'ambito dei Progetti di Farmacovigilanza Attiva Regionali finanziati dall'AIFA, in questo caso con i fondi delle annualità 2012-2013-2014. Gli indirizzi per la realizzazione dei programmi di farmacovigilanza attiva sono definiti attraverso apposite convenzioni tra l'AIFA e le singole Regioni per l'utilizzazione delle risorse di cui all'art. 36, comma 14, della Legge n. 449/1997 (17). Obiettivo primario del progetto è conoscere lo stato di salute e l'uso dei farmaci, identificando anche possibili reazioni avverse, nei cittadini italiani e stranieri in condizioni di marginalità giuridica e/o sociale, ottimizzando la distribuzione dei farmaci e migliorando l'aderenza ai trattamenti (18, 19). Gli obiettivi progettuali sono stati perseguiti nella più ampia finalità di sanità pubblica, in particolare promuovere la ricerca in un gruppo di popolazione escluso dalle attività di monitoraggio e ricerca, nonché dalla possibilità di beneficiare dei miglioramenti e dei progressi per la salute che la ricerca sull'uso dei farmaci può garantire (20).

Obiettivo del presente lavoro è presentare i dati preliminari del suddetto progetto, acquisiti in un periodo di riferimento breve e attraverso un sistema in fase di sperimentazione.

Materiali e metodi

La popolazione che afferrisce ai servizi del Poliambulatorio e a cui lo studio fa riferimento è caratterizzata da una condizione di fragilità e marginalità multipla: povertà economica, fragilità sociale e giuridico-amministrativa, precarietà abitativa e povertà relazionale. Una popolazione in cui si sommano molteplici condizioni di svantaggio e in cui molteplici determinanti sociali di salute agiscono simultaneamente (21).

Lo studio del presente lavoro fa riferimento all'analisi delle cartelle contenenti i dati socio-demografici e clinici dei pazienti che hanno fatto accesso presso i servizi del Poliambulatorio nel periodo dal 1° gennaio al 30 settembre 2022. Per ciascuna persona che ha ricevuto almeno una visita è stata redatta una cartella a cui è stato attribuito un codice identificativo. Nell'ambito del presente lavoro sono definiti come "pazienti del Poliambulatorio" tutti coloro, tra quanti accedono alla struttura, a cui è attribuita una cartella con codice identificativo. Le cartelle in uso vengono redatte e aggiornate in formato cartaceo e vengono aperte al primo accesso della persona presso la struttura, quando si deve effettuare un colloquio o una visita con un medico. Per quanto concerne la parte socio-anagrafica non è a oggi prevista una procedura di aggiornamento, pertanto i dati registrati nella singola cartella costituiscono una fotografia delle condizioni di vita della persona al momento del primo accesso. Il Poliambulatorio è dotato di una banca dati informatica in cui sono archiviate, tramite apposito sistema, le copie telematiche di ogni cartella.

I campi contenuti in ciascuna cartella, a cui corrisponde il codice identificativo del paziente (cartaceo e telematico), sono i seguenti:

- sezione anagrafica (cognome, nome, genere, data di nascita, Paese di nascita, cittadinanza);
- sezione dati socio-demografici (livello di istruzione, anno di arrivo in Italia per gli stranieri ed eventuale tipologia di permesso, stato occupazionale, condizione abitativa, iscrizione all'SSN, conoscenza della lingua italiana);
- sezione clinica (tipo di visita, data, quanto emerge dal colloquio e dalla valutazione sanitaria del medico).

Tutte le informazioni presenti nella cartella, rilevate nei colloqui e nelle visite, sono inserite nella banca dati informatica da medici volontari competenti in riferimento al servizio specifico. I dati clinici sono inseriti utilizzando la codifica presente nel Manuale ICD-9-CM (International Classification of Diseases 9th revision Clinical Modification).

