

RAPPORTO 2019

DONARE PER CURARE

POVERTÀ SANITARIA E DONAZIONE FARMACI

Con il contributo incondizionato di



Caring Innovation

OPSan - Osservatorio Povertà Sanitaria
è un'iniziativa di Fondazione Banco Farmaceutico onlus
e Associazione Banco Farmaceutico Research

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

Giancarlo Rovati

Professore di Sociologia, Università Cattolica del Sacro Cuore
Coordinatore scientifico OPSan

Sergio Daniotti

Presidente Fondazione Banco Farmaceutico onlus

Massimo Angelelli

Direttore Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute della CEI

Giancarlo Blangiardo

Presidente dell'Istat

Gianluca Budano

Consigliere di Presidenza Nazionale Acli con delega alle Politiche della Famiglia e della Salute, portavoce nazionale "Investing in Children"

Silvio Garattini

Presidente dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

Maria Grazia Giuffrida

Presidente dell'Istituto degli Innocenti di Firenze

Francesco Rocca

Presidente nazionale di Croce Rossa Italiana e Presidente della Federazione Internazionale delle Società della Croce Rossa e Mezzaluna Rossa

Roberto Rossini

Presidente Nazionale delle ACLI

Antonella Schena

Servizio di documentazione, Istituto degli Innocenti

Francesco Soddu

Direttore di Caritas Italiana

Monica Tola

Responsabile Coordinamento Aiuti Materiali di Caritas Italiana

Antonello Zangrandi

Professore di Economia delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche, Università di Parma

ÉQUIPE DI RICERCA

Luca Pesenti

Professore di Sociologia, Università Cattolica del Sacro Cuore
Direttore della ricerca OPSan

Gisella Accolla

Ricercatrice sociale e metodologa delle indagini quantitative presso PoliS - Lombardia
Responsabile elaborazioni statistiche

Silvano Cella

Professore di Farmacologia, Università degli Studi di Milano
Responsabile analisi farmaco-epidemiologiche

Mirella Pontello

Professore (f.r.) di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano

Roberto Segà

Ricercatore (f.r.) presso l'Università Bicocca di Milano e Direttore Unità Operativa Medicina Interna, ospedale di Vimercate

Indice

Il Rapporto “Donare per curare” 2019	6
Introduzione (Sergio Daniotti)	14
Prefazione (Giancarlo Rovati)	16
PARTE PRIMA Punti di vista: il diritto alla salute per i minori	17
La salute dei bambini (Gian Carlo Blangiardo)	18
Garantire i diritti alla salute e alla protezione dei bambini in Italia e nel mondo. L’impegno dell’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (Mariella Enoc)	20
Gli Innocenti oggi: sei secoli di storia proiettati verso il futuro (Maria Grazia Giuffrida)	22
PARTE SECONDA La povertà sanitaria in Italia	24
1. La dinamica della povertà in Italia secondo i dati Istat	25
2. La spesa sanitaria delle famiglie povere	28
2.1 La spesa farmaceutica delle famiglie	32
PARTE TERZA La filiera della donazione dei farmaci	34
3. I farmaci raccolti e distribuiti: profilo sintetico	35
4. I protagonisti delle donazioni: le aziende	38

5. I protagonisti delle donazioni: le farmacie	42
6. Le donazioni durante la GRF 2019	46
7. I donatori della GRF	49
8. I volontari della GRF	52
9. Il Recupero Farmaci Validi	55
PARTE QUARTA I beneficiari degli aiuti: gli enti e gli indigenti	60
10. Gli enti caritativi e di prossimità	61
11. I richiedenti aiuto: poveri di reddito, poveri di salute	72
PARTE QUINTA Approfondimenti e analisi innovative	79
12. La salute dei migranti e degli italiani che vivono in povertà: indicazioni da una ricerca	80
13. L'organizzazione delle opere di carità: analisi esplorativa su un campione di enti	85
13.1 I servizi erogati	86
13.2 La complessità organizzativa	88
13.3 Un indicatore di efficienza organizzativa: la gestione dei farmaci scaduti	90
13.4 Bisogni sanitari e capacità di risposta	91
13.5 Il personale sanitario disponibile	94
13.6 Conclusioni	96

- Il settimo Rapporto “Donare per curare” sulla Povertà e le Donazioni Farmaci segna contestualmente il cambio di nome del soggetto scientifico che lo produce: non più “Osservatorio sulla Donazione Farmaci” (ODF) ma “Osservatorio sulla Povertà Sanitaria” (OPSan)
- Con “povertà sanitaria” si intende qui identificare le conseguenze della scarsità di reddito sull’accesso a quella parte delle cure sanitarie che restano a carico degli indigenti a causa del mancato intervento del SSN, come tipicamente accade per l’acquisto dei farmaci da banco e per la compartecipazione alla spesa sanitaria mediante il pagamento dei ticket.

Un Rapporto e un Osservatorio...

... per fare luce sulla povertà sanitaria.

Povertà sanitaria e infanzia

- Nella sua nuova formulazione, il settimo Rapporto dedica la prima sezione a una riflessione sul problema della povertà sanitaria minorile: è noto da tempo infatti che la presenza di minori aumenta il rischio di povertà.
- Sono 1 milione 260 mila i minorenni in condizione di povertà assoluta: si tratta del 12,6% di tutti gli under 18, rispetto a una media di individui in povertà assoluta pari all’8,4%.
- Le famiglie con minori in povertà assoluta sono invece 725 mila. L’incidenza di povertà tra le famiglie con minori è pari all’11,3%, rispetto alla media del 7% tra tutte le famiglie.
- Nelle famiglie in cui sono presenti figli minorenni il peso delle spese sanitarie sul totale delle spese è pari al 3,8% nel 2018 (un punto in meno rispetto alla media del 4,78%).
- Il 18,4% delle famiglie con minori ha dovuto rinunciare almeno una volta a visite o accertamenti, rispetto al 15,5% delle famiglie in cui invece non sono presenti minorenni.
- Tra i minori che vivono in famiglie disagiate la quota di quanti hanno rinunciato a prestazioni sanitarie necessarie sale al 2,4%, mentre non raggiunge l’1% tra chi dichiara risorse economiche ottime o adeguate.
- Al Sud quando le risorse socio-economiche delle famiglie sono insufficienti gli accessi a tali prestazioni crollano al 16%, mentre nel Nord e nel Centro superano comunque il 30%.

1 milione 260 mila minori in povertà...

... in 725 mila famiglie.

Dove ci sono minori si rinuncia più spesso alle visite.

Al Sud i poveri usano meno il SSN.



Povert  sanitaria in Italia

- Il numero di individui in povert  assoluta continua a superare di poco i 5 milioni: una cifra finalmente stabilizzata dopo anni di crescita, ma comunque elevata e doppia rispetto al 2007.
- La povert  relativa, che indica in modo pi  ampio le disuguaglianze calcolate in termini di consumi, diminuisce dopo il picco dello scorso anno: da 12,3% a 11,8%.
- Continua la crescita della spesa privata in sanit : ogni persona spende in media 769 euro all'anno per curarsi (+66 euro rispetto all'anno precedente), ma per le persone indigenti questa spesa scende a 128 (in crescita anche in questo caso, +11 euro rispetto all'anno precedente).
- In quattro anni ogni cittadino italiano ha dovuto incrementare la spesa sanitaria di 87 euro, ma per i poveri l'aumento   di soli 8 euro, interamente assorbito dal costo per i medicinali.
- Gli stranieri spendono molto meno degli italiani (278 euro pro capite, contro 804 euro tra gli italiani); gli stranieri poveri spendono per curarsi quasi la met  di quanto spendono gli italiani poveri (76 euro pro capite contro 149). Nel complesso si tratta comunque di una spesa stabile rispetto all'anno precedente.
- Il budget investito in salute sul totale dei consumi familiari cresce leggermente nelle medie (4,73%, +0,2 punti) e tra i poveri (2,78%, +0,24 punti rispetto all'anno scorso e +0,40 nel biennio). Bench  in crescita, la spesa sanitaria dei poveri resta dunque molto contenuta rispetto alla media.
- In media i farmaci continuano a rappresentare poco meno del 42% della spesa per la salute, ma per gli stranieri la quota sale al 52% e tra i poveri italiani si arriva addirittura al 65% (62,5% tra tutti i poveri). Dati che negli ultimi anni non sono cambiati significativamente.
- Una famiglia su cinque ha dovuto limitare le spese per visite e accertamenti. Ma questa limitazione riguarda il 37% delle famiglie povere e soprattutto quelle in cui sono presenti figli minorenni (tra queste le rinunce riguardano oltre il 40% delle famiglie). Si tratta in entrambi i casi del

I poveri assoluti sono stabili a quota 5 milioni...

... mentre diminuisce la povert  relativa.

I poveri spendono in media 128 euro l'anno per curarsi, 11 in pi  rispetto all'anno precedente...

Spesa sanitaria delle famiglie in aumento...

... ma quella degli stranieri poveri (stabile)   met  di quella degli italiani poveri.

Tra le famiglie povere 2 punti in meno di budget destinato alla salute.

I poveri spendono in farmaci 62,50 euro sui 100 disponibili per curarsi in medicine, le altre famiglie 41 euro.

Difficolt  di cura per oltre una famiglia su cinque, ma in calo...

dato più basso nel quadriennio, che giunge dopo l'anno di maggior difficoltà: l'anno scorso la rinuncia alle cure aveva riguardato il 22% delle famiglie, tra cui il 44% di quelle povere.

- Torna a crescere la quota di spesa per assistenza farmaceutica a carico delle famiglie (40,3% rispetto al 38,5% dell'anno precedente): si torna a valori prossimi ai massimi raggiunti nel 2013 e 2014. Anche se le spinte di tipo consumistico contribuiscono in modo non secondario alla crescita della spesa out-of-pocket in sanità.
- Di fronte a questi dati, le politiche si sono finalmente messe in moto. In attesa dei risultati del Reddito di Cittadinanza, sappiamo che nel 2018 la prima esperienza di reddito minimo introdotta in Italia per contrastare la povertà (il Reddito di Inclusione, o Rei) è stata applicata in modo territorialmente squilibrato: al Sud risiede il 68% dei beneficiari, ma i poveri assoluti residenti nelle regioni meridionali rappresentano solo il 45% di tutti i poveri italiani.

...mentre la spesa in farmaci a carico delle famiglie sfiora livelli record.

Finalmente iniziano a vedersi gli effetti delle prime politiche sistematiche contro la povertà: ma l'applicazione non è equilibrata sui territori.

Le donazioni

- Dopo due anni in contrazione, torna a crescere il raccolto complessivo. Tutti i canali di donazione farmaci crescono rispetto allo scorso anno: nei primi tre trimestri sono già state raccolte quasi 1.350 mila confezioni, rispetto alle 1.150 mila di tutto lo scorso anno (+18%).
- Comunque vada, il 2019 quasi certamente segnerà il record di valore economico raccolto: nei primi nove mesi sono stati recuperati farmaci per un valore complessivo di quasi 14,2 milioni di euro, solo 600 mila in meno rispetto al livello-record del 2016.
- Si rafforza la vocazione internazionale del flusso di donazioni: circa il 37% sono andate a beneficio di enti impegnati in Paesi segnati da guerre e carestie.

Tutti i canali di raccolta tornano ad essere in crescita: 1 milione 350 mila farmaci...

... per un valore di oltre 14 milioni di euro.

La vocazione internazionale del dono.

- Il Recupero Farmaci Validi è sempre più rilevante per le strategie del Banco Farmaceutico: se solo due anni fa rappresentava poco più dell'8% di tutto il raccolto, al terzo trimestre 2019 rappresenta oltre l'11%.

... e il recupero farmaci validi arriva a coprire oltre l'11% del raccolto complessivo.

Le donazioni aziendali

- Le donazioni aziendali tornano a crescere dopo due anni di contrazione: sono già state donate oltre 777 mila confezioni nei primi nove mesi, rispetto alle 631 mila di tutto il 2018. Una crescita resa possibile grazie all'aumento delle aziende donatrici passate da 25 (nel 2018) a 30 e ad una nuova strategia "per progetti" realizzata dalla Fondazione Banco Farmaceutico.
- Tra questi progetti, il protocollo d'intesa con il Comando Operativo di vertice Interforze (COI) e l'Ordinariato Militare per l'Italia ha permesso di raccogliere quasi 150 mila confezioni di farmaci provenienti da 12 aziende, distribuite a 24 strutture assistenziali-sanitarie operanti in Paesi in cui l'Esercito è impegnato in missioni di pace (Afghanistan, Libano, Niger, Libia, Kosovo, Gibuti e Somalia), permettendo la cura di oltre 1 milione 359 mila persone povere.
- Cresce di conseguenza anche il controvalore economico del donato, che giunge nei primi tre trimestri a quasi 8,7 milioni: in tutto il 2018 si era fermato a 8 milioni di euro.

777 mila confezioni raccolte.

Nuovi progetti per finalizzare al meglio il contributo delle aziende.

Un valore (in crescita) di 8,7 milioni.

La GRF 2019 e le farmacie

- Prosegue la crescita di attenzione delle farmacie: sempre di più decidono di aderire alla GRF. Sono state in tutto 4.487 (oltre 300 in più, pari al 7,5%), il 23% del totale nel 2018, erano il 22% lo scorso anno, il 20,8% nel 2013. Ancora lontani dalle medie di adesione le regioni del Sud e le Isole, dove comunque si accentua il trend positivo. Il record di adesione resta saldamente al Nord (1 farmacia su 3 partecipa alla GRF), ma la regione più attiva sono le Marche, dove oltre la metà delle farmacie ha partecipato alla GRF.

4.487 farmacie, pari al 23% di tutte le farmacie. Crescono anche Sud e Isole (ma il gap resta), il record nelle Marche.

- Complessivamente nelle farmacie sono state raccolte nel 2019 quasi 422 mila confezioni, +12% rispetto all'anno precedente. Si rafforza dunque il trend di crescita, dopo il calo del periodo 2014-2016: il risultato migliore arriva dal Sud, dove le donazioni dei cittadini sono cresciute di quasi il 67% dal 2013 a oggi.
- In forte aumento anche il valore complessivo del donato (oltre 3 milioni di euro, 400 mila in più), frutto soprattutto della crescita delle confezioni donate, mentre il valore economico medio del singolo farmaco è solo lievemente cresciuto (7,3 euro rispetto a 7,1 del 2018).
- La Lombardia si conferma al vertice della raccolta (oltre 123 mila confezioni), seguita dal Piemonte (oltre 50 mila). I più generosi sono invece in Molise: donate 124 confezioni di medicinali per farmacia.
- Le tipologie terapeutiche più rappresentate riguardano integratori alimentari e presidi medici (28,9%), seguiti da farmaci per il sistema nervoso (18,6%), il tratto alimentare e metabolico (15,2%), l'apparato muscolo-scheletrico (14,5%) e l'apparato respiratorio (10,4%).

422 mila confezioni donate, trend in continua crescita.

Per un valore di oltre 3 milioni di euro.

Lombardia campione di raccolta, in Molise i più generosi.

Integratori alimentari e presidi medici sono i più donati.



Il recupero dei farmaci validi

- Prosegue inarrestabile la crescita delle farmacie aderenti al programma di recupero dei farmaci ancora utilizzabili: nel 2019 sono 432, solo un anno prima erano 90 in meno. Un ottimo risultato che si deve all'entrata in campo di altre 7 città, che portano a 19 le province in cui è attivato il recupero. Si tratta di un esempio sempre più maturo di interpretazione in senso sociale dell'economia circolare: recuperare l'inutilizzato per ridare valore d'uso al farmaco sostenendo la missione sociale del volontariato.
- Nei primi nove mesi sono già state raccolte oltre 150 mila confezioni, 11 mila in più rispetto a tutto il 2018. Le proiezioni sull'anno permettono di attendersi un aumento annuale dell'11%. Diminuisce invece il numero medio di farmaci raccolti in ogni farmacia (366, il record resta quello del 2013 quando furono raccolte mediamente 437 confezioni).

