



## CONVEGNO NAZIONALE

La ricerca per la promozione della  
salute dei migranti:  
capire dalle evidenze per agire

24 settembre 2026

*organizzato da*

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS)  
Centro Nazionale per la Salute Globale

# Valutazione dell'uso dei farmaci nelle persone immigrate e in marginalità. L'esperienza di collaborazione tra il Poliambulatorio Caritas di Roma e l'Istituto Superiore di Sanità *Dal visibile all'invisibile*

**Roberto Da Cas**

*Centro nazionale per la ricerca e la valutazione preclinica e clinica dei farmaci  
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

# Il diritto alla salute come principio costituzionale



*L'Articolo 32 esige l'uguaglianza sostanziale e l'accesso effettivo alle cure*

**«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...»**

*Articolo 32, Costituzione Italiana*

## **L'equità oltre la teoria**

Garantire l'accesso alle cure è quindi precetto costituzionale.

Superare gli ostacoli amministrativi, economici e linguistici che impediscono l'accesso ai farmaci e alle cure.

Senza dati aggiornati è impossibile comprendere se il sistema sanitario sta escludendo qualcuno.

# Colmare il vuoto informativo sulle vulnerabilità



*La collaborazione ISS-Caritas nasce per mappare i bisogni di chi è invisibile ai flussi tradizionali*

## L'invisibilità epidemiologica

- I gruppi in condizione di grave marginalità sociale sfuggono alle rilevazioni ufficiali (rilevazione Istat gennaio 2026).
- Le persone senza dimora o irregolari sul territorio non sono tracciabili nei flussi informativi e prescrittivi tradizionali.

## La collaborazione Iss-Caritas

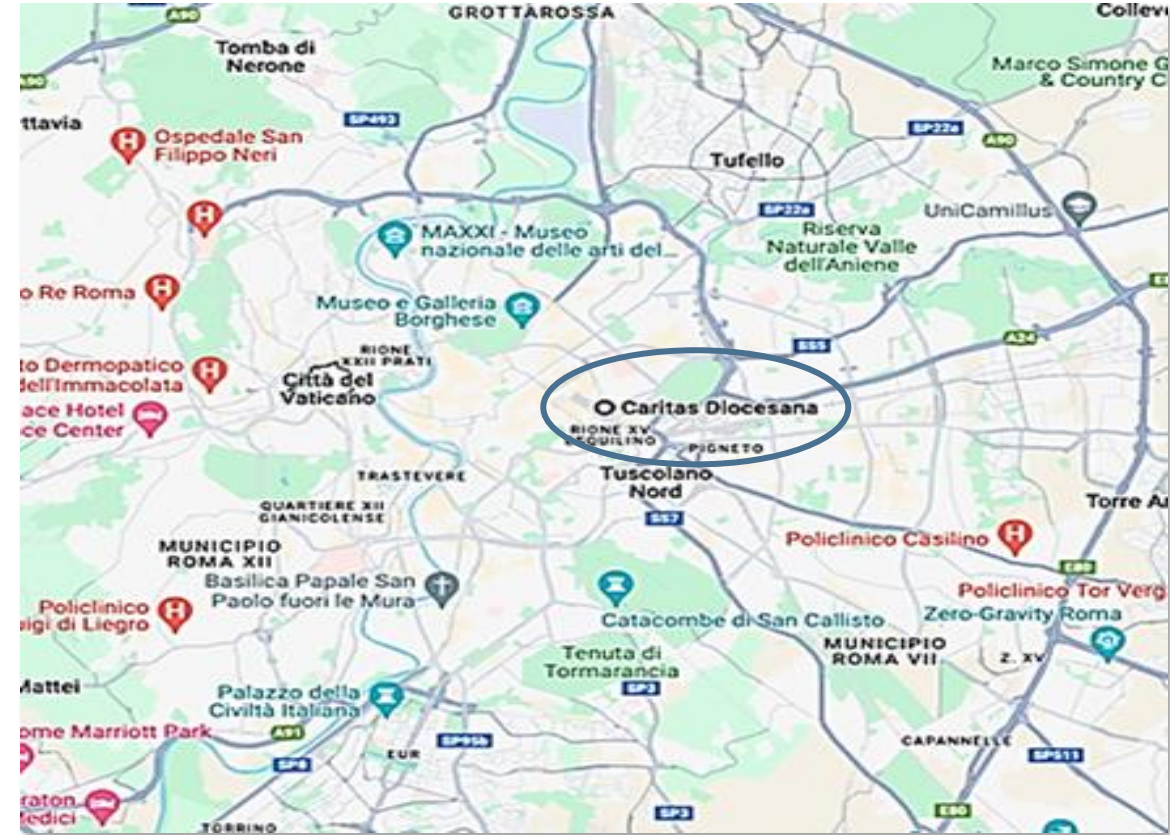
- Un lavoro condiviso iniziato nel 2013 con la stesura del Rapporto "*Farmaci e immigrati*".
- Obiettivo: intercettare i bisogni di salute e guidare le scelte politiche ed assistenziali.