Il progetto ha permesso di modificare e implementare il sistema informatico inserendo una sezione dedicata al flusso di dati inerenti il

Servizio Farmaceutico e la dispensazione di farmaci interna alla struttura; in tale sezione sono registrati i movimenti relativi a ogni confezione di farmaco distribuita. Il tracciamento di tali movimenti avviene durante gli orari di apertura del Servizio Farmaceutico e in modo contestuale alla dispensazione stessa. Tramite l'inserimento del codice di autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) riportato in confezione, la registrazione viene effettuata in genere in modalità manuale, in quanto per le confezioni di farmaci donate la fustella è stata rimossa al momento dell'acquisto da parte del donatore. Pur essendo stata predisposta una tecnologia OCR (optical character recognition) per la registrazione del codice alfanumerico riportato in confezione, l'inserimento manuale è risultato al momento la modalità più agevole per la registrazione. Le confezioni tracciate con l'acquisizione del codice AIC sono associate nel momento della registrazione al codice identificativo della cartella per tutti i pazienti del Poliambulatorio. In caso di dispensazione di farmaci a persone non registrate presso il Poliambulatorio, e dunque prive di codice identificativo, è stata predisposta un'anagrafica semplificata i cui campi presentano le seguenti informazioni: nome, cognome, codice fiscale/codice STP/codice ENI, nazione di nascita, data di nascita, sesso, eventuale afferenza ad altri servizi Caritas. Va, comunque, sottolineato come coloro che usufruiscono del Servizio Farmaceutico senza essere pazienti del Poliambulatorio costituiscono un gruppo piuttosto esiguo di persone e quindi i relativi dati non sono stati presi in considerazione nel presente lavoro.

Risultati

I risultati di seguito riportati illustrano le caratteristiche della popolazione generale afferente al Poliambulatorio (insieme di tutti i pazienti che hanno effettuato almeno un accesso alla struttura nel periodo di riferimento), nonché le caratteristiche riferite alla percentuale di pazienti

(23,8%) per cui sono stati acquisiti dati relativi alle terapie farmacologiche, quindi i pazienti per i quali è stata registrata almeno una dispensazione di farmaco nel periodo di riferimento.

Per quanto riguarda la popolazione generale, dal 1° gennaio al 30 settembre 2022 presso il Poliambulatorio hanno fatto accesso 1.785 persone registrate provenienti da 95 Paesi: 67% uomini e 33% donne. Si tratta di 847 (47,5%) nuovi pazienti e 938 (52,5%) vecchi pazienti, provenienti nel 36,9% dei casi dal continente europeo, nel 30,5% dal continente africano, nel 20,3% dal continente asiatico e nel 12,3% dal continente americano. I primi cinque Paesi di provenienza sono: Romania, Ucraina, Bangladesh, Perù e Somalia. L'Ucraina rappresenta la prima nazionalità tra i nuovi pazienti. Il 34% delle persone non ha il permesso di soggiorno (nel 28% dei casi non lo ha mai avuto e nel 6% lo ha avuto in precedenza, ma scaduto e non ancora chiesto il rinnovo al momento della registrazione del dato), mentre il 19% dei pazienti è cittadino europeo. Sotto il profilo occupazionale, il 74,7% delle persone risultano prive di occupazione. Per quanto riguarda le condizioni abitative, il 18,7% è senza dimora, il 19,6% vive in centri di accoglienza e il 5,1% in insediamenti spontanei o in edifici occupati. Nel 74% dei casi le persone non sono iscritte all'SSN.

Nel periodo 1° gennaio-30 settembre 2022 sono state tracciate 2.492 confezioni di farmaci dispensate a 424 pazienti corrispondenti al 23,8% di coloro che hanno fatto accesso al Poliambulatorio: 295 uomini (70%) e 129 donne (30%), con età media di 52 anni (deviazione standard ± 12). Relativamente alla provenienza, il 44,1% proviene da Paesi europei, il 23,8% dal continente africano, il 22,9% dal continente asiatico e il 9,2% da quello americano. Le prime quattro nazionalità rappresentate, come tra i pazienti del Poliambulatorio, sono Romania (25%), Bangladesh (15,3%), Ucraina (6,6%) e Perù (6,1%) (Figura 1, Tabella 2). Il 29,7% è rappresentato da