432 farmacie aderenti in 19 province.

150 mila farmaci recuperati in nove mesi, superando già il dato 2018.

Le organizzazioni non profit e i loro assistiti

- Sono 1.844 gli enti sostenuti dal Banco Farmaceutico, ancora una volta in aumento rispetto all'anno precedente (+4,4%). L'aumento più sostenuto è al Sud: +12,3% nell'ultimo anno, addirittura +62,8% nel quinquennio. Il Nord continua in ogni caso a pesare di più: 6 enti su 10 sono attivi nelle regioni settentrionali. Nel 48,7% dei casi questi enti hanno al proprio interno dei medici stabili: un dato in crescita, soprattutto al Centro e al Sud.
1.844 enti caritativi, in crescita soprattutto al Sud...
- Il 2019 segna il picco massimo di richieste di farmaci da parte degli enti (oltre 1 milione), in aumento del 4,8% rispetto all'anno precedente con quota massima nel Centro (+20,8%).
... che hanno chiesto oltre 1 milione di medicine.
- Il raccolto generato dalla GRF, pari a quasi 422 mila confezioni, permette dunque di coprire il 40,4% del fabbisogno degli enti, con un aumento della copertura del bisogno di oltre 4 punti percentuali nell'ultimo biennio.
Cresce la copertura del fabbisogno (40,4%).
- Nonostante la crescita di enti, gli utenti sostenuti da questi soggetti sono in calo: quasi 473 mila rispetto ai 538 mila dell'anno precedente. Tra questi, il numero di italiani è quasi stabile, mentre in due anni si contano 100 mila stranieri in meno (-27%). Gli italiani sono oggi il 42% dei beneficiari: erano il 34% due anni fa.
Aiuto a quasi 473 mila persone: meno stranieri, italiani costanti.
- Dopo la grande crescita degli anni passati, si assiste dunque ad una rilevante diminuzione della domanda di assistenza sanitaria intercettata dal non profit: -13% rispetto al 2018, -17% rispetto al 2017.
Assistiti in diminuzione (-13%).
- Un approfondimento su un campione di enti permette quest'anno di "leggere" l'efficacia di queste organizzazioni: in media gli enti dichiarano il 7,45% di farmaci giunti a scadenza e non utilizzati. La capacità di governare questo tema non è determinato da variabili strutturali, ma dalla presenza di farmacisti: figure specialistiche che garantiscono qualità e vigilanza, soprattutto nelle strutture di dimensioni medio-piccole.
Studi innovativi sulla qualità nelle organizzazioni.
- Un secondo studio innovativo analizza lo stato di salute di circa 7.000 utenti assistiti da 40 enti. Gli stranieri presentano maggiori problemi di obesità e sovrappeso. Tra gli italiani si registra una maggiore diffusione di ipertensione, ma con minor consapevolezza di esserne affetti (e dunque con maggiori rischi per la salute).
Stranieri sovrappeso, italiani ipertesi.



I volontari

- Continua la crescita di attrazione della GRF verso i volontari: sono stati oltre 20 mila, in crescita di oltre 1.000 unità rispetto al 2018. Di questi il 40% sono nel Nord Ovest.
- Il volontario della GRF è sempre più istruito (oltre il 44% ha almeno la laurea), lavoratore dipendente o pensionato: si tratta di un profilo coerente con quanto ci hanno mostrato le ricerche in questi anni. Gli studenti sono in forte crescita (15,3% rispetto al 9% dello scorso anno).
- A questi numeri si aggiungono quasi 16 mila farmacisti, che hanno dato il loro contributo operativo per la buona riuscita della GRF e per il costante accompagnamento del Recupero Farmaci Validi.

Boom di volontari:
oltre 20.000.

Un volontariato di
persone molto istruite.

16 mila farmacisti a
sostegno di GRF e RFV.

Introduzione

Sergio Daniotti

Presidente Fondazione Banco Farmaceutico onlus

La sconfitta della povertà, in Italia come in qualunque altro Paese del mondo, è utopia. Tuttavia, lavorare per tendere a questo obiettivo, fare quanto è in nostro potere affinché ci si avvicini il più possibile non solo è umanamente inevitabile ma è anche un vincolo etico. Fa parte dell'animo umano cercare la realizzazione di sé compiendo il bene e provare a compierlo nel miglior modo possibile.

È, in fondo, la ragione per cui è nato e continua ad esistere Banco Farmaceutico. Il Rapporto sulla Povertà Sanitaria 2019 che vi apprestate a leggere è uno strumento utile a tal fine. Abbiamo sempre sostenuto che per poter curare occorre anzitutto conoscere. La conoscenza a cui il Rapporto vuole contribuire serve, non solo per fare meglio il nostro lavoro, ma anche a far sì che non si "anestetizzi" l'esigenza di giustizia che nasce quando si scopre il dolore di tante persone che non hanno i soldi per curarsi.

L'obiettivo del Rapporto, quindi, è anche sollecitare una presa di coscienza, per esempio, rispetto al fatto che nel nostro Paese non solo migliaia di indigenti non si possono permettere le medicine, ma tantissimi di questi sono minori; perché se padri e madri hanno problemi economici non ci sono medicine per i figli. Per tale ragione, la prima parte del documento è interamente dedicata all'infanzia ed è costituita da tre autorevoli interventi (Gian Carlo Blangiardo, Presidente dell'Istat; Mariella Enoc, Presidente dell'Ospedale

Pediatico Bambino Gesù; Maria Grazia Giuffrida, Presidente dell'Istituto degli Innocenti).

La parte successiva, dedicata alla povertà e alla povertà sanitaria, dettaglia tale preoccupante situazione. A 30 anni dalla Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia (New York, 20 novembre 1989), che riconosce al minore il diritto "di godere del miglior stato di salute possibile" (art. 24), in Italia, le famiglie povere con minori (ma anche quelle non povere!) sono costrette – per ragioni economiche – a perseguire strategie di rinuncia o di rinvio delle cure, in misura superiore alle famiglie senza figli.

Senza migliaia di enti e associazioni che, in tutta Italia, offrono assistenza socio-sanitaria gratuita, il quadro sarebbe ancora più drammatico; a 1.844 di esse, Banco Farmaceutico dona parte dei medicinali necessari per curare i loro ospiti. Per far meglio il nostro lavoro, abbiamo compreso che anche queste realtà meritavano una conoscenza approfondita. Nel 2019, abbiamo quindi avviato un percorso sperimentale di audit degli enti per dotare l'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria di nuove fonti di informazione.

Di tale sperimentazione, rendiamo conto nei capitoli successivi, così come, in maniera approfondita, delle azioni realizzate nel corso degli anni per contrastare la povertà sanitaria, dei risultati raggiunti e delle caratteristiche di quell'alleanza virtuosa costituita dai nostri stakeholder (volontari,

farmacisti, aziende farmaceutiche, enti e istituzioni); un'alleanza grazie alla quale il Servizio Sanitario Nazionale risulta un po' più sostenibile.

L'OBIETTIVO DEL
RAPPORTO È ANCHE
SOLLECITARE UNA
PRESA DI COSCIENZA
RISPETTO AL FATTO CHE
NEL NOSTRO PAESE
NON SOLO MIGLIAIA
DI INDIGENTI NON SI
POSSONO PERMETTERE LE
MEDICINE, MA TANTISSIMI
DI QUESTI SONO MINORI

Il lavoro svolto dall'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria, che realizza il Rapporto, è imponente e, quest'anno, è arricchito dalla presenza di autorevoli personalità all'interno del suo Comitato Tecnico Scientifico; oltre a Gian Carlo Blangiardo, ne fanno parte, tra gli altri Massimo Angelelli (Direttore Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute della CEI), Silvio Garattini (Presidente dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS),

Francesco Rocca (Presidente nazionale di Croce Rossa Italiana e Presidente della Federazione Internazionale delle Società della Croce Rossa e Mezzaluna Rossa), Francesco Soddu (Direttore di Caritas Italiana) e Antonello Zangrandi (Professore di Economia delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche, Università di Parma).

Un lavoro imponente che trova la sua ragion d'essere, oltre che nella già menzionata necessità di conoscenza, nel favorire la cultura dell'economia circolare, oggi imprescindibile come non mai. In quest'epoca si è imposta l'urgenza della salvaguardia del Creato e delle sue risorse e, per un'organizzazione che ha come scopo generare del bene per tutta la comunità, laddove si parla di farmaci, tale generazione si determina anche attraverso la "rigenerazione".

Per definizione, infatti, l'economia circolare è «pensata per potersi rigenerare da sola. In un'economia circolare i flussi di materiali sono di due tipi: quelli biologici, in grado di essere reintegrati nella biosfera, e quelli tecnici, destinati ad essere rivalorizzati senza entrare nella biosfera»¹. Si tratta, dunque, di un sistema organizzato in modo da riutilizzare i materiali, riducendo al massimo gli sprechi. Il Recupero Farmaci Validi e il sistema delle Donazioni Aziendali di Banco Farmaceutico, che questo documento ampiamente delinea, vogliono rappresentare un contributo in questa direzione.

1. Ellen MacArthur Foundation.

Prefazione

Giancarlo Rovati

Coordinatore Comitato Tecnico Scientifico

Il Rapporto annuale sulla povertà sanitaria e la donazione dei farmaci (avviato in forma sperimentale nel 2013), compie il suo settimo anno: un tempo abbastanza lungo per riflettere sui passi compiuti e le linee di sviluppo intraprese, sintetizzate dalla decisione di cambiare nome alla nostra attività di monitoraggio, passando dalla formula “Osservatorio sulla Donazione dei Farmaci” alla formula (più impegnativa, ma non meno realistica) “Osservatorio sulla Povertà Sanitaria”.

Parliamo di “povertà sanitaria” per indicare anzitutto le conseguenze della scarsità di reddito sull’accesso a quella parte delle cure sanitarie che restano a carico dei cittadini a causa del mancato intervento del SSN – come tipicamente accade per l’acquisto dei farmaci da banco – senza però trascurare il fatto che anche la mancanza di salute può diventare una fonte di povertà, in assenza di adeguati supporti economici e sociali.

In quanto organo della Fondazione Banco Farmaceutico, il nostro Osservatorio prende avvio dalle attività e dalle informazioni legate al recupero dei farmaci e alla loro donazione agli indigenti attraverso strutture caritative e di prossimità, ma l’approfondimento conoscitivo sull’attività di questi enti e sullo stato di salute dei loro assistiti – documentate anche in questo Rapporto – ci consentono di gettare luce anche su altre dimensioni della “povertà sanitaria”, tra cui quelle legate all’accesso alle cure, per ragioni organizzative e di contrazione delle risorse pubbliche dedicate al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Si tratta di problematiche indagate e monitorate in modo eccellente da molti

istituti di ricerca pubblici e privati.

Sarebbero però necessari approfondimenti più specifici sul loro impatto sulla popolazione economicamente più fragile e vulnerabile, valorizzando anche il “giacimento informativo” degli enti non profit che assistono gli indigenti e che danno vita a un vero e proprio Servizio Sanitario Solidale, complementare al Servizio Sanitario Nazionale.

Tra gli obiettivi prioritari del nostro Osservatorio rientra l’approfondimento conoscitivo sul modo di operare degli enti non profit convenzionati con la Fondazione Banco Farmaceutico, sia per valorizzare il loro insostituibile ruolo nella filiera della donazione e della solidarietà a favore degli indigenti, sia per sostenerli nello sviluppo della “cultura del dato”, che costituisce un passaggio obbligato per incrementare la accountability (verificabilità e reputazione) della loro opera sanitaria e sociale.

Un importante fattore di sviluppo del nostro “Osservatorio sulla Povertà Sanitaria” è dovuto al progressivo ampliamento quantitativo e qualitativo del Comitato Tecnico Scientifico, a cui compete la valutazione preventiva del Rapporto annuale e l’indicazione delle piste di lavoro da approfondire o da sviluppare. Ai componenti dell’attuale Comitato – che vede la partecipazione di autorevoli esponenti delle organizzazioni impegnate nell’inclusione sociale dei più deboli, insieme a studiosi di chiara fama con responsabilità istituzionali di primaria importanza – vanno i miei personali ringraziamenti insieme a quelli dell’équipe di ricerca che ha elaborato il Rapporto “Donare per Curare” 2019.



GIAN CARLO BLANGIARDO

Presidente dell'Istat

La salute dei bambini

Secondo la teoria del *long life approach*, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2015, il periodo prenatale e i primi anni di vita sono determinanti per la salute nelle successive fasi dell'infanzia, adolescenza ed età adulta. La salute materno-infantile rappresenta dunque una tematica prioritaria nel panorama della salute pubblica, al punto che gli indicatori relativi a questa sfera sono utilizzati a livello internazionale per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria di un Paese.

In Italia la gravidanza viene gestita con un alto grado di medicalizzazione: esami e controlli medici sono molto più frequenti rispetto a quanto previsto dalle linee guida ministeriali e non sempre giustificati da condizioni patologiche. Esempio è il ricorso al taglio cesareo; nonostante la riduzione registrata negli ultimi anni (dal 37,8% nel 2011 al 33,6% nel 2016), l'incidenza è nel nostro Paese ben superiore a quanto raccomandato a livello internazionale e nazionale (20% dei parti). Elevato è anche il ricorso alla diagnostica per immagini in gravidanza: oltre l'80% delle donne con gravidanze fisiologiche ha effettuato più delle tre ecografie raccomandate.

La quota di donne che ha allattato al seno è cresciuta di circa 15 punti percentuali

in 20 anni, passando dal 70,3% (nel 1994) all'85,5% (nel 2013). Solo un terzo delle madri, tuttavia, continua a dare il proprio latte dopo i 6 mesi e fino ai 12. Avere avuto un taglio cesareo aumenta del 60% circa la probabilità di un abbandono precoce dell'allattamento (Istat, 2018). Ciò, nonostante OMS raccomandi di continuare ad allattare al seno fino a un anno e oltre, per molti motivi legati alla salute del neonato e della madre.

La vaccinazione è lo strumento di protezione individuale e di prevenzione collettiva dei rischi per la salute dei bambini e degli adulti. Dopo una preoccupante fase di calo della copertura vaccinale, tra il 2010 e il 2016, si è osservato un recupero che per le vaccinazioni obbligatorie ha portato a raggiungere e superare la soglia minima di copertura raccomandata dall'OMS pari al 95%. In aumento anche le vaccinazioni non obbligatorie.

Considerando i bambini e gli adolescenti fino a 17 anni di età, dalle indagini condotte dall'Istat emerge che circa il 9% dei minori soffre almeno di una patologia cronica. La patologia maggiormente diffusa è l'allergia, che colpisce il 4,3% dei bambini fino a 10 anni e il 12,1% dei ragazzi di 11-17 anni, senza differenze geografiche o socio-economiche.

Ma a incidere sulla salute dei bambini sono soprattutto gli stili di vita scorretti. In Italia nel biennio 2017-2018 circa 2 milioni 130 mila bambini e adolescenti di 3-17 anni sono in eccesso di peso (25,2%). Erano il 28,5% nel biennio 2010-2011. Quasi 2 milioni di bambini e adolescenti di 3-17 anni non praticano né sport né attività fisica (22,7%), dato in calo dal 2010-2011

(25,7%). Tra i più piccoli di 3-5 anni la quota di chi non svolge né sport né attività fisica raggiunge il 46,1%. Il 74,2% dei bambini e adolescenti di 3-17 anni consuma frutta e/o verdura ogni giorno, ma solo il 12,6% arriva a consumarne 4 o più porzioni. Elevata la quota di quanti consumano quotidianamente dolci (28,3%), bevande gassate (24,9%) e snack salati (13,8%).