# Setting: area sanitaria Caritas



## Le attività del Poliambulatorio

- Assistenza sanitaria alle persone in condizioni di marginalità ed esclusione sociale.
- Circa 350 volontari attivi - 4.000 pazienti/anno.
- Circa 20.000 prestazioni/anno.
- Dal 1983: oltre 140.000 persone visitate e più di 730mila prestazioni sanitarie.
- Collaborazione con Centro odontoiatrico e l'ambulatorio Ferite Invisibili per vittime di torture e violenze.



# Due approcci metodologici complementari



*Integrazione sinergica tra dati territoriali del SSN e dati clinici di prossimità*

## 1. I dati istituzionali (SSN)

- Prescrizione farmaceutica territoriale a carico del SSN relativa all'anno 2011.
- Coorte di oltre 710.000 immigrati regolarmente residenti.
- Confronto statistico diretto con un campione appaiato della popolazione di cittadini italiani.

## 2. I dati di prossimità (Caritas)

- Analisi basate sulla banca dati interna del Poliambulatorio Caritas Roma.
- Focus sulla marginalità estrema: persone senza dimora, migranti in condizione di irregolarità giuridico-amministrativa.
- Rilevazione delle dispensazioni di farmaci stratificate per età, sesso, cittadinanza e categoria terapeutica (ATC).

# I bisogni di salute: l'uso dei farmaci nella popolazione immigrata



*Gli immigrati incidono in misura ridotta sulla spesa complessiva*

Quota popolazione immigrata

**7,5%**

sul totale dei residenti in Italia (2011)

Incidenza spesa farmaceutica

**2,6%**

della spesa farmaceutica territoriale SSN

Popolazione immigrata

**Prevalenza d'uso 52%**

**Spesa *pro capite* 72€**

**Dosi per utilizzatore 192**

Cittadini italiani

**Prevalenza d'uso 59%**

**Spesa *pro capite* 97€**

**Dosi per utilizzatore 205**

# Prevalenza d'uso per specifiche patologie



*La popolazione immigrata presenta livelli di uso più elevati per diabete e reflusso gastroesofageo*