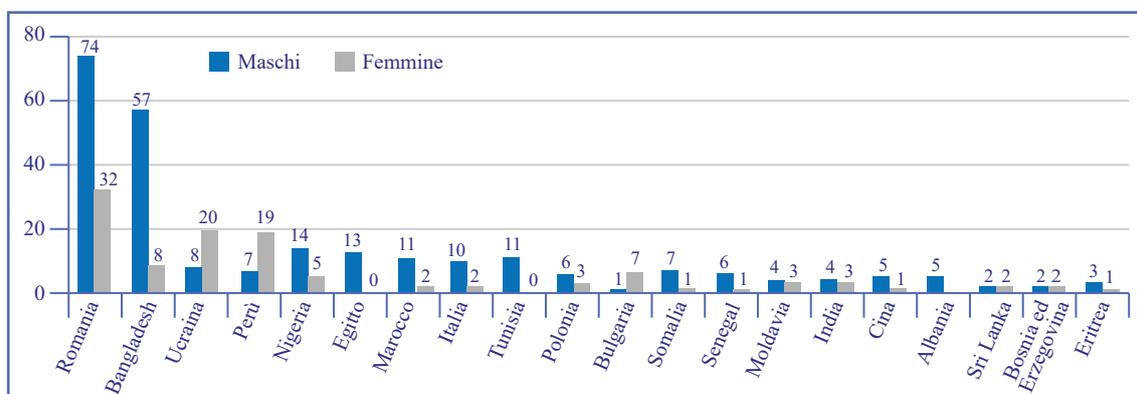


Figura 1 - Paese di provenienza dei pazienti per i quali è stata registrata la dispensazione dei farmaci (primi 20 Paesi su un totale di 58). Poliambulatorio Caritas Roma, 1° gennaio-30 settembre 2022

Tabella 2 - Paese di provenienza dei pazienti per i quali è stata registrata la dispensazione dei farmaci (primi 20 Paesi su un totale di 58). Poliambulatorio Caritas Roma, 1° gennaio-30 settembre 2022

Paesi	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Romania	74	25,1	32	24,8	106	25,0
Bangladesh	57	19,3	8	6,2	65	15,3
Ucraina	8	2,7	20	15,5	28	6,6
Perù	7	2,4	19	14,7	26	6,1
Nigeria	14	4,7	5	3,9	19	4,5
Egitto	13	4,4	0	0,0	13	3,1
Marocco	11	3,7	2	1,6	13	3,1
Italia	10	3,4	2	1,6	12	2,8
Tunisia	11	3,7	0	0,0	11	2,6
Polonia	6	2,0	3	2,3	9	2,1
Bulgaria	1	0,3	7	5,4	8	1,9
Somalia	7	2,4	1	0,8	8	1,9
Senegal	6	2,0	1	0,8	7	1,7
Moldavia	4	1,4	3	2,3	7	1,7
India	4	1,4	3	2,3	7	1,7
Cina	5	1,7	1	0,8	6	1,4
Albania	5	1,7	0	0,0	5	1,2
Sri Lanka	2	0,7	2	1,6	4	0,9
Bosnia	2	0,7	2	1,6	4	0,9
Eritrea	3	1,0	1	0,8	4	0,9
Altre nazionalità	45	15,3	17	13,2	62	14,6
Totale	295	100,0	129	100,0	424	100,0

cittadini europei, il 35,1% non ha permesso di soggiorno: il 27,1% non lo ha mai avuto e l'8,0% ha avuto un permesso poi scaduto e non rinnovato (Figura 2). Il 75,2% non ha occupazione (Figura 3). Relativamente alla dimensione abitativa, il 18,3% vive in un centro di accoglienza, il 14,8% è senza dimora e il 5,4% vive in insediamenti spontanei o in edifici occupati. L'85% non è iscritto all'SSN. Le