Bambini e adolescenti di 3-17 anni in eccesso di peso per sesso e classe di età.

Media 2010-2011 e 2017-2018, valori percentuali.

	3-5 anni	6-10 anni	11-13 anni	14-17 anni	Totale
2010-2011					
Maschi	35,7	37,3	28,1	21,7	30,9
Femmine	35,9	35,8	20,1	11,0	26,0
Maschi e Femmine	35,8	36,6	24,3	16,5	28,5
2017-2018					
Maschi	31,7	34,1	26,4	18,7	27,8
Femmine	30,4	30,5	17,9	10,1	22,4
Maschi e Femmine	31,1	32,3	22,3	14,6	25,2

Fonte dei dati: Indagine Aspetti della vita quotidiana.

Rispetto alla fruibilità dei servizi sanitari, oltre al ricorso al pediatra di libera scelta o al medico di medicina generale per gli adolescenti, complessivamente il 37% dei minori (0-17 anni) ha fatto ricorso a visite specialistiche (escluse le odontoiatriche) o ad accertamenti diagnostici, nel corso del 2017. Nel Mezzogiorno la quota scende al 26%, mentre al Centro e al Nord supera il 40%. In particolare nel Mezzogiorno quando le risorse socio-economiche delle famiglie sono insufficienti gli accessi a tali prestazioni crollano al 16%, mentre nel Nord e nel Centro superano comunque il 30%. Tra i minori che vivono in famiglie disagiate la quota di quanti hanno rinunciato a prestazioni sanitarie necessarie sale al 2,4%, mentre non raggiunge l'1% tra chi dichiara risorse economiche ottime o adeguate. Il peso delle spese sanitarie sul totale delle spese per le famiglie con minori era pari al 3,8% nel 2018.

Per saperne di più

Coperture vaccinali per antigene e regione.

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3633

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_20_allegati_iitemAllegati_0_fileAllegati_itemFile_7_file.pdf

Istat 2018, la salute riproduttiva della donna.

<https://www.istat.it/it/files//2018/03/La-salute-riproduttiva-della-donna-1.pdf>



MARIELLA ENOC

Presidente Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Garantire i diritti alla salute e alla protezione dei bambini in Italia e nel mondo. L'impegno dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Operare nell'ambito della salute, soprattutto al servizio dei bambini, richiede uno sguardo capace di guardare lontano e allo stesso tempo attento ai bisogni concreti del tempo. Così nasce, 150 anni fa, l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. Era il 1869 e non esistevano, a Roma ospedali dedicati ai bambini. Quei pochi che riuscivano a essere ricoverati, si ritrovavano accanto ad adulti malati. Fu lo sguardo di una mamma, la duchessa Arabella Salviati, a cogliere questo bisogno e ad avviare - con i primi 4 letti - una piccola "opera di carità" che sarebbe poi diventata uno tra i più importanti ospedali pediatrici d'Europa.

Nel frattempo i progressi della medicina sono stati straordinari, e la pediatria in particolare - che in quegli anni muoveva appena i primi passi - riesce a ottenere oggi risultati di cura impensabili. Dalle opere di beneficenza dell'Ottocento siamo arrivati a sistemi di welfare evoluti,

pensati per assicurare uguali diritti a tutti i cittadini, compresi i diritti di assistenza sanitaria per i più piccoli.

Eppure la povertà sanitaria non è stata certo debellata, presentandosi in forme sempre nuove. La malattia stessa, in quanto tale, esprime una condizione oggettiva di fragilità, soprattutto nel caso di malattie gravi e complesse o malattie rare, persino senza diagnosi.

Da questo punto di vista, per un ospedale come il nostro, la principale forma di tutela dei diritti dei bambini è oggi senz'altro rappresentata dalla nostra capacità di ricerca e di cura. La scienza, possiamo dire, rappresenta la prima forma di "carità" nei confronti dei nostri pazienti e delle nostre famiglie. E con la scienza la tensione verso la qualità e la sicurezza delle cure. Questo è l'impegno principale del Bambino Gesù.

Ma i bambini non si ammalano mai “da soli”, con il bambino si ammala tutta la famiglia, costretta spesso a trasferirsi e a cambiare le sue abitudini per accompagnare nella malattia il proprio figlio. L’Ospedale Bambino Gesù ha sperimentato ormai da molti anni una sorta di “terapia dell’accoglienza” che si fa carico per quanto possibile di tutto il nucleo familiare. Il 30% dei pazienti dell’Ospedale proviene da fuori Regione. Grazie a una rete impressionante di solidarietà strutturata in case e strutture di accoglienza, l’Ospedale riesce a garantire ogni anno quasi 100 mila pernotti gratuiti ai familiari dei bambini ricoverati per lunghi periodi.

C'È UNA POVERTÀ
PREOCCUPANTE DI
CULTURA SANITARIA. LA
SCIENZA RAPPRESENTA
LA PRIMA FORMA DI
CARITÀ NEI CONFRONTI
DEI PAZIENTI E
DELLE FAMIGLIE

C’è poi l’impegno per i “figli del mondo”. L’Ospedale accoglie per via umanitaria molti bambini e ragazzi bisognosi di cure provenienti da ogni parte del mondo, ed è presente con i propri progetti di

formazione in dieci Paesi. Anche la condivisione del sapere è infatti una forma di carità, come ha ricordato recentemente Papa Francesco ai membri della Pontificia Accademia delle Scienze.

Ma la povertà del sapere non riguarda solo alcuni Paesi lontani. Esiste una povertà preoccupante di cultura sanitaria anche all’interno dei nostri confini: pensiamo al tema dei vaccini o più in generale all’adozione di comportamenti o stili di vita, ad esempio l’alimentazione, che possono compromettere la salute dei bambini. Anche su questo fronte l’Ospedale Bambino Gesù si sta impegnando con un’importante opera di comunicazione e alfabetizzazione sanitaria, svolta attraverso i suoi canali digitali, e rivolta in particolare alle famiglie e agli insegnanti.

Infine, un’ultima frontiera della protezione dei minori, forse più nascosta. I progressi della medicina e della tecnologia hanno spostato significativamente i confini della vita e della morte, ponendo in maniera sempre più incalzante una serie di questioni etiche dirimenti. Ci sono stati casi internazionali che hanno scosso l’opinione pubblica e hanno coinvolto anche il nostro Ospedale, che ha proposto una filosofia di cura che va oltre l’obiettivo della guarigione. Da quell’esperienza è nata una Carta dei Diritti del Bambino Inguaribile, con l’obiettivo di fornire un orientamento a quanti si trovano a operare in situazioni difficili nel campo della salute, secondo il principio di fondo dell’alleanza di cura tra medico e famiglia del minore.



MARIA GRAZIA GIUFFRIDA

Presidente Istituto degli Innocenti

Gli Innocenti oggi: sei secoli di storia proiettati verso il futuro

Leggere la storia della più antica istituzione pubblica dedicata alla tutela e alla promozione dei diritti dei bambini significa scorgere un percorso ininterrotto di “accoglienza” e “bellezza” che ha attraversato sei secoli. Nel primo edificio dell'architettura rinascimentale, progettato dall'architetto più in vista del momento, Filippo Brunelleschi, nel 1419 si dava struttura e forma a una nuova cultura dell'infanzia, si realizzava un progetto di attenzione ai più piccoli che si è tramandato fino ai giorni nostri quando l'Istituto, nell'anno del suo seicentesimo, si conferma come centro di riferimento e di eccellenza culturale e tecnico-scientifico nell'ambito della promozione dei diritti dell'infanzia, dell'adolescenza così come sanciti dalla Convenzione Onu adottata a New York il 20 novembre 1989 di cui celebriamo il trentesimo anniversario.

La visione lungimirante che fin dalla sua costituzione ha caratterizzato la gestione dell'Istituto ha concepito il luogo dei bambini, l'antico “Spedale”, come un luogo di accoglienza e riparo ma anche come un ambiente che avrebbe potuto dare ai

piccoli, oltre alla cura e alla protezione, anche opportunità di crescita e strumenti di cittadinanza. Questa istituzione ha saputo adattare nel tempo le sue attività e i suoi servizi in funzione dei nuovi bisogni di bambini, ragazzi e famiglie mantenendo invariato il suo impegno.

Oggi come ieri, l'Istituto si impone come agente propulsivo di cambiamento culturale per la piena affermazione dei diritti dell'infanzia: attraverso le sue attività di ricerca e di analisi sull'infanzia e l'adolescenza offre un imprescindibile supporto alle politiche delle istituzioni locali e nazionali in ambito sociale e educativo e, attraverso i propri servizi, offre opportunità di qualità per la cura, l'educazione e la crescita dei bambini.

L'Istituto degli Innocenti è oggi un'Azienda pubblica di Servizi alla Persona le cui funzioni fanno principalmente riferimento a tre aree: la prima riguarda le attività e i servizi alla persona di carattere educativo a favore dell'infanzia, adolescenza e famiglia; la seconda area comprende le attività di

NELLA TUTELA E
NELLA PROMOZIONE
DEI DIRITTI C'È
UN PERCORSO
ININTERROTTO DI
ACCOGLIENZA E
BELLEZZA CHE HA
ATTRAVERSATO SEI
SECOLI

studio, ricerca, documentazione, formazione e informazione in tutti i campi riguardanti l'infanzia, l'adolescenza, le famiglie, la maternità e la condizione della donna (in particolare come "Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza" (L. 451/97) attraverso una convenzione con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e come "Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza" in stretta sinergia con la Regione Toscana, in attuazione della L.R. 31/2000); infine la terza area riguarda le attività di valorizzazione del prestigioso patrimonio artistico, monumentale e storico-archivistico dell'Istituto, anche attraverso

la realizzazione di attività e iniziative di promozione rivolte in particolare ai bambini e alle famiglie.

Nell'anno del suo Seicentenario l'Istituto degli Innocenti vive un periodo di forte vitalità testimoniato dalla crescita dei volumi delle attività commissionate da istituzioni nazionali, regionali e locali, dal ruolo attivo che l'ente ha a livello internazionale e da un deciso consolidamento del bilancio. Risultati questi che sono merito della governance politica e tecnica che ha lavorato sulla base dei risultati raggiunti dalle precedenti amministrazioni e grazie a un'attenta opera di revisione dell'assetto organizzativo in risposta alle nuove esigenze di efficacia ed efficienza richieste alle pubbliche amministrazioni.

Questa "*avanguardia in campo sociale*", come ha definito l'Istituto il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella nel suo discorso di inaugurazione delle celebrazioni del seicentenario l'11 febbraio 2019, guarda al futuro, in primis a quello dei bambini, decisa a proseguire il suo percorso di "bellezza" e "accoglienza", nel segno della "*cultura del bambino e dell'adozione*", come ha invitato a fare Papa Francesco nel corso di un'udienza privata che si è svolta a maggio 2019.

PARTE SECONDA

LA POVERTÀ SANITARIA IN ITALIA

1 La dinamica della povertà in Italia secondo i dati Istat

L'attenzione politica e mediatica che nell'ultimo biennio ha circondato la questione della povertà nel nostro Paese ha certamente contribuito al varo di inedite politiche di sostegno economico a una parte degli indigenti; tuttavia, non è bastata a produrre una

riduzione o anche solo una battuta d'arresto nella diffusione della povertà assoluta. Rispetto all'anno precedente, nel 2018 questa forma di disuguaglianza e di esclusione sociale è lievemente aumentata, raggiungendo il 7% delle famiglie su base nazionale (**tab. 1.1**).

TABELLA 1.1. Indicatori di povertà assoluta per ripartizione geografica. Anno 2018, migliaia di unità e valori percentuali.

	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
Migliaia di unità				
Famiglie povere	716	284	822	1.822
Persone povere	1.894	795	2.352	5.040
Incidenza (%)				
Famiglie	5,8	5,3	10,0	7,0
Persone	6,9	6,6	11,4	8,4

Fonte: dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie.

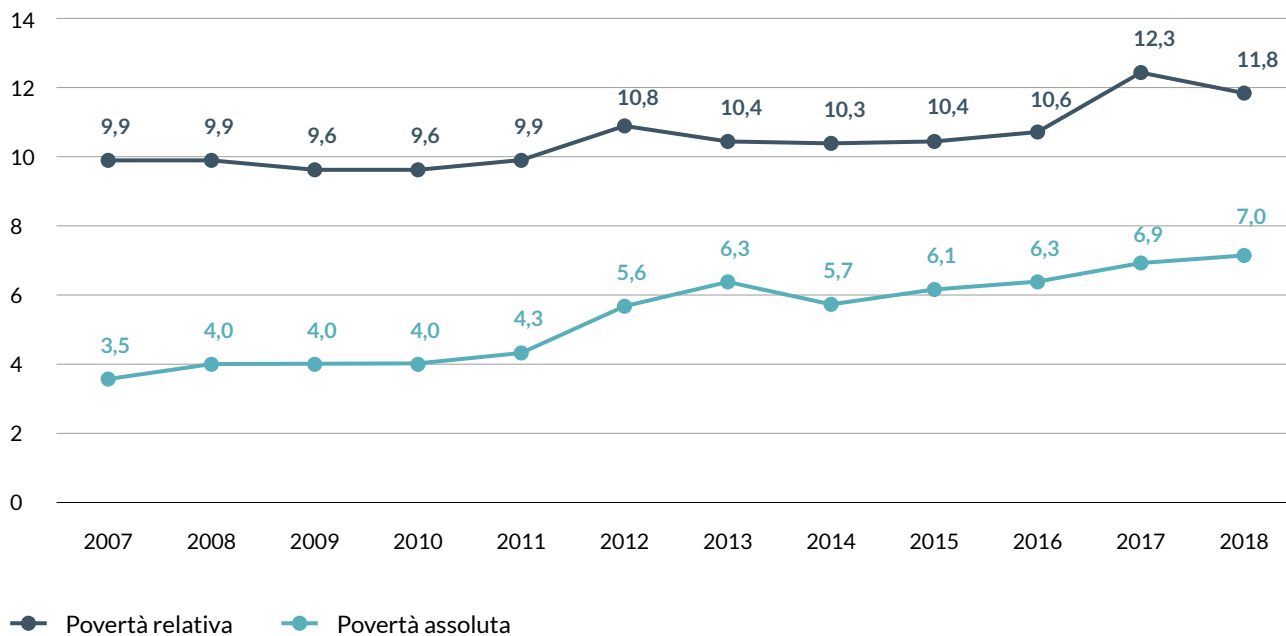
Il tetto di 5 milioni di persone in povertà assoluta è rimasto immutato. Bisognerà aspettare i dati del 2019 per registrare (auspicabilmente) i primi effetti del Rei (Reddito di inclusione), avviato il 1° gennaio 2018, mentre occorrerà più tempo per valutare gli effetti del RdC (Reddito di cittadinanza), avviato nel marzo 2019 con maggiori stanziamenti e sussidi più elevati ai beneficiari effettivi.

In tale situazione, resta preoccupante il fatto che la povertà assoluta colpisce 1 milione 260 mila minorenni (con un'incidenza tra i minori pari al 12,6%, più alta rispetto all'8,4% registrato tra tutti gli

individui a livello nazionale). Le famiglie con figli minorenni in condizioni di povertà assoluta sono invece oltre 725 mila, equivalente all'11,3% delle famiglie nella medesima condizione e superiore di 4 punti rispetto al valore medio nazionale (7%) registrato tra tutte le famiglie.

Dal Rapporto Istat sulla povertà in Italia apprendiamo che l'incidenza della povertà tra i minorenni "presenta valori più elevati nelle classi 7-13 anni (13,4%) e 14-17 anni (12,9%), rispetto alle classi 0-3 anni e 4-6 anni (11,5% circa). Le famiglie con minori sono più spesso povere e, se povere, lo sono più delle altre".

FIGURA 1.1. Andamento della povertà assoluta e relativa in Italia: 2007-2018.



Fonte: dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie e sulla ricostruzione delle serie 2007-2013.