## Antidiabetici (ATC: A10)

Immigrati: 1,6% | Italiani: 1,1%

## Gastroprotettori (ATC: A02B)

Immigrati: 10,3% | Italiani: 8,7%

## FANS (ATC: M01A)

Immigrati: 11,3% | Italiani: 8,3%

## Antibiotici (ATC: J01)

Immigrati: 31,9% | Italiani: 36,6%

# Le persone senza dimora e le malattie croniche



*La strada aggrava e cronicizza i bisogni sanitari primari*



**Periodo in studio:** febbraio 2022-dicembre 2023



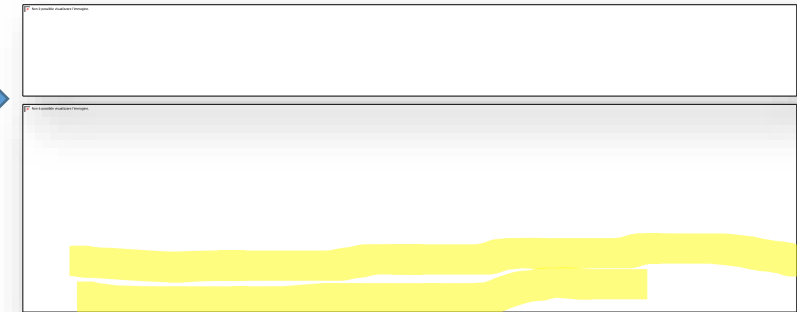
**Popolazione in studio:** 2.238 persone visitate presso l'ambulatorio



**Cartella clinica:** informazioni socio-demografiche, diagnosi, farmaci



**Dati:** codice identificativo del soggetto (anonimo), età, sesso, nazionalità, codice AIC, numero di confezioni/unità posologiche



Età media 43 anni, 78% maschi  
25% titolo superiore/universitario  
85% senza occupazione, 78% no iscritti SSN

## Le sfide della gestione clinica

21% dei senza dimora riceve farmaci  
10% antipertensivi, 4% antidiabetici  
3% anticoagulanti, ipolipemizzanti