patologie a maggior frequenza per cui sono stati registrati farmaci dispensati sono: patologie osteo-muscolari (16,7%), patologie cardio-circolatorie (15,6%), patologie dell'apparato digerente (11,4%) e patologie endocrino-metaboliche (8,1%) (Figura 4). Nell'11,1% dei casi sono stati registrati anche sintomi classificati come sintomi mal definiti che è possibile spiegare da un lato con il disagio sociale e dall'altro con la difficoltà riscontrata per arrivare a una diagnosi effettiva. Questa difficoltà è legata sia alla possibile scarsa compliance della persona sia alla presenza di diversi tipi di barriere per l'accesso all'SSN e alle prestazioni specialistiche. Per quanto concerne i farmaci registrati nel database, i dieci principi attivi a maggior consumo in termini di dosi (rappresentanti il 36% del totale delle confezioni consegnate) risultano essere: ramipril (12,4%), atorvastatina (6,6%), amlodipina (4,8%), colecalciferolo (4,5%), acido-acetilsalicilico a basso dosaggio (4,4%), metformina (3,8%), pantoprazolo (3,3%), olmesartan (3,0%), furosemide (2,7%) e valsartan (1,8%).

Complessivamente, il profilo epidemiologico risulta sovrapponibile a quello dei pazienti del Poliambulatorio, con una significativa incidenza di patologie croniche.

Discussione e conclusioni

Grazie al progetto "Bisogni di salute e uso dei farmaci in un ambulatorio per persone afferenti ai servizi della Caritas di Roma in condizione di marginalità sociale" è stato possibile realizzare presso il Poliambulatorio Caritas di Roma la registrazione e l'analisi dell'uso di farmaci dispensati a un particolare gruppo di popolazione: coloro che vivono in condizioni di marginalità

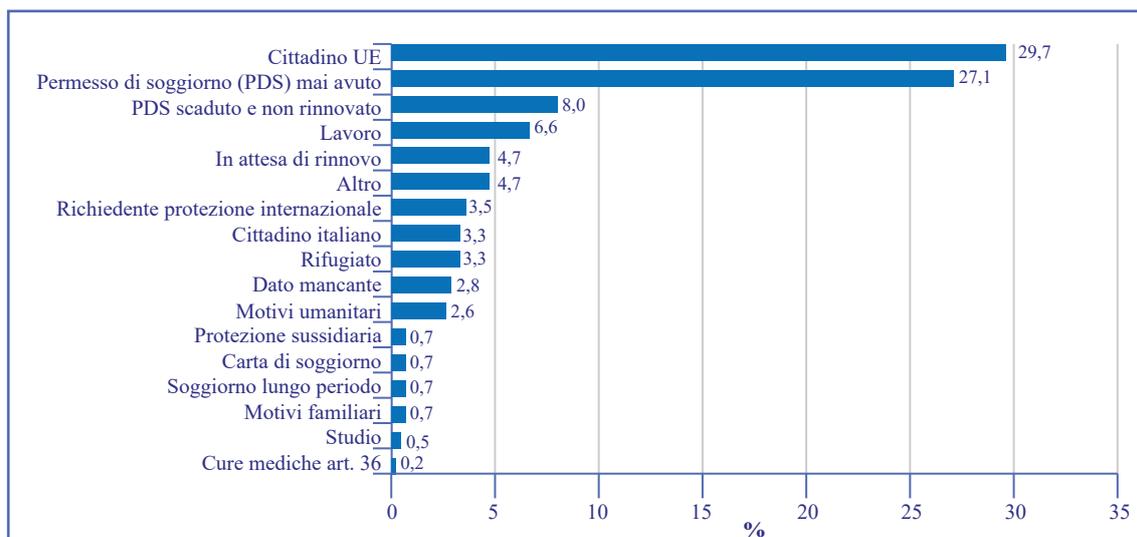


Figura 2 - Situazione dei documenti dei pazienti registrati come utilizzatori dei farmaci. Poliambulatorio Caritas Roma, 1° gennaio-30 settembre 2022