Segnali pi  incoraggianti giungono dalla diffusione della povert  relativa, scesa di 0,5 punti percentuali e attestata sull'11,8% a livello nazionale (**fig. 1.1**); occorre per  tener conto che su questo indicatore influisce l'andamento dei consumi complessivi, che, in caso di contrazione, fanno abbassare (paradossalmente) la soglia di povert  e il numero dei relativamente poveri¹.

Dal punto di vista territoriale, la mappa della povert  assoluta   rimasta sostanzialmente stabile: l'incidenza (a livello familiare e individuale) continua ad essere inferiore nelle regioni del Centro (rispettivamente 5,3 e 6,6%) e pi  alta nelle regioni del Mezzogiorno (dove

si registra un'incidenza quasi doppia rispetto al Centro, rispettivamente al 10 e 11,4%). Le regioni del Nord segnano invece un leggero peggioramento della situazione rispetto al 2017² (**tab. 1.1**).

La mappa della povert  che emerge da questi dati pu  essere utilmente confrontata con la mappa dei beneficiari del Rei nell'intero 2018, da cui si evince una sensibile divaricazione tra la distribuzione territoriale dei soggetti in povert  assoluta e la distribuzione territoriale dei soggetti che hanno ricevuto assistenza economica, distribuzione profondamente condizionata dalle soglie (e dalle scale di equivalenza) stabilite per l'accesso alla misura³. Nel corso del 2018 il Rei   stato erogato a 462 mila nuclei familiari (su un

1. L'andamento dei consumi (e della spesa media pro-capite su cui si calcola la soglia di povert )   influenzato principalmente dai comportamenti dei ceti medi e medio-alti, dotati di maggiori capacit  di spesa; se la spesa di questi ceti diminuisce si abbassa anche la soglia di povert , con il risultato paradossale che una parte degli "appena poveri" – che ha consumi abbastanza stabili e anelastici – potrebbe salire al di sopra della nuova soglia, facendo diminuire il numero dei relativamente poveri e la loro incidenza percentuale. Vi   ragione di ritenere che nel 2018 si sia verificata questa circostanza perch  l'aumento nominale di 10 euro della soglia di povert    stato determinato dall'aumento dell'indice dei prezzi, piuttosto che dall'espansione dei consumi, che anzi sono diminuiti in termini reali.
2. Nel 2017 le famiglie in povert  assoluta erano il 5,4% del totale mentre le persone in povert  assoluta erano il 7%.
3. Nei primi 6 mesi di attivazione il nucleo beneficiario del Rei doveva soddisfare requisiti reddituali, di cittadinanza e residenza, di compatibilit  e di composizione (presenza di un minorenni, di una persona disabile, di una donna in gravidanza, di un disoccupato ultra 55enne). Dal 1  luglio i requisiti familiari sono stati abrogati e la misura ha assunto un carattere meno vincolante, anche se non ancora universalistico.

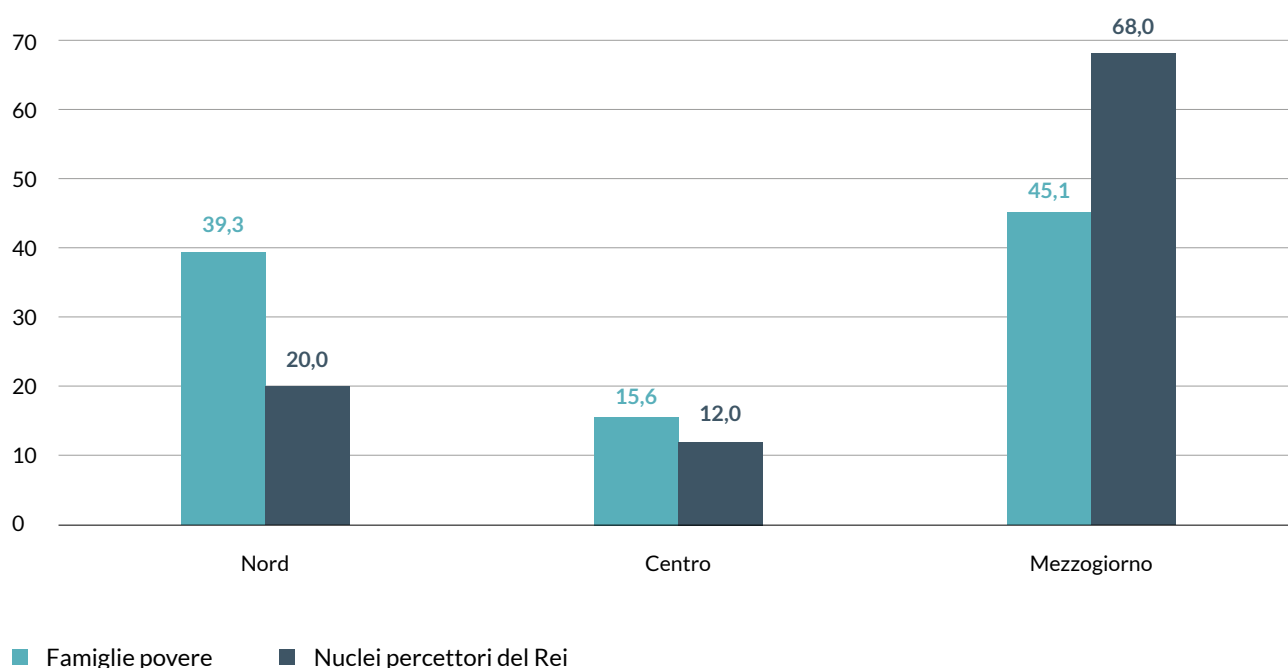
totale di 1 milione 822 mila), corrispondenti a 1,3 milioni di persone (su un totale di 5 milioni 40 mila), con una distribuzione territoriale non proporzionale rispetto ai residenti in stato di povertà assoluta nelle singole regioni (fig. 1.2).

Il 68% dei contributi erogati è andato a nuclei familiari residenti nel Mezzogiorno (dove si concentra il 45% delle famiglie povere), il 20% ai residenti nel Nord (dove si concentra il 35% delle famiglie povere), il 12% ai residenti nel Centro (dove si concentra il 15% delle famiglie povere): la causa di questo squilibrio va cercata nell'adozione di un'unica soglia nazionale di reddito (per di più molto bassa), che diversamente dall'approccio adottato dall'Istat per la stima della povertà

assoluta non tiene conto del diverso costo della vita sia tra le ripartizioni, sia tra i grandi e i piccoli centri urbani. Anche l'importo medio mensile erogabile ai diversi tipi di nuclei familiari è stato definito in modo "parsimonioso" (da 188 euro per nucleo unipersonale a 540 per un nucleo con 6 o più componenti), che nei fatti si è tradotto in un contributo medio effettivo compreso tra 176 e 426 euro⁴.

La distribuzione territoriale dei beneficiari del Rei conferma, in ogni caso, che i più poveri tra gli assolutamente poveri risiedono principalmente nelle regioni del Sud e delle Isole dove risulta anche molto difficile passare da politiche meramente assistenziali a politiche di attivazione lavorativa e di effettiva inclusione.

FIGURA 1.2. Famiglie povere e nuclei percettori del Rei nel 2018 (valori percentuali).



Fonte: dati Istat.

4. A livello complessivo, l'importo medio mensile del Rei nel periodo gennaio-dicembre è stato pari a 296 euro, con un range territoriale compreso tra i 237 euro per i beneficiari della Valle d'Aosta e 328 euro per la Campania.

2 La spesa sanitaria delle famiglie povere

Proseguendo, per il quarto anno consecutivo, l'elaborazione dei dati Istat sulla spesa sanitaria familiare e pro-capite, ritroviamo anche nel 2017 (ultimo anno disponibile) una situazione profondamente squilibrata tra chi è povero e chi non lo è. Rispetto all'anno precedente (2016), la spesa media mensile familiare è rimasta invariata in termini relativi, pur in presenza di lievi variazioni in termini assoluti (**tab. 2.1 e 2.2**).

Premesso che la spesa totale delle famiglie povere è 1/3 dell'equivalente spesa totale delle famiglie non povere (896 euro vs. 2.685 euro), si deve constatare che la spesa totale per la salute delle famiglie povere corrisponde solo a 1/5 di quella delle famiglie non povere; vi è dunque una sensibile compressione di questa voce di spesa – a cui è dedicato

solo il 2,8% di tutte le risorse economiche a disposizione – dentro la quale prendono il sopravvento le spese per i medicinali non coperti dal SSN.

Le famiglie povere dedicano, in effetti, a questa voce il 60% del loro budget sanitario (15 euro vs. 25 euro), a fronte del corrispondente 40% utilizzato dalle famiglie non povere (52 euro vs. 128 euro). Decisamente limitata è la spesa dei poveri per i servizi dentistici (2,2 euro) a cui i non poveri destinano risorse 15 volte maggiori (31 euro), con risultati prevedibilmente molto diversi sulla qualità delle cure e della prevenzione (**tab. 2.1**).

Il gap tra le famiglie povere e non povere è ulteriormente documentato dalla **tabella 2.2** riferita alla spesa annuale pro-capite dal 2014 al 2017.

TABELLA 2.1. Spesa media mensile familiare per consumi e spesa sanitaria delle famiglie per voce di spesa al variare della condizione economica. Italia, anno 2017.

		Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie
Spesa totale		2.685,46	895,96	2.562,48
Spesa totale per servizi sanitari e per la salute		128,36	24,93	121,24
Di cui spese per	Medicinali	51,71	14,73	49,17
	Articoli sanitari	4,42	0,79	4,17
	Attrezzature terapeutiche	12,32	1,30	11,56
	Servizi medici/ospedalieri	19,10	4,61	18,11
	Servizi dentistici	31,16	2,19	29,16
	Servizi paramedici	9,65	1,31	9,07
Peso % della spesa per servizi sanitari e per la salute sulla spesa familiare totale		4,78%	2,78%	4,73%

Fonte: elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie.

TABELLA 2.2. Spesa pro-capite annua sanitaria (espressa in euro) e dettaglio spesa per medicinali per condizione economica della famiglia. Italia, anni 2014-2017.

	2014		2015		2016		2017	
	Spesa sanitaria	di cui medicinali	Spesa sanitaria	di cui medicinali	Spesa sanitaria	di cui medicinali	Spesa sanitaria	di cui medicinali
Famiglie non povere	716,07	280,68	734,44	298,21	742,22	308,85	816,59	338,54
Famiglie povere	120,36	72,65	105,81	64,52	116,83	71,48	128,36	80,21
Totale famiglie	682,09	268,82	695,88	283,88	702,96	293,95	769,29	320,78

Fonte: elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie.

Colpisce anzitutto il contrasto tra la progressiva crescita della spesa sanitaria annuale di chi appartiene a famiglie non povere – che passa da 716 euro nel 2014 a 816 euro nel 2017 – e l'andamento discontinuo della medesima spesa per chi vive in famiglie povere, che dopo l'avvio di 120 euro nel 2014 è scesa per due anni consecutivi per risalire a quota a 128 euro nel 2017.

Anche la spesa destinata solo ai medicinali segue lo stesso andamento; i dati pro-capite su base annuale confermano che i poveri dedicano la maggior parte del loro budget

sanitario (60-62%) all'acquisto dei medicinali, mentre per i non poveri il rapporto si attesta sul 39-42%. In valori assoluti, i non poveri spendono per i medicinali oltre 4 volte di più dei poveri, correndo anche il rischio di eccedere negli acquisti e di generare vere e proprie forme di spreco.

La componente straniera della popolazione residente in Italia ha comportamenti di spesa sanitaria e farmaceutica sui generis, sensibilmente inferiore alla media dei cittadini italiani sia quando rientra tra le famiglie povere che in quelle non povere (**tab. 2.3**).

TABELLA 2.3. Spesa pro-capite annua sanitaria (espressa in euro) e spesa per medicinali al variare della cittadinanza del capofamiglia e della condizione economica familiare. Italia, anno 2017.

	Spesa totale per servizi e per la salute pro-capite			di cui spesa in medicinali pro-capite		
	Cittadinanza Italiana	Cittadinanza Straniera	Totale famiglie	Cittadinanza Italiana	Cittadinanza Straniera	Totale famiglie
Famiglie non povere	841,29	359,32	816,59	346,61	189,02	338,54
Famiglie povere	148,76	75,59	128,36	97,05	36,64	80,21
Totale famiglie	804,50	278,05	769,29	333,36	145,37	320,78

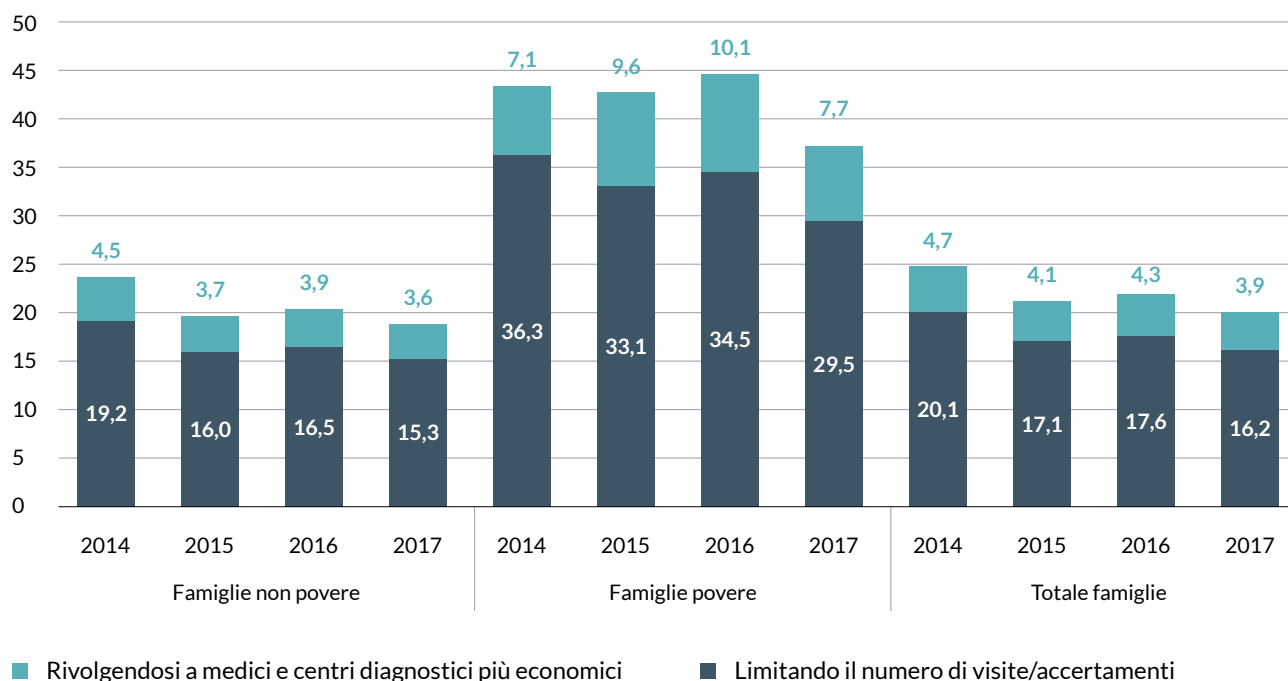
Fonte: elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie.

Gli stranieri non poveri spendono mediamente il 42% di quanto spendono per la salute i cittadini italiani con situazione economica simile, sia per ragioni legate all'età media più giovane (dunque, alla miglior salute), sia per ragioni culturali, ovvero per il diverso atteggiamento nei confronti della salute e delle terapie. La condizione di povertà accentua le differenze degli stranieri rispetto agli italiani, con un'ulteriore contrazione delle spese sanitarie (pari al 50%) che diventa ancor più marcata (37%) quando si considera la spesa solo per i medicinali. A parità di altre condizioni (sesso, età, patologia) è probabile che gli stranieri poveri sottoutilizzino il ricorso alle cure sanitarie e farmacologiche, con conseguenti maggiori rischi per il proprio stato di salute complessivo.