# La medicina di genere nella marginalità



*Differenze strutturali nell'accesso e nelle prescrizioni tra uomini e donne*



**Periodo in studio:** febbraio 2022-dicembre 2023

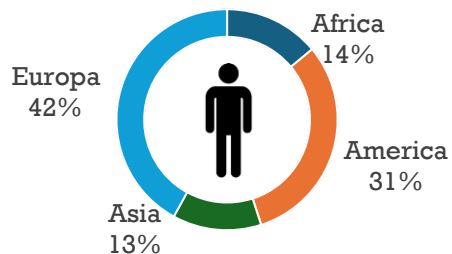


**Popolazione in studio:** 3.732 persone visitate presso l'ambulatorio (età media 43 anni) - 67% uomini

**Prevalenza uso farmaci**



## Uomini

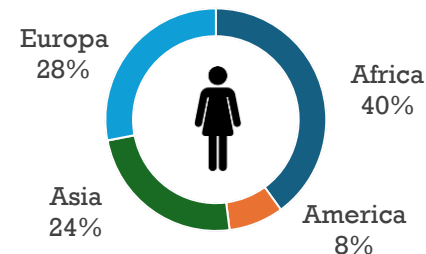


**PRR → 1,6**



**PRR → 1,9**

## Donne



**PRR → 4,4**



**PRR → 1,3**

# Variabilità prescrittiva per nazionalità

*I pattern prescrittivi rispecchiano profili epidemiologici specifici*



**Periodo in studio:** febbraio 2022-ottobre 2024

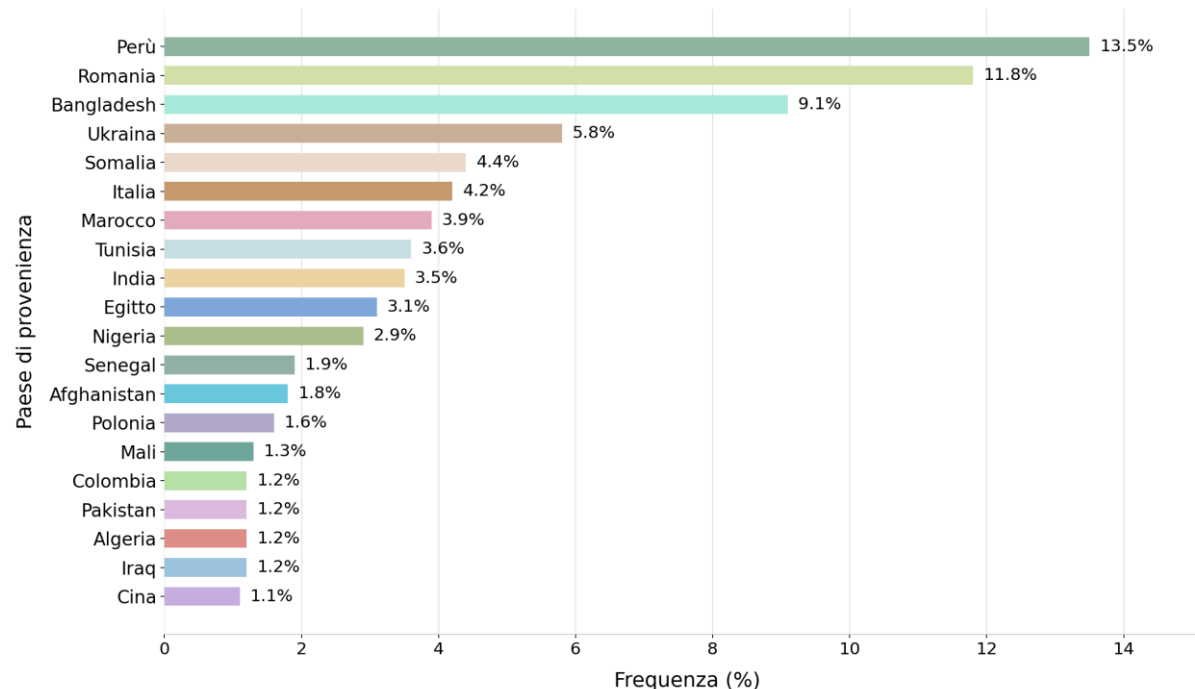


**Popolazione in studio:** 4.846 persone visitate presso l'ambulatorio

**A I E**  
Associazione Italiana di Epidemiologia



Primi 20 Paesi di provenienza più frequenti



## Profilo metabolico

Maggior rischio di diabete mellito tipo 2 tra le persone del Bangladesh (12%) e India (5%).

Incidenza di dislipidemie, che aumenta il rischio cardiovascolare complessivo.

## Profilo cardiovascolare

I pazienti rumeni (17%) hanno un maggiore utilizzo di farmaci antipertensivi.

Problematiche di ipertensione arteriosa legate anche a carichi lavorativi fisici intensi e usura.

# Diabete ed esclusione dal sistema sanitario



*Divario tra tutela del diritto alla salute e barriere amministrative reali*



**Periodo in studio:** febbraio 2022-dicembre 2025



**Popolazione in studio:** 6.903 persone visitate presso l'ambulatorio (età media 52 anni) - 70% uomini - 40% senza fissa dimora



Diagnosi diabete: 7,4%

Categorie a maggior utilizzo:

metformina (54%), gliflozine da sole (13%),  
sulfaniluree da sole (7%),  
metorfmmina/gliptine (6%)