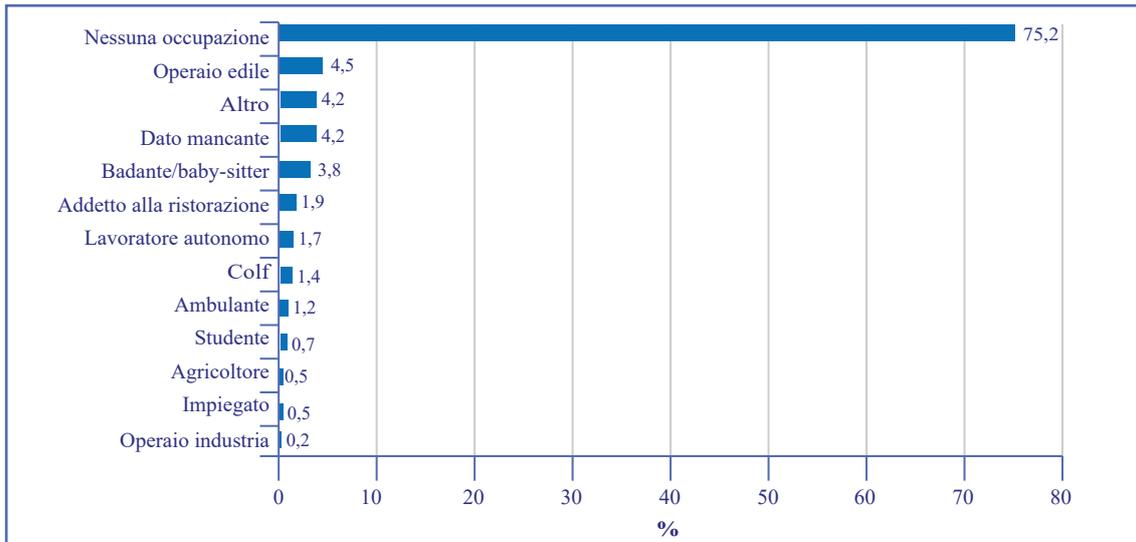


Figura 3 - Condizione lavorativa dei pazienti registrati come utilizzatori dei farmaci. Poliambulatorio Caritas Roma, 1° gennaio-30 settembre 2022