Attraverso i dati Istat sulle spese delle famiglie è possibile conoscere le strategie

adottate dai residenti (italiani e stranieri) per conciliare le necessità sanitarie con le risorse a disposizione. Nel 2017, la corsa alla limitazione delle spese sanitarie ha coinvolto il 37% delle famiglie povere e il 19% delle famiglie non povere, principalmente attraverso la rinuncia ad alcune visite (per il 29,5% delle famiglie povere e il 15,3% delle famiglie non povere) e in subordine attraverso medici e centri meno costosi (per il 7,7% delle famiglie povere e il 3,6% delle famiglie non povere) che comprendono anche i servizi gratuiti erogati agli indigenti dagli enti caritativi. Il numero complessivo delle famiglie coinvolte in queste strategie di risparmio/rinuncia è diminuito nel corso dell'ultimo quadriennio, passando dal 24,8% del 2014 al 20,1% del 2017, con però un trend favorevole alle famiglie povere solo nel biennio 2016-2017⁵ (fig. 2.1).

FIGURA 2.1. Quota percentuale di famiglie che hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di controllo preventivo (dentista, mammografie, pap-test, ecc.) per motivazioni di tipo economico al variare della condizione economica familiare. Italia, anni 2014-2017.



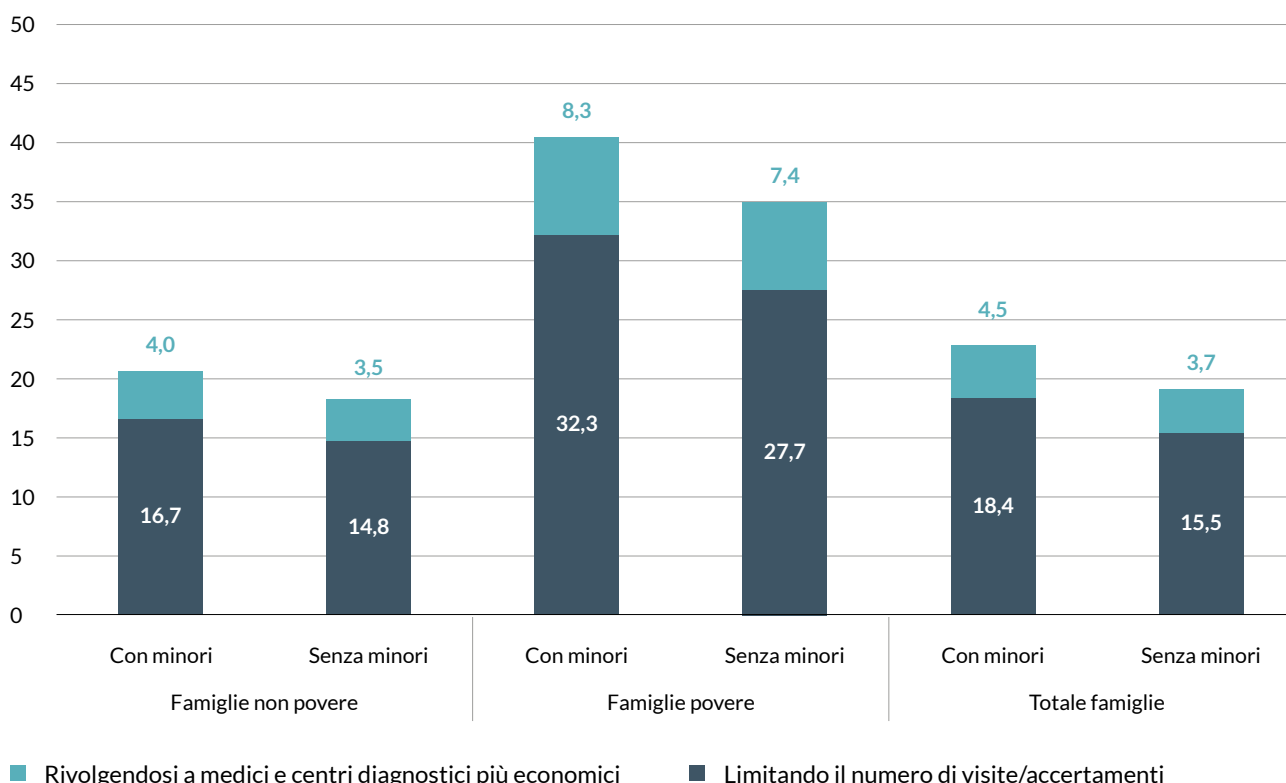
Fonte: elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie.

5. Nel 2017 hanno dovuto contenere la spesa sanitaria 37,2 famiglie povere su 100 a fronte del corrispondente rapporto di 44,6 famiglie su 100 nel 2016 che coincide con il record negativo nel quadriennio qui considerato.

All'interno di questo quadro problematico, le famiglie con figli minorenni (economicamente a carico degli adulti) sperimentano, paradossalmente, difficoltà aggiuntive mentre sarebbe logico attendersi un supplemento di facilitazioni da parte delle istituzioni pubbliche finalizzate alla tutela della salute. Le difficoltà aumentano sia per le famiglie con minori non povere, sia per le famiglie con minori povere che in misura superiore alla media (40,6% vs. 37,2%) sono costrette a perseguire strategie di rinuncia/rinvio delle cure. Questo tipo di comportamento diventa tanto più

rischioso nei casi in cui la limitazione delle cure sanitarie coinvolge direttamente i bambini e le bambine in età evolutiva. Che l'incidenza della povertà assoluta e relativa nel nostro Paese aumenti sensibilmente nelle famiglie con figli minori, è purtroppo un dato documentato da più di un decennio; meno noti e meno considerati sono gli effetti di questa situazione sull'accesso alle cure e sulla salute dei minori che vivono in povertà. Una questione decisamente cruciale e preoccupante su cui le nostre elaborazioni esplorative intendono richiamare l'attenzione e promuovere il necessario approfondimento (fig. 2.2).

FIGURA 2.2. Quota % di famiglie che hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di controllo preventivo (dentista, mammografie, pap-test, ecc.) per motivazioni di tipo economico al variare della condizione economica familiare e della presenza di minori in famiglia. Italia, anno 2017.



Fonte: elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie.

L'entità del fenomeno è resa più evidente dai valori assoluti: nel 2017 hanno cercato di limitare la spesa sanitaria 5 milioni 200 mila famiglie, corrispondenti

a 12 milioni e 634 mila persone, che nell'80% dei casi hanno rinunciato a visite o accertamenti a carico del proprio budget (tab. 2.4).

TABELLA 2.4. Numero di famiglie e di individui che hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di controllo preventivo (dentista, mammografie, pap-test, ecc.) per motivazioni di tipo economico. Italia, anno 2017.

		Ha cercato di limitare la spesa	Di cui: limitando il numero di visite/accertamenti	Di cui: rivolgendosi a medici e centri diagnostici più economici
Numero di famiglie	Non povere	4.538.357	3.673.471	864.886
	Povere	661.973	524.352	137.621
	Totale famiglie	5.200.330	4.197.823	1.002.507
Numeri di individui	Non poveri	10.671.912	8.643.724	2.028.189
	Poveri	1.961.972	1.575.101	386.870
	Totale individui	12.633.884	10.218.825	2.415.059

Fonte: elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie.

2.1 La spesa farmaceutica delle famiglie

Il contenimento della spesa sanitaria da parte delle famiglie con minori disponibilità economiche è tanto più necessario quanto più elevata diventa la quota a carico dei bilanci familiari dei residenti a causa della contemporanea contrazione della quota a carico della

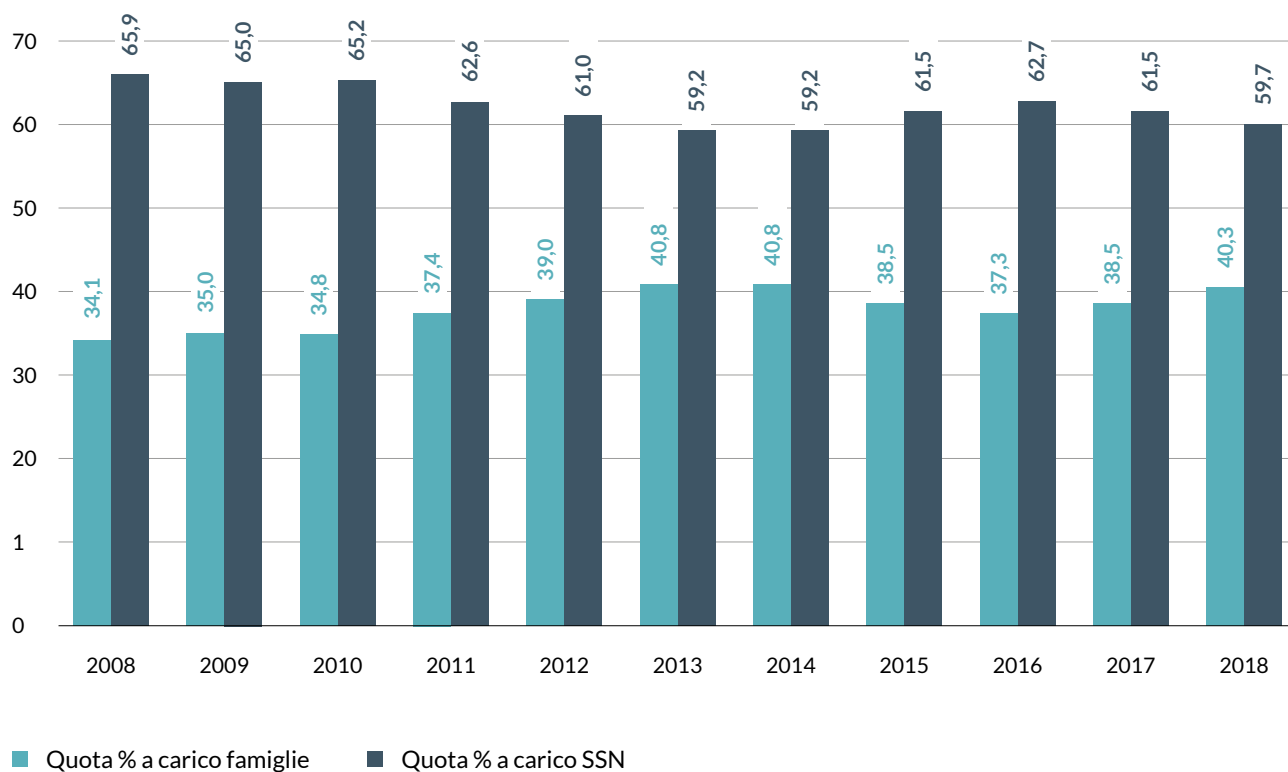
spesa pubblica (**tab. 2.5**). Nel caso della spesa farmaceutica questa divaricazione ha subito nel corso degli ultimi tre anni (2016-2018) una accelerazione, perché la quota a carico delle famiglie è salita di 3 punti percentuali (dal 37,3% al 40,3%), per compensare l'equivalente contrazione della quota a carico del SSN (dal 61,7% al 59,7%) (**fig. 2.3**).

TABELLA 2.5. Spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata, Italia, anni 2008-2018.

	Spesa convenzionata netta	Distribuzione diretta e per conto di fascia A	Totale spesa pubblica	Partecipazione del cittadino	Acquisto privato di fascia A	Classe C con ricetta	Automedicazione (SOP e OTC)	Esercizi commerciali	Totale spesa privata	Totale spesa farmaceutica
2008 (milioni)	11.383	1.651	13.034	647	928	3.106	2.054	-	6.735	19.769
2009 (milioni)	11.193	1.767	12.960	862	829	3.154	2.140	-	6.985	19.945
2010 (milioni)	11.058	2.144	13.202	998	848	3.093	2.105	-	7.044	20.246
2011 (milioni)	10.023	2.832	12.855	1.337	1.026	3.207	2.113	-	7.683	20.538
2012 (milioni)	8.986	2.837	11.823	1.406	1.027	3.000	2.125	-	7.558	19.381
2013 (milioni)	8.863	3.003	11.866	1.436	1.468	2.985	2.278	-	8.167	20.033
2014 (milioni)	8.597	3.249	11.846	1.500	1.441	2.937	2.283	-	8.161	20.008
2015 (milioni)	8.477	4.921	13.398	1.521	1.487	2.997	2.375	-	8.380	21.778
2016 (milioni)	8.254	5.556	13.810	1.540	1.309	2.642	2.429	301	8.221	22.031
2017 (milioni)	8.120	4.792	12.912	1.549	1.317	2.813	2.109	286	8.074	20.986
2018 (milioni)	7.781	4.620	12.401	1.608	1.360	2.875	2.270	266	8.379	20.780

Fonte: L'uso dei farmaci in Italia – Rapporto OsMed 2018.

FIGURA 2.3. Quota % della spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale a carico del SSN. Italia, anni 2008-2018.



Fonte: L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto OsMed 2018.

PARTE TERZA

LA FILIERA DELLA DONAZIONE DEI FARMACI

3 I farmaci raccolti e distribuiti: profilo sintetico

L'attività di raccolta, recupero e redistribuzione dei farmaci a titolo gratuito che identifica la *mission* della Fondazione Banco Farmaceutico (BF) si avvale della determinante collaborazione di molteplici tipi di attori, accomunati dalla disponibilità a donare gratuitamente beni, servizi, competenze, tempo e denaro. A questa filiera del dono appartengono enti profit (farmacie, aziende produttrici e distributrici di farmaci), enti non profit (fondazioni, associazioni, strutture caritative) e istituzioni pubbliche (nazionali e locali) che attraverso l'impulso e il coordinamento di BF collaborano tra loro per raggiungere un unico obiettivo comune: tutelare la salute dei poveri.

Si tratta di una collaborazione costante, che raggiunge il suo punto di maggiore visibilità pubblica durante la Giornata di Raccolta del Farmaco (GRF) ma resta attiva tutti i giorni dell'anno, con modalità non meno importanti e fruttuose.

Alla raccolta e al recupero dei farmaci concorrono tre principali fonti: le aziende produttrici di farmaci con le Donazioni Aziendali (DA), la Giornata di Raccolta del Farmaco (GRF), il Recupero Farmaci ancora Validi (RFV).

L'esito di questa intensa collaborazione quotidiana è documentato dalla quantità di farmaci donati dai singoli canali nel corso degli anni (**tab. 3.1**).

TABELLA 3.1. Farmaci raccolti per canale. Anni 2012-2019.