**75% dei pazienti diabetici non iscritto al SSN**

## Le conseguenze cliniche

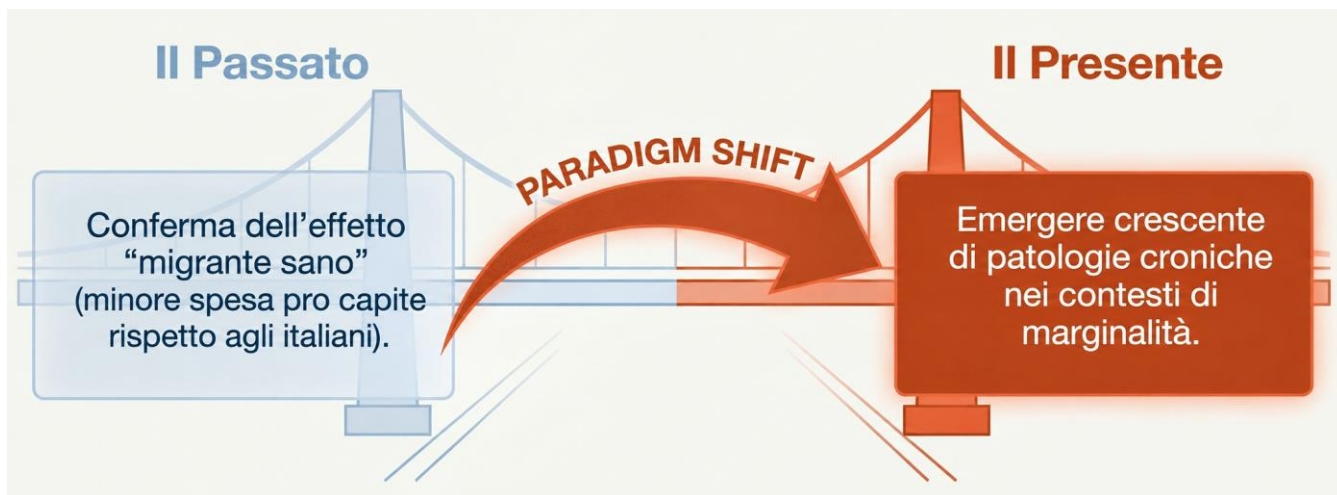
Mancanza di un medico referente per monitorare costantemente la patologia.

Impossibilità di accedere a esami specialistici essenziali (fondus oculi, funzionalità renale, ECG) previsti dai piani terapeutici.

Rischio di complicanze micro e macro vascolari, eventi cardiovascolari.

# Dal migrante «sano» al migrante «esausto»

*L'effetto 'migrante sano' svanisce sotto l'impatto della precarietà prolungata*



## La transizione epidemiologica

La salute dei migranti tende ad allinearsi o peggiorare rispetto a quella degli autoctoni.

Aumento prevalenza diabete, ipertensione e dislipidemie.

Il sistema sanitario deve passare da una logica emergenziale e acuta ad una gestione integrata della cronicità.

## I determinanti sociali della salute

Sovraffollamento abitativo o vita in strada aumentano l'esposizione ad agenti patogeni e a freddo/umidità.

Difficoltà ad accedere a cibi freschi e a diete equilibrate, favorendo lo sviluppo di disturbi metabolici.

L'ansia per la regolarizzazione, l'insicurezza occupazionale e la lontananza dalle reti familiari generano disturbi d'ansia e psicosomatici.

# Conclusioni



*Un modello integrato tra istituzioni e terzo settore per azzerare le barriere*

## 1. Sanità di prossimità

Portare i servizi sanitari e farmaceutici direttamente nei territori e nei luoghi di transito per intercettare i bisogni invisibili ed inespressi.

## 2. Formazione

Sviluppare materiali informativi multilingue e percorsi che rispettino le differenze culturali dei pattern terapeutici.

## 3. Sinergia strutturale

Rendere stabile il modello cooperativo ISS-Terzo Settore. Integrare i flussi informative per guidare politiche sanitarie realmente eque ed inclusive.



# Roberto Da Cas

Centro nazionale per la ricerca e la valutazione preclinica e clinica dei farmaci  
Istituto Superiore di Sanità, Roma  
[roberto.dacas@iss.it](mailto:roberto.dacas@iss.it)

Un grande ringraziamento a:

Elisa Vischetti, Giulia Civitelli, Salvatore Geraci - Area Sanitaria Caritas Roma

Arianna Annunziata, Maria Cutillo, Ilaria Ippoliti, Giuseppe Marano, Flavia Mayer

Reparto di farmacoepidemiologia e farmacosorveglianza, CNRVF, Istituto Superiore di Sanità



CENTRO NAZIONALE  
RICERCA E VALUTAZIONE PRECLINICA  
E CLINICA DEI FARMACI