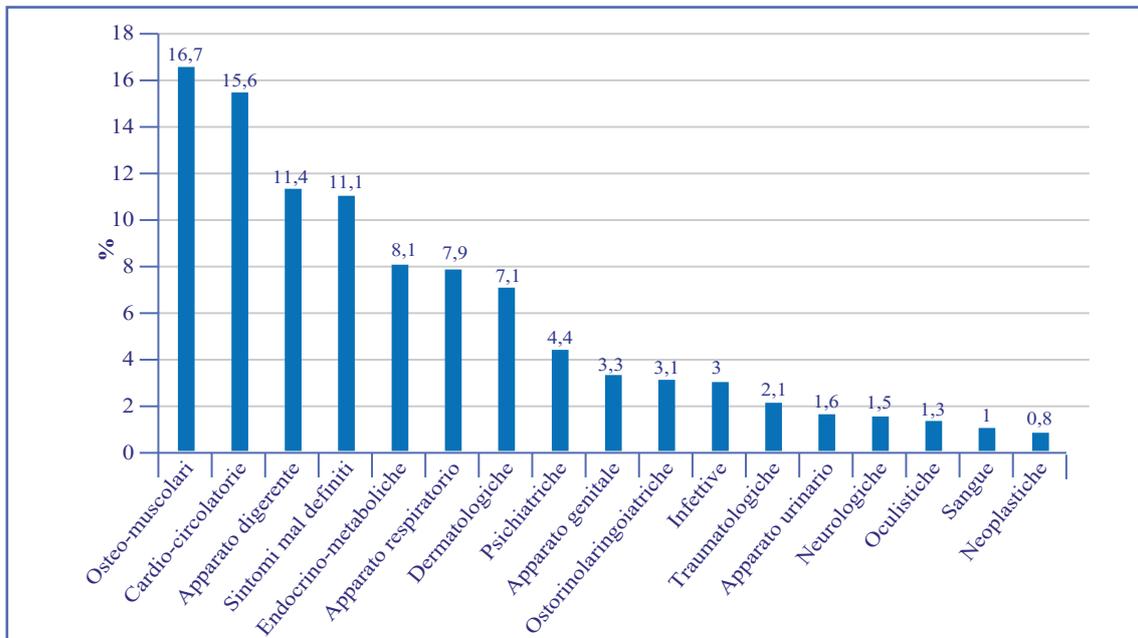


Figura 4 - Distribuzione diagnosi dei pazienti complessivi registrati come utilizzatori dei farmaci. Poliambulatorio Caritas Roma, 1° gennaio-30 settembre 2022

sociale, di precarietà economica, abitativa e lavorativa, che spesso incontrano diversi tipi di barriere per l'accesso all'SSN.

Il progetto ha previsto anche attività di tipo formativo/informativo e di sensibilizzazione sull'uso dei farmaci e in materia di farmacovigilanza.

Ai fini del completamento della descrizione del setting di ricerca è opportuno aggiungere che il servizio del Poliambulatorio è stato radicalmente riorganizzato durante e a seguito della pandemia da SARS-CoV-2, pur continuando a garantire accoglienza sanitaria a persone in condizioni di

marginalità e, in particolare, ai migranti fragili (22). Sono state implementate nuove procedure costantemente aggiornate secondo le indicazioni ministeriali, regionali e locali, che hanno permesso al servizio del Poliambulatorio di continuare a rimanere aperto in un momento di accentuata criticità, in cui una popolazione già ai margini del sistema sanitario era ancor più marginalizzata nel quadro del fenomeno pandemico. Il Poliambulatorio si è trovato quindi ad accogliere una popolazione di invisibili tra gli invisibili (23). La riorganizzazione del servizio ha però fortemente

rallentato le attività di implementazione del progetto, con particolare riferimento alle azioni di tracciamento e raccolta dati. La dispensazione dei farmaci infatti, durante il periodo pandemico, è stata effettuata direttamente dal personale medico e contestualmente alle visite e solo con la fine dell'emergenza è stato possibile riprendere la dispensazione diretta ai pazienti e avviare la sperimentazione del programma.

Esistono pochissimi dati simili a livello nazionale e locale, tra cui quelli raccolti nell'ambito della rete del Banco Farmaceutico (24); quindi il progetto e il presente studio che ne riporta dati e analisi preliminari hanno diverse potenzialità. Tra esse, è possibile indicare:

- lo sviluppo e la sperimentazione di una metodologia per la registrazione della dispensazione dei farmaci in un ambulatorio a bassa soglia di accesso e con risorse limitate;
- la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva e il monitoraggio dell'aderenza al trattamento (25) di persone in condizioni di marginalità sociale;
- l'analisi del profilo epidemiologico del gruppo in studio partendo dalla classe e dalla tipologia di farmaci;
- la possibilità di rinforzare le attività di farmacovigilanza attiva e il monitoraggio di eventuali effetti avversi.

Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva e monitoraggio dell'aderenza al trattamento sono aspetti entrambi rilevanti, in quanto le evidenze scientifiche attestano una scarsa adesione a trattamenti e criticità di compliance in alcune categorie di pazienti fragili o con svantaggio socio-economico e l'ipotesi è che anche la fragilità sociale del gruppo target coinvolto nello studio possa, soprattutto in presenza di alcune condizioni concomitanti, come patologie psichiatriche e/o neurologiche, difficoltà comunicative e/o relazionali, eventuali distanze culturali, determinare criticità nell'adesione ai trattamenti (8, 9). L'estensione del periodo di monitoraggio potrebbe permettere una specifica valutazione in merito.