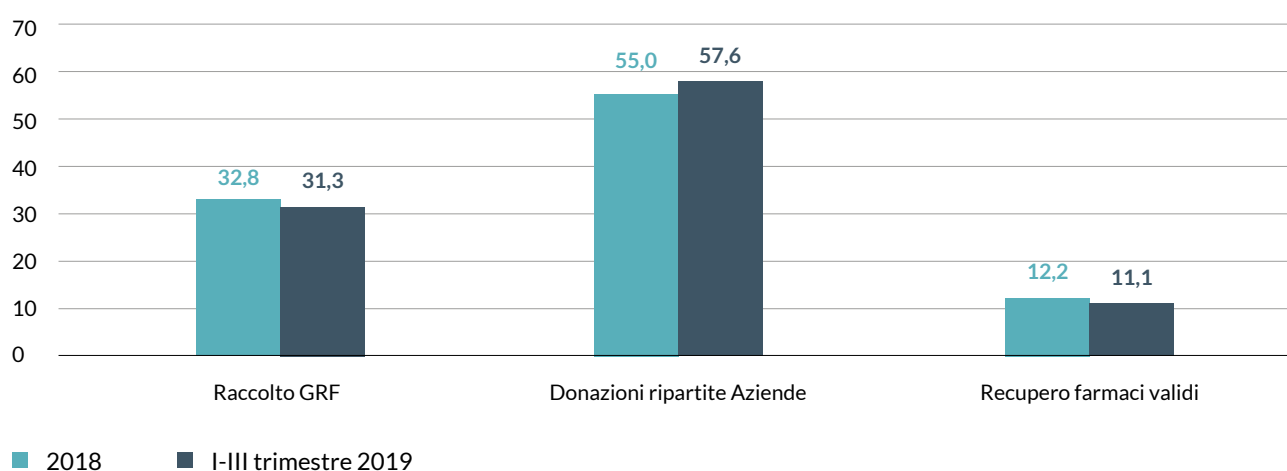
Anno	Quantità raccolte e ripartite (N confezioni)			
	GRF	Aziende	Recupero farmaci validi	Totale
2012	329.769	238.002	-	567.771
2013	350.519	571.161	18.804	940.484
2014	359.889	1.027.869	53.341	1.441.099
2015	354.065	1.230.365	83.496	1.667.926
2016	353.851	1.331.535	105.656	1.791.042
2017	375.240	861.420	113.461	1.350.121
2018	376.692	631.182	139.458	1.147.332
I-III trimestre 2019	421.904	777.172	149.908	1.348.984
Di cui destinati a enti operanti all'estero	13.336	467.194	16.663	497.193

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Dopo la battuta d'arresto del 2018, il 2019 lascia intravedere una sensibile crescita sia per effetto dell'andamento positivo della GRF (con +12% di donazioni rispetto al 2018), sia, soprattutto, per l'afflusso, tuttora in corso, delle DA e del RFV che nei primi tre trimestri hanno già superato il totale dell'anno precedente, con un aumento, rispettivamente, del 23% e dell' 8% delle confezioni destinate ai beneficiari finali. Al

30 settembre 2019 le confezioni acquisite attraverso i diversi canali hanno raggiunto quota 1 milione 350 mila unità, +18% rispetto all'intero anno precedente. La percentuale dei farmaci raccolti nella GRF 2019 è destinata a scendere su base annuale (essendo una raccolta ormai conclusa), mentre le quota dei farmaci provenienti dalle aziende e dal RFV è destinata a salire, con risultati finali diversi rispetto al 2018 (fig. 3.1).

FIGURA 3.1. Quota percentuale dei farmaci raccolti per canale. Italia, anno 2018 e I-III trimestre 2019.



Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Nel corso dei primi 9 mesi del 2019 la filiera della solidarietà coordinata da Banco Farmaceutico ha distribuito gratuitamente

farmaci a quasi 473 mila indigenti, grazie all'intervento di 1.844 enti non profit operanti in parte anche all'estero (39 casi) (tab. 3.2).

TABELLA 3.2. Numero di beneficiari e numero di enti per ripartizione. Anno 2019.

	Numero enti	Numero beneficiari
Nord Ovest	643	173.292
Nord Est	474	115.516
Centro	324	77.841
Sud	293	61.249
Isole	110	45.094
Italia	1.844	472.992
<i>Di cui enti operanti all'estero</i>	39	34.743

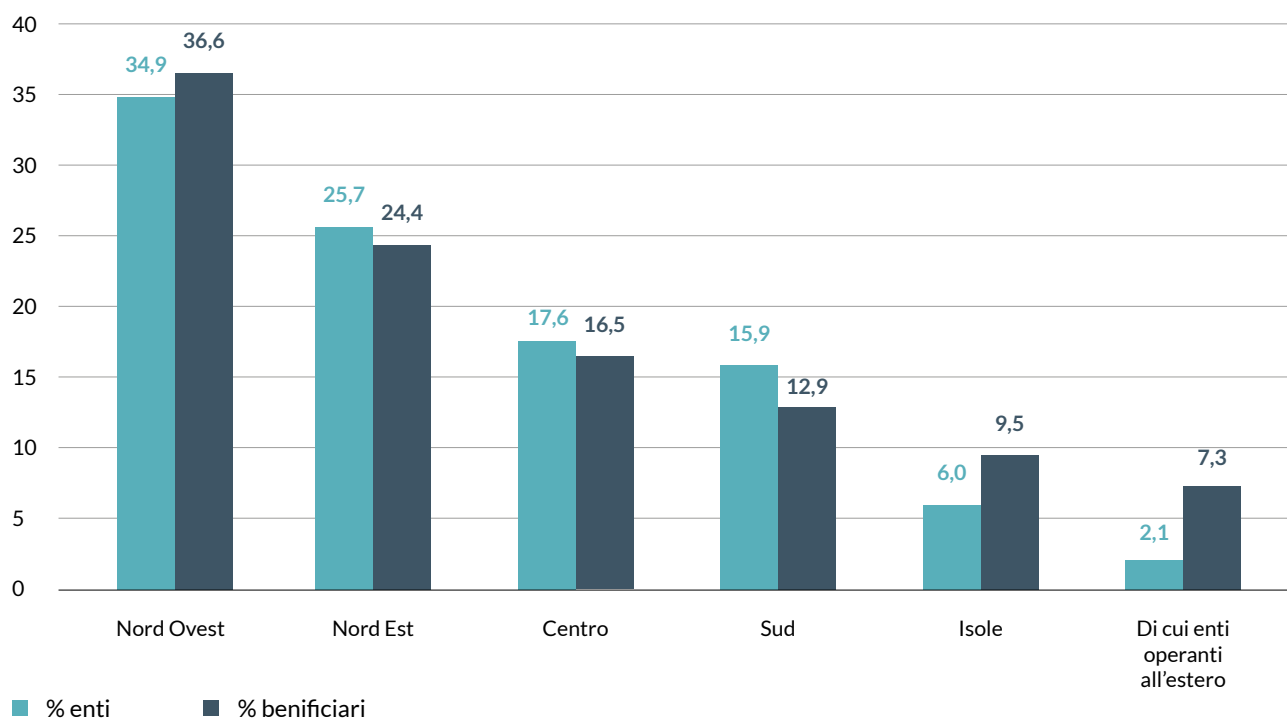
Fonte: sistema di monitoraggio B.F.

Nota: è stato considerato anche 1 ente con sede in Romania (riceve farmaci da una farmacia di Bergamo).

La distribuzione territoriale dei beneficiari è direttamente correlata a quella degli enti caritativi e di prossimità: con valori pressoché identici nelle regioni del Nord Ovest, del Nord Est e del Centro e più distanziati nel Sud e nelle Isole. I pochi enti

che operano all'estero assistono una quota di indigenti decisamente superiore al loro peso percentuale (7,3% vs. 2,1%) (fig. 3.2) lasciando intendere che il numero medio dei loro assistiti supera ampiamente la media generale (vedi cap. 12).

FIGURA 3.2. Distribuzione percentuale dei beneficiari e degli enti per ripartizione. Anno 2019.



Fonte: sistema di monitoraggio BF.

La rilevanza dell'attività svolta dal Banco Farmaceutico è documentata anche dal valore monetario dei farmaci recuperati e distribuiti nel corso degli anni (tab. 3.3).

Il consuntivo dei primi 9 mesi del 2019 indica un valore complessivo di oltre 14 milioni di euro a cui hanno contribuito in misura principale le donazioni aziendali, con quasi 8,7 milioni di euro, pari al 61,5% del totale, un valore più che proporzionale rispetto al peso percentuale dei farmaci con identica provenienza (57,6%), contraddistinti da qualità tipologiche e terapeutiche più varie e costose. Un trend analogo si registra anche per il RFV che, con i suoi 2,38 milioni di euro, ha già superato il consuntivo dell'anno precedente contribuendo per il 16,8% al

risultato complessivo, a fronte dell'11,1% di confezioni apportate. Le indicazioni tendenziali dei primi 9 mesi del 2019 lasciano prevedere l'avvicinamento al risultato record raggiunto complessivamente nel 2016, con 14,9 milioni di euro.

Al valore monetario di queste donazioni corrisponde un risparmio sugli acquisti di medicinali da parte degli enti non profit che aiutano gli indigenti con un vantaggio annuale che nel 2018 è stato di 24 euro pro-capite per ciascuno dei 538 mila beneficiari finali e che nei primi 9 mesi del 2019 si attesta sui 30 euro, valore che corrisponde a circa il 37% degli 80 euro annuali spesi mediamente dalle persone povere (vedi Tab. 2.2).

TABELLA 3.3. Valore complessivo dei farmaci raccolti (in euro). Anni 2012-2019.

Anno	Valore in euro del raccolto			Totali
	GRF	Aziende	Recupero farmaci validi	
2012	1.828.609	2.196.822	-	4.025.431
2013	2.108.094	4.685.033	240.613	7.033.740
2014	2.311.969	7.636.964	712.481	10.661.414
2015	2.263.582	10.946.379	1.056.936	14.266.897
2016	2.275.818	11.168.378	1.445.893	14.890.089
2017	2.599.791	6.976.607	1.612.092	11.188.490
2018	2.642.517	8.047.157	2.185.738	12.875.412
I-III trimestre 2019	3.069.595	8.681.630	2.384.838	14.136.063
<i>Di cui destinati a enti operanti all'estero</i>	<i>99.061</i>	<i>5.393.729</i>	<i>237.289</i>	<i>5.730.079</i>

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Nota: Per gli anni 2013 e 2014 è stato imputato ai farmaci, in cui il dato sul prezzo era mancante, il prezzo medio per confezione.

4 I protagonisti delle donazioni: le aziende

Dopo la fase iniziale in cui le Donazioni Aziendali hanno rappresentato una parte minoritaria dei farmaci raccolti e ripartiti annualmente da BF, il loro apporto è diventato preponderante, superando ampiamente il numero dei farmaci provenienti dalla GRF (cfr. tab. 3.3) Il progressivo incremento delle donazioni aziendali ha raggiunto il suo apice nel 2016. In seguito, è iniziata una sensibile parabola discendente (**tab. 4.1**) che, nel corso del 2019, potrebbe invertirsi per effetto dell'aumento delle aziende donatrici passate da 25 (nel 2018) a 30 e della partecipazione a progetti mirati avviati da Banco Farmaceutico, tra cui si segnala il protocollo d'intesa con il Comando Operativo di vertice Interforze (COI) e l'Ordinariato Militare per l'Italia per fornire

gratuitamente medicinali alle persone che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico nei teatri operativi in cui le Forze armate italiane sono impegnate in missioni internazionali di *peacekeeping* e di *peace-enforcing*.

Tra maggio 2018 e settembre 2019 sono state raccolte per questo progetto 148.176 confezioni di farmaci – pari a un valore monetario (stimato sulla base dei valori commerciali) di 1 milione 766 mila euro – distribuite a 24 strutture assistenziali-sanitarie operanti in Afghanistan, Libano, Niger, Libia, Kosovo, Gibuti e Somalia che curano oltre 1 milione 359 mila persone povere. All'iniziativa, tuttora in corso, hanno aderito 12 aziende farmaceutiche leader nei rispettivi settori.

TABELLA 4.1. Numero di confezioni ricevute (accettate e ripartite) dalle aziende per classe di farmaco. Italia, anni 2012-2019.

Anno	Etico classe A	Etico classe C + OTC	Integratore	Presidio	Numero di confezioni totale
2012	116.325	69.374	14.994	37.309	238.002
2013	86.216	407.618	24.311	53.017	571.162
2014	56.017	727.587	71.118	173.147	1.027.869
2015	203.257	648.693	181.591	196.824	1.230.365
2016	482.482	657.913	108.458	82.681	1.331.534
2017	104.369	493.929	42.945	220.177	861.420
2018	190.445	347.338	34.023	59.376	631.182
I-III trimestre 2019	195.848	262.127	66.298	252.899	777.172

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Nota: La data di riferimento è quella del riparto.

La contrazione delle donazioni aziendali registrata nell'ultimo triennio è dovuta, in via principale, ai processi di razionalizzazione della produzione di farmaci da parte di tutte le aziende del settore, che ha ridotto le eccedenze destinabili alle donazioni. Una seconda causa di questa contrazione va ricercata nel gap crescente tra il tipo di farmaci offerti dalle aziende e i farmaci richiesti dagli enti caritativi e dunque accettabili da Banco Farmaceutico.

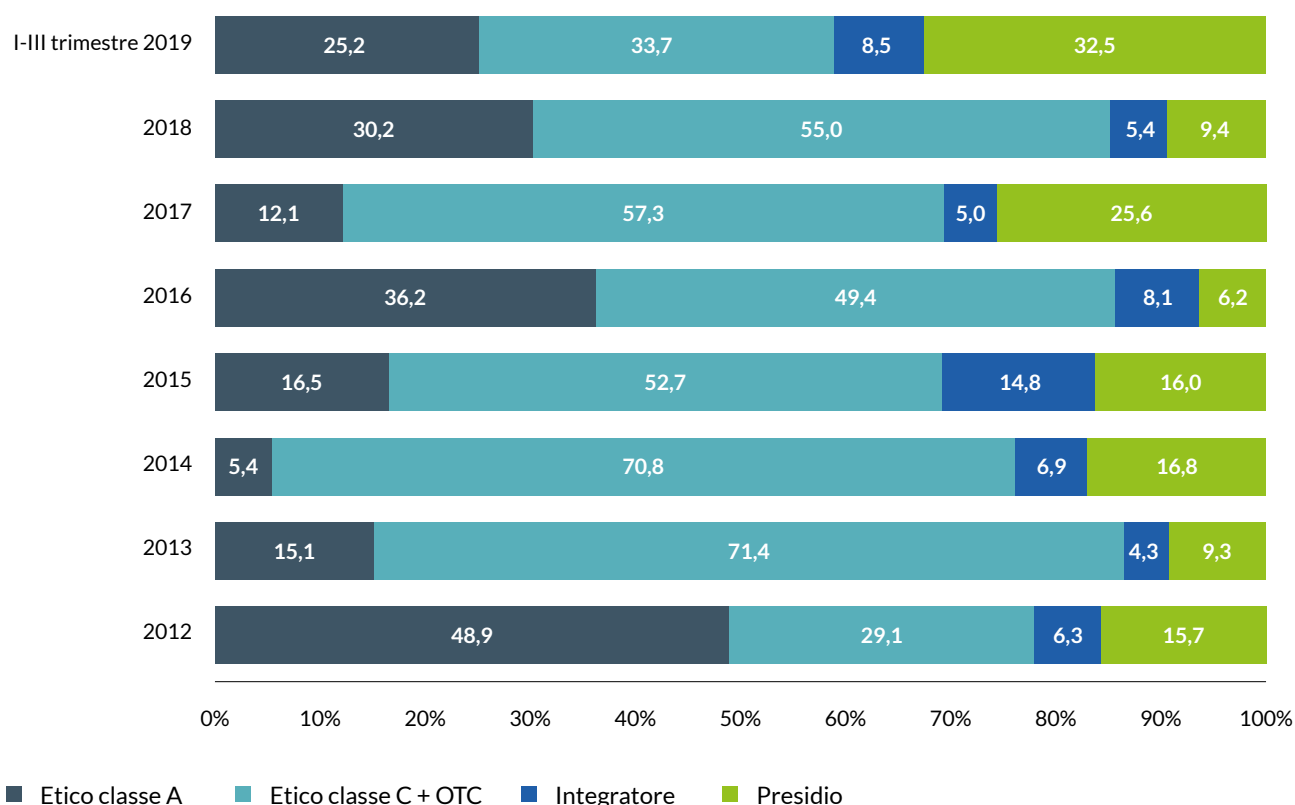
A differenza delle donazioni provenienti dalla GRF, le donazioni aziendali affluiscono a Banco Farmaceutico e agli enti convenzionati tutti i mesi dell'anno e coprono classi farmacologiche e terapeutiche più ampie, con valore monetario più elevato, illustrate nella **figura 4.1**.

È importante sottolineare che, escludendo i farmaci di Classe A (rimborsabili dal SSN), il 75% delle donazioni aziendali effettuate nei primi tre trimestri del 2019 e il 70% di quelle realizzate nel 2018 riguardano prodotti che sarebbero a totale carico del cittadino.

Al numero di farmaci donati nei diversi anni corrispondono valori monetari definiti in base ai valori di acquisto nel circuito del commercio al dettaglio, pari mediamente a 12,7 euro nel 2018 e a 11,2 euro nei primi tre trimestri 2019 (**tab. 4.2**).

L'aumento del valore medio dei farmaci donati dalle aziende nel biennio 2018-19 non dipende tanto dalla lievitazione dei prezzi, quanto dalla più costosa tipologia dei farmaci donati (in buona parte di tipo specialistico).

FIGURA 4.1. Distribuzione percentuale per classe di farmaco delle confezioni ricevute (e accettate) dalle aziende. Italia, anni 2012-2019.



Fonte: sistema di monitoraggio BF.

TABELLA 4.2. Valore monetario dei farmaci donati dalle aziende. Italia, anni 2012-2019.

	Valore monetario farmaci donati (euro)	N. farmaci raccolti	Valore medio confezione
2012	2.196.822	238.002	9,2
2013	4.685.033	571.161	8,2
2014	7.636.964	1.027.869	7,4
2015	10.946.379	1.230.365	8,9
2016	11.168.378	1.331.535	8,4
2017	6.976.607	861.420	8,1
2018	8.047.157	631.182	12,7
I-III trimestre 2019	8.681.630	777.172	11,2
<i>Di cui destinati a enti operanti all'estero</i>	<i>5.393.729</i>	<i>467.194</i>	<i>11,5</i>

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Nota: Il territorio dei farmaci raccolti è quello dell'ente a cui sono stati destinati i farmaci raccolti (necessario per comparabilità con bisogno espresso da enti in GRF).

Le donazioni aziendali vengono assegnate dal Banco Farmaceutico solo agli enti caritativi più strutturati, con attività continuative che si avvalgono di personale sanitario stabile⁶. Nei primi nove mesi del 2019, gli enti che hanno usufruito delle donazioni aziendali sono stati 68, operanti nel 29% dei casi all'estero. Questo sottogruppo ha ricevuto il 60% delle confezioni provenienti dalle aziende,

a conferma della loro peculiarità e del loro fabbisogno di prodotti molto differenziati. Gli enti più strutturati sono concentrati principalmente in Lombardia (27,9%) e Piemonte (19%) che insieme ricevono il 37% delle confezioni totali. Decisamente peculiare è la situazione dell'Abruzzo dove il solo ente presente ha ricevuto l'intero quantitativo dei farmaci (296.698) destinati al progetto speciale Venezuela (**tab. 4.3**).

TABELLA 4.3. Donazioni aziendali e numero di enti destinatari dei farmaci. Regioni dell'ente, I-III trimestre 2019.

Regione dell'ente	N. di enti destinatari di donazioni aziendali		Numero di confezioni ricevute
	N. assoluto	% sul totale degli enti	
Piemonte	13	7,6%	46.663
Lombardia	19	4,8%	240.354
Veneto	5	3,4%	37.555
Friuli-Venezia Giulia	1	1,0%	2.850
Liguria	4	6,0%	3.164
Emilia-Romagna	7	3,3%	17.018
Toscana	2	1,7%	27.648
Umbria	1	2,1%	14.519
Marche	1	1,1%	17.974
Lazio	6	8,5%	29.351
Abruzzo	1	4,0%	296.698
Puglia	1	0,7%	4.133
Basilicata	1	2,8%	8.010
Sicilia	6	8,8%	31.235
Italia	68	3,7%	777.172
<i>Di cui destinati a enti operanti all'estero</i>	20	29%	467.194

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Nota: La data di riferimento è quella del riparto.

6. Si tratta di enti che possono dispensare anche i farmaci etici e non solo i farmaci da automedicazione, con capacità operative più ampie sia in termini di servizi forniti che di personale sanitario a disposizione. Nel corso del 2018 gli enti coinvolti sono stati 73.

5 I protagonisti delle donazioni: le farmacie

Il coinvolgimento delle farmacie nella filiera del dono avviene principalmente in occasione della Giornata di Raccolta del Farmaco (GRF) e del più recente Recupero Farmaci Validi (RFV) che richiedono il determinante impegno volontario dei farmacisti, sia sul versante organizzativo sia su quello della sensibilizzazione dei potenziali donatori. La partecipazione delle farmacie all'annuale GRF ha registrato un andamento crescente nel corso degli ultimi

7 anni, con un incremento particolarmente sensibile (7,5%) nell'ultimo biennio (2018-2019) (**tab. 5.1**), a conferma del crescente interesse dei farmacisti verso gli obiettivi ideali e pratici di Banco Farmaceutico. Nel 2019 sono stati 15.704 i farmacisti che si sono impegnati direttamente nella preparazione e nella gestione della GRF, contribuendo, con la loro professionalità e reputazione, ad accreditarla presso i propri clienti, i propri colleghi, i propri concittadini.

TABELLA 5.1. Numero totale farmacie e numero di farmacie partecipanti alla GRF per Ripartizioni territoriali. Anni 2013-2019.

Ripartizione	N. totale Farmacie 2019	Farmacie aderenti alla GRF						
		GRF 2013	GRF 2014	GRF 2015	GRF 2016	GRF 2017	GRF 2018	GRF 2019
Nord Ovest	5.419	1.413	1.508	1.537	1.549	1.600	1.707	1.782
Nord Est	3.504	898	928	956	984	1.015	1.090	1.143
Centro	3.617	497	513	559	563	578	664	740
Sud	4.615	326	372	391	379	436	470	537
Isole	2.176	232	235	220	203	219	241	282
Totale	19.331	3.366	3.558	3.665	3.681	3.851	4.175	4.487

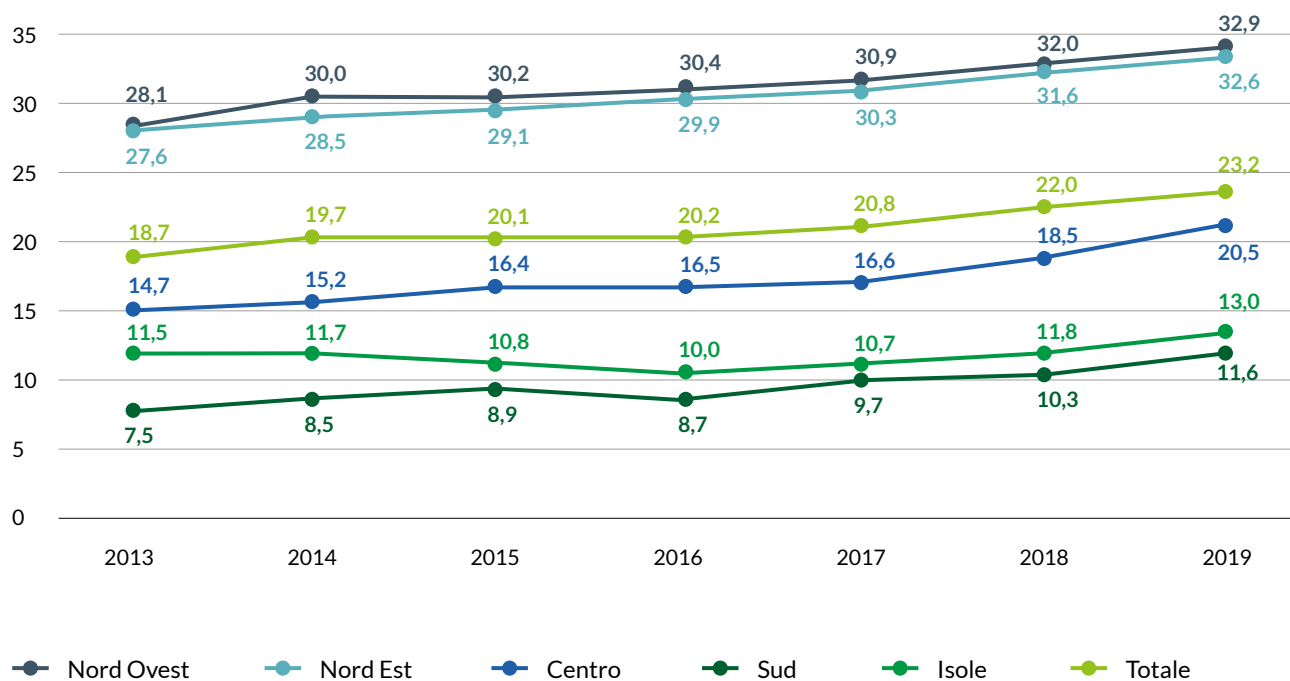
Fonte: sistema di monitoraggio BF e Federfarma (www.federfarma.it aggiornamento marzo 2019).

Nota: Nel totale sono conteggiate anche le farmacie della Repubblica di San Marino (3 nel 2019).

Il tasso di partecipazione delle farmacie alla GRF ha raggiunto nel 2019 il ragguardevole traguardo del 23,2%, con un incremento di 4,5 punti percentuali rispetto al 2013 (**fig. 5.1**). La progressione è avvenuta in tutte le ripartizioni geografiche, con dinamiche

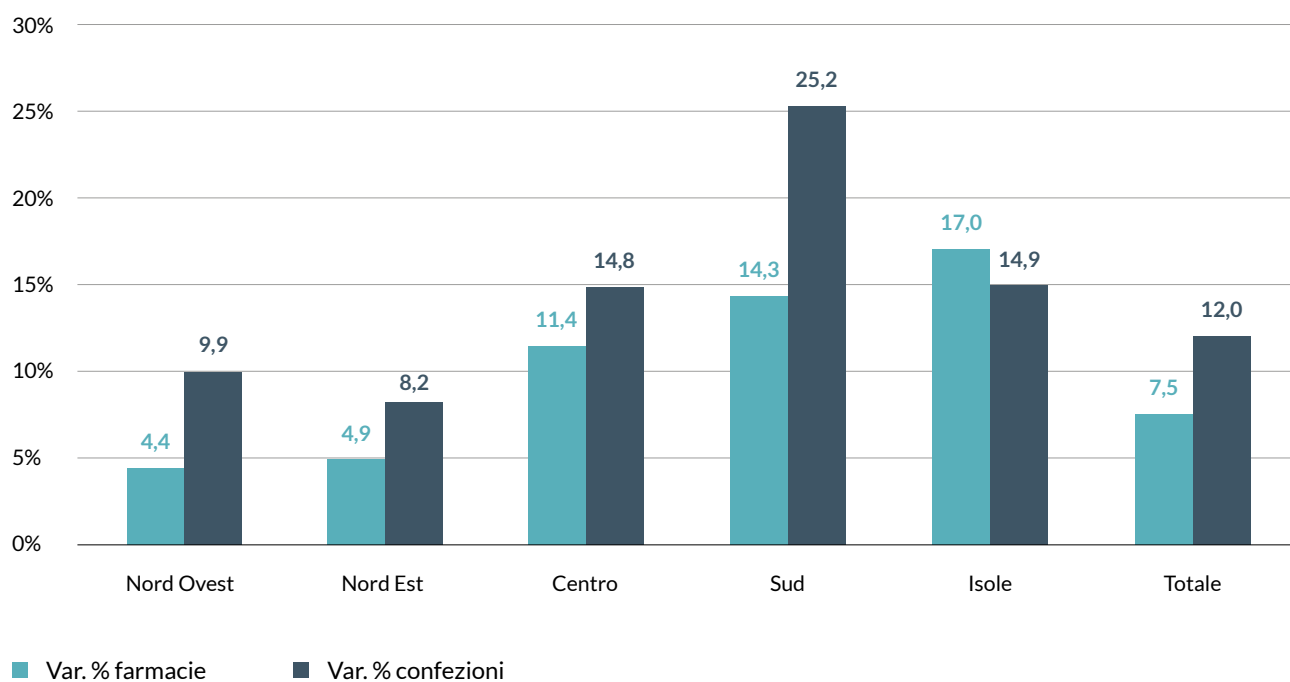
lineari sempre crescenti nel Nord Ovest, nel Nord Est e nel Centro e andamenti leggermente discontinui nel Sud dove si è peraltro registrato l'incremento maggiore del tasso di partecipazione con valori percentuali rispettivamente di +17 e +14,4%. (**fig. 5.2**).

FIGURA 5.1. Tasso di partecipazione delle farmacie alla GRF. Ripartizioni territoriali, anni 2013-2019.



Fonte: sistema di monitoraggio BF e Federfarma.

FIGURA 5.2. Variazione percentuale farmacie partecipanti e numero confezioni donate nella GRF. Ripartizioni territoriali. Anni 2018-2019.

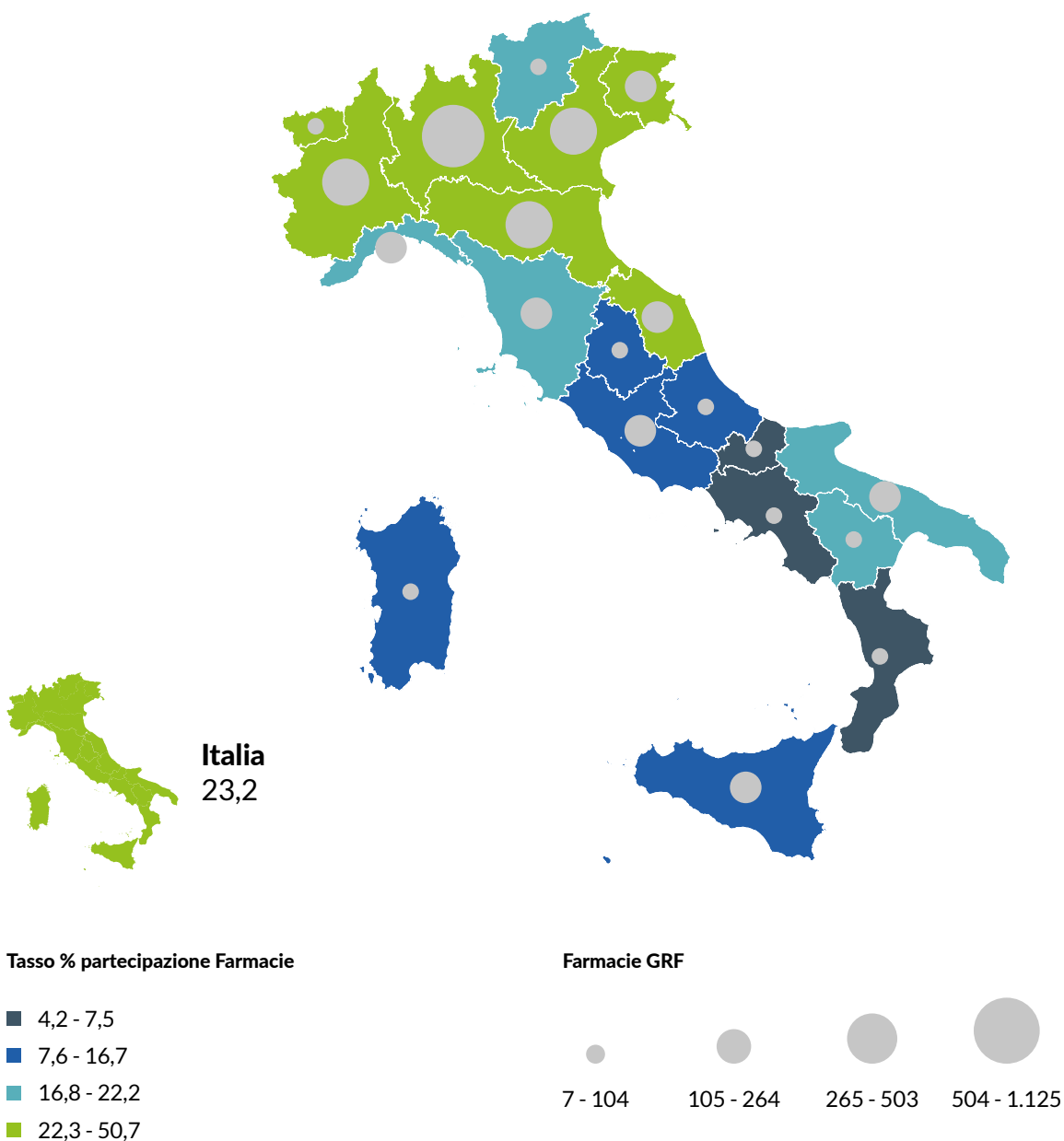


Fonte: sistema di monitoraggio BF.

In rapporto al numero di farmacie presenti in ciascuna regione, il coinvolgimento più elevato nella GRF del 2019 si registra nelle Marche (50,7%) che rappresenta il benchmark (decisamente elevato) per tutte le altre regioni (**mappa 5.1**). Al secondo posto di questa classifica si collocano le farmacie del Friuli-Venezia Giulia (42%), a cui si accodano (con un tasso di partecipazione compreso tra il 36,4% e il 30%) le farmacie di Lombardia, Valle d'Aosta, Emilia-Romagna,

Veneto, Piemonte. Sette regioni su venti hanno tassi di partecipazione superiori alla media (23,2%), mentre le altre 13 sono sotto a questa soglia e hanno dunque margini di crescita potenzialmente (e auspicabilmente) elevati. Sotto questo profilo, si può osservare che i più ampi margini di crescita spettano alle farmacie che operano in Molise, Campania e Calabria che presentano i tassi di partecipazione più bassi (compresi tra il 4,2% e il 7,5%).

MAPPA 5.1. Numero di farmacie partecipanti alla GRF e tasso di partecipazione. Regioni italiane, anno 2019.

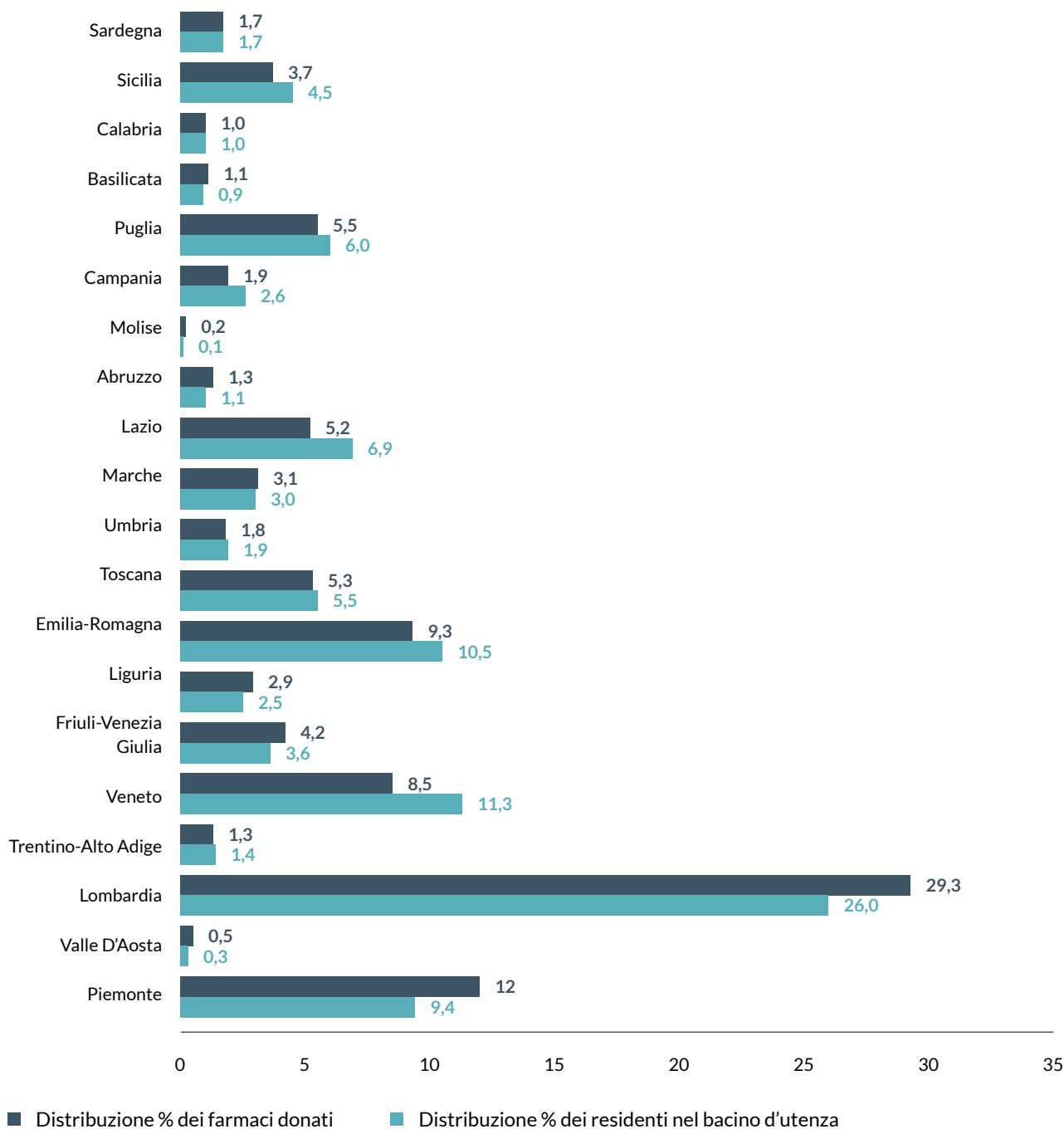


Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Osservate dal versante del loro bacino d'utenza - ovvero del numero medio di abitanti per farmacia - le farmacie di Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Piemonte che hanno aderito alla GRF 2019 hanno coinvolto il 57% di tutti i cittadini potenzialmente coinvolgibili (oltre 14 milioni). La platea dei potenziali

donatori ha effetti diretti sul numero di farmaci donati in ciascuna regione, specie quando il tasso di *propensione al dono* è identico (**fig. 5.3**). In tutti i casi, l'aumento delle farmacie che partecipano alla GRF si conferma come la leva principale per l'aumento delle donazioni, sia in valore assoluto che relativo.

FIGURA 5.3. Distribuzione percentuale per regione dei residenti nel bacino d'utenza delle farmacie e dei farmaci donati. Anno 2019.



Fonte: sistema di monitoraggio BF ed elaborazioni Federfarma su dati Istat (numero medio abitanti per farmacia).

All'aumento delle farmacie rispetto al 2018 (+312 unità) corrisponde un sensibile aumento anche dei farmaci donati (+45.000),

con effetti favorevoli all'aumento del numero medio delle donazioni in ogni farmacia che passa da 90 a 94 confezioni. (**tab. 5.2**).

TABELLA 5.2. Numero di farmacie e numero di confezioni donate nelle GRF 2018 e 2019.

Ripartizione	Farmacie GRF 2018	Farmacie GRF 2019	Variazioni 2019-2018	Confezioni GRF 2018	Confezioni GRF 2019	Variazioni 2019-2018
Nord Ovest	1.707	1.782	75	171.041	188.058	17.017
Nord Est	1.090	1.143	53	91.159	98.641	7.482
Centro	664	740	76	57.672	66.101	8.429
Sud	470	537	67	36.984	46.313	9.329
Isole	241	282	41	19.836	22.791	2.955
Totale	4.175	4.487	312	376.692	421.904	45.212
N. medio confezioni donate per farmacia				90	94	-

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Nota: nel totale sono conteggiate anche le farmacie della Repubblica di San Marino (3 nel 2019).

6 Le donazioni durante la GRF 2019

Il numero di farmaci raccolti durante la GRF è certamente l'indicatore più immediato per valutare l'esito di questa iniziativa e il suo impatto pratico; questo indicatore quantitativo veicola però molti altri elementi significativi, a cominciare da quelli sociali fino a quelli culturali, ideali ed economici.

L'aspetto sociale consiste nel fatto che il numero dei farmaci raccolti esprime la *propensione al dono* dei cittadini che vivono nel bacino d'utenza di ogni farmacia, animati dalla volontà di partecipare a un gesto di condivisione e di solidarietà verso persone bisognose di aiuto per curare la propria salute.

Nel 2019 le donazioni durante la GRF hanno ricevuto un impulso notevole e

per certi aspetti eccezionale (+12%) se paragonato con quanto avvenuto nei 7 anni precedenti (2013-2019), contraddistinti da saldi più contenuti e altalenanti, anche se il bilancio finale risulta positivo (+20,4%). In pratica, oltre la metà dell'aumento settennale si è verificato nell'ultimo biennio (**tab. 6.1**).

Decisamente rilevanti e degni di nota sono stati gli incrementi delle donazioni nelle regioni del Sud e del Centro che superano i valori medi, sia del settennato 2013-2019 (con +66,7% e +43,4% a fronte di +20,4% totale), sia del biennio 2018-2019 (rispettivamente +25,2% e +14,6% a fronte di +12% totale).

In via di fatto, l'aumento delle confezioni è l'esito congiunto sia di un maggior numero

TABELLA 6.1. Numero farmaci raccolti durante la GRF dal 2013 al 2019 e variazioni %. Ripartizioni territoriali.

Ripartizioni	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	Variazione % 2019-2013	Variazione % 2019-2018 Variazioni 2019-2018
Nord Ovest	188.058	171.041	172.117	163.947	163.782	171.818	169.827	10,7%	9,9%
Nord Est	98.641	91.159	92.496	88.632	87.200	87.761	86.996	13,4%	8,2%
Centro	66.101	57.672	53.937	51.707	51.886	48.234	46.097	43,4%	14,6%
Sud	46.313	36.984	37.095	31.778	32.572	32.503	27.783	66,7%	25,2%
Isole	22.791	19.836	19.595	17.787	18.625	19.573	19.816	15,0%	14,9%
Italia	421.904	376.692	375.240	353.851	354.065	359.889	350.519	20,4%	12,0%

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Note: (1) Il territorio dei farmaci raccolti è quello della farmacia.

(2) Nella ripartizione Centro sono considerate anche le donazioni di farmacie della Repubblica di San Marino (3 nel 2019).

di donazioni pro-capite, che chiameremo *propensione individuale al dono*, sia di un maggior numero di donatori (legato indubbiamente alla partecipazione di 312 nuove farmacie) che chiameremo *propensione collettiva al dono*.

La *propensione al dono* (individuale e collettiva) è documentata sinteticamente dal numero medio di confezioni donate in ciascuna farmacia che, a livello nazionale, raggiungono i 94 pezzi (**tab. 6.2**), con un leggero incremento rispetto al dato del 2018 (90 pezzi).

TABELLA 6.2. Farmaci raccolti in occasione della GRF (valori assoluti, percentuali e per farmacia). Regioni italiane, anno 2019.

Regione	N. farmacie GRF	% farmacie sul totale	N. farmaci raccolti	% farmaci sul totale	N. medio confezioni per farmacia
Piemonte	503	11,2	50.436	12,0	100
Valle D'aosta	18	0,4	1.995	0,5	111
Lombardia	1.125	25,1	123.594	29,3	110
Trentino-Alto Adige	57	1,3	5.464	1,3	96
Veneto	466	10,4	35.909	8,5	77
Friuli-Venezia Giulia	171	3,8	17.848	4,2	104
Liguria	136	3,0	12.033	2,9	88
Emilia-Romagna	449	10,0	39.420	9,3	88
Toscana	251	5,6	22.231	5,3	89
Umbria	85	1,9	7.529	1,8	89
Marche	141	3,1	12.957	3,1	92
Lazio	263	5,9	22.116	5,2	84
Abruzzo	55	1,2	5.343	1,3	97
Molise	7	0,2	871	0,2	124
Campania	104	2,3	7.809	1,9	75

Regione	N. farmacie GRF	% farmacie sul totale	N. farmaci raccolti	% farmaci sul totale	N. medio confezioni per farmacia
Puglia	264	5,9	23.411	5,5	89
Basilicata	48	1,1	4.831	1,1	101
Calabria	59	1,3	4.048	1,0	69
Sicilia	194	4,3	15.734	3,7	81
Sardegna	88	2,0	7.057	1,7	80
Repubblica di San Marino	3	0,1	1.268	0,3	423
Italia	4.487	100	421.904	100	94

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Note: (1) Il territorio dei farmaci raccolti è quello della farmacia.

(2) Nel totale sono conteggiate anche le farmacie della Repubblica di San Marino (3 nel 2019) e le relative donazioni.

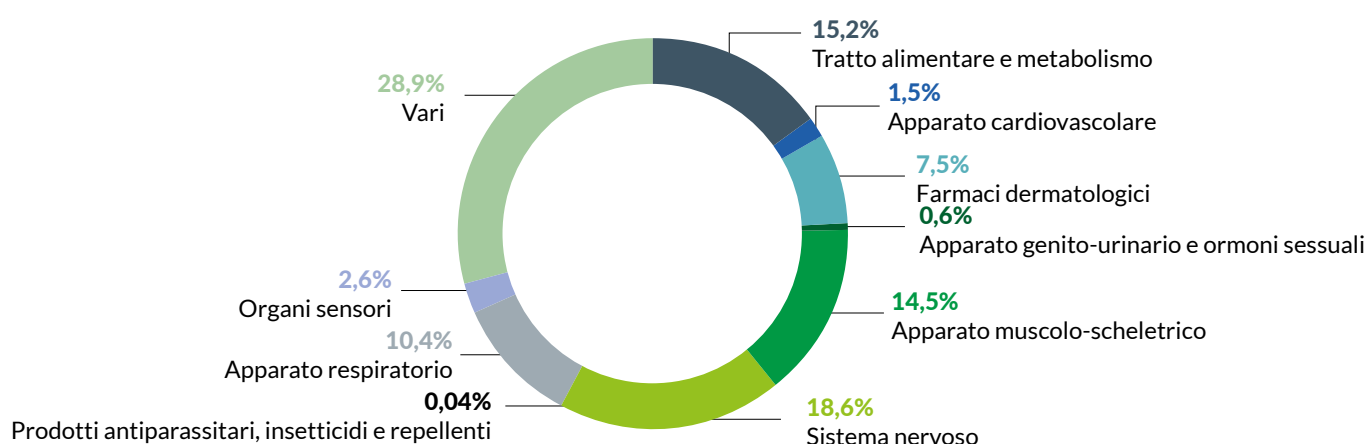
Spiccano, a questo riguardo, i dati medi del Molise che, con 124 confezioni per farmacia, guida quello che possiamo chiamare l'*indice di attrattività della GRF*. A questa regione leader seguono la Valle d'Aosta (con in media 111 confezioni), la Lombardia (110), il Friuli-Venezia Giulia (104), la Basilicata (101) e il Trentino-Alto Adige (96).

La tipologia dei farmaci raccolti durante la GRF corrisponde alle indicazioni pervenute al Banco Farmaceutico dagli enti convenzionati, anche se i quantitativi e le proporzioni finali

ricalcano solo in parte le previsioni (vedi dati analisi esplorativa parte IV).

Il consuntivo della GRF 2019 vede in prima posizione i farmaci per il sistema nervoso (18,6%), seguiti da quelli per il tratto alimentare e metabolico (15,2%), l'apparato muscolo-scheletrico (14,5%) e l'apparato respiratorio (10,4%). Nella categoria "farmaci vari" sono stati accorpate le categorie residue tra cui compaiono gli integratori alimentari e i presidi medici (fig. 6.1).

FIGURA 6.1. Distribuzione percentuale dei farmaci raccolti in occasione della GRF per 1° livello di ATC⁷ (valori %). Italia, anno 2019.



Fonte: sistema di monitoraggio BF.

7. Il sistema di classificazione anatomico, terapeutico e chimico, sigla ATC dall'inglese *Anatomical Therapeutic Chemical classification system*, viene usato per