Tra i limiti dello studio è da considerare certamente il fatto che la procedura di registrazione attraverso una specifica sezione del sistema informatico è stata attivata presso il Servizio Farmaceutico recentemente, così come le modalità organizzative attualmente in essere presso la struttura del Poliambulatorio (ad esempio, i farmaci registrati sono quelli dispensati dagli stessi farmacisti, ma molto spesso sono i medici a consegnare il farmaco al paziente direttamente in ambulatorio o nel corso del colloquio e questo al momento non viene registrato). È possibile

pensare inoltre che le persone che accedono autonomamente al Servizio Farmaceutico con una ricetta rilasciata dai medici del Poliambulatorio siano quelli con un certo livello di autonomia e non i più fragili. Inoltre, per quanto concerne i dati socio-anagrafici, questi sono generalmente relativi al primo accesso della persona presso la struttura e potrebbero con buona probabilità essersi modificati, soprattutto per quanto riguarda la situazione amministrativa, abitativa, lavorativa che facilmente è suscettibile di variazioni nel corso del tempo. Per quanto riguarda i dati relativi alla parte clinica, non essendoci una cartella clinica informatizzata ed essendo la codifica dipendente dall'operatore, i dati potrebbero essere parziali.

Nonostante ciò, il sistema realizzato e testato nell'ambito del progetto si è dimostrato efficace per il raggiungimento dell'obiettivo proposto e certamente aperto a miglioramenti relativi ai dati sia nella qualità che nella quantità delle registrazioni.

Ringraziamenti

Si ringraziano Roberto Da Cas, Francesca Menniti-Ippolito, Ilaria Ippoliti del Centro Nazionale per la Ricerca e Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci - Reparto di Farmacoepidemiologia e Farmacovigilanza dell'Istituto Superiore di Sanità per il supporto, la consulenza tecnica e la formazione nell'ambito del progetto descritto.

Citare come segue:

Vischetti E, Civitelli G, Liddo M, Torchiario S, Castro Cedeno G, Geraci S. Bisogni di salute e uso dei farmaci in un ambulatorio per persone afferenti ai servizi della Caritas di Roma in condizione di marginalità sociale: analisi preliminare nei primi nove mesi del 2022. *Boll Epidemiol Naz* 2022;3(4):1-9.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: studio commissionato dalla Regione Lazio che lo ha finanziato nell'ambito dei Progetti Regionali di Farmacovigilanza Attiva co-finanziamenti da AIFA con i Fondi per il triennio 2012-2014 (risorse di cui all'art. 36, comma 14, della Legge n. 449/1997) secondo quanto stabilito dell'accordo Stato-Regioni ai sensi dell'art. 4 del DLvo n. 281/1997, come da Convenzione del 7 agosto 2018 tra AIFA e Regione Lazio.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. Italia. Legge n. 833 del 23 dicembre 1978. Istituzione del servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 360 del 28 dicembre 1978 - Supplemento Ordinario.
2. Italia. Decreto della Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001. Definizione dei Livelli essenziali di assistenza. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n.33 dell'8 febbraio 2002 - Supplemento Ordinario n.26.
3. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza,

- di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (17A02015). Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 65 del 18 marzo 2017 - Supplemento Ordinario n. 15.
4. 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.
 5. Fiorini G, Cerri C, Magri F, Chiovato L, Croce L, Rigamonti AE, et al. Risk factors, awareness of disease and use of medications in a deprived population: differences between natives and undocumented migrants in Italy. *J Public Health (Oxf)* 2021;43(2):302-7. doi: 10.1093/pubmed/fdz123
 6. Marchesini G, Bernardi D, Miccoli R, Rossi E, Vaccaro O, De Rosa M, et al. Under-treatment of migrants with diabetes in a universalistic health care system: The ARNO Observatory. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2014;24(4):393-9. doi: 10.1016/j.numecd.2013.09.012
 7. Fiorini G, Milani S, Pincelli AI, Calella D, Galliani S, Badalamenti S, et al. Will undocumented migrants contribute to change epidemiology, presentation and pharmacologic treatment of diabetes in Western countries? *Prim Care Diabetes* 2020;14(1):21-8. doi: 10.1016/j.pcd.2019.04.004
 8. Fiorini G, Cerri C, Bini S, Rigamonti AE, Perlini S, Marazzi N, et al. The burden of chronic noncommunicable diseases in undocumented migrants: a 1-year survey of drugs dispensation by a non-governmental organization in Italy. *Public Health* 2016;141:26-31. doi:10.1016/j.puhe.2016.08.009
 9. Agenzia Italiana del Farmaco. *Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2021.
 10. Baglio G, Eugeni E, Geraci S. Salute Globale e Prossimità: un framework per le strategie di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi hard-to-reach. *Recenti Prog Med* 2019;110(4):159-64. doi: 10.1701/3154.31341
 11. Costa G. Vulnerabilità e fragilità in sanità pubblica, nelle politiche e nei metodi di studio. *Epidemiol Prev* 2020;44(5-6, Suppl. 1):14-7. doi: 10.19191/EP20.5-6.S1.P014.069
 12. Mazzetti M. *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*. Roma: Carocci Editore; 2018.
 13. Maisano B. La medicina transculturale sarà la medicina. *Nuovi percorsi interculturali in sanità. Studi Emigrazione* 2005;(157):75-85.
 14. Kleinman A. Presence. *Lancet* 2017;389(10088):2466-7. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31620-3
 15. Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press; 1980. doi: 10.1525/9780520340848
 16. Italia. Legge n. 166 del 19 agosto 2016. Disposizioni concernenti la donazione e la distribuzione di prodotti alimentari e farmaceutici a fini di solidarietà sociale e per la limitazione degli sprechi. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 202 del 22 agosto 2016.
 17. Italia. Legge n. 449 del 27 dicembre 1997. Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica, corredato delle relative note. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 22 del 28 gennaio 1998 - Supplemento Ordinario n.26.
 18. Grosso G, Marventano S, Ferranti R, Mistretta A. Pattern of antibiotic use in the community: Non-adherence and self-prescription rates in an Italian urban population. *Mol Med Rep* 2012;5(5):1305-10. doi: /10.3892/mmr.2012.818
 19. Saracino A, Zaccarelli M, Lorenzini P, Bandera A, Marchetti G, Castelli F, et al. Impact of social determinants on antiretroviral therapy access and outcomes entering the era of universal treatment for people living with HIV in Italy. *BMC Public Health* 2018;18(1):870. doi: 10.1186/s12889-018-5804-z
 20. World Health Organization. *Introduction to Drug Utilization Research*. Geneva: World Health Organization; 2003.
 21. Rinaldi A, Marceca M. I determinanti sociali della salute: che cosa sono e come influenzano la nostra salute? *Riflessioni sistemiche* 2017;16:104-19. www.aiems.eu/files/rinaldimarceca.pdf; ultimo accesso 12/12/2022.
 22. Civitelli G, Torchiano S, Rozzi E, Marceca M, Castro Cedeno G, Geraci S. Percorsi di accoglienza di migranti fragili e di altre persone vulnerabili durante la pandemia di Covid-19. In: Russo ML, Gatta A, Geraci S, Marceca M (Ed.). *Salute e migrazione: ieri, oggi e il futuro immaginabile. La SIMM e trent'anni di storia: 1990-2020*. Bologna: Edizioni Pendragon; 2020.
 23. Geraci S, Verona A. Gli invisibili e il Diritto al vaccino. *Salute Internazionale*. 2021. www.saluteinternazionale.info/2021/03/gli-invisibili-e-il-diritto-al-vaccino/; ultimo accesso 12/12/2022.
 24. Bini S, Rigamonti AE, Fiorini F, Bertazzi PA, Fiorini GF, Cella SG. Health needs assessment in patients assisted by a pharmaceutical non-profit charitable organisation: a preliminary pharmacoepidemiological survey based on the analysis of drug dispensation within Italy's Banco Farmaceutico. *Ital J Med* 2016;10:111-8. doi: 10.4081/ijtm.2015.590
 25. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353(5):487-97. doi:10.1056/nejmra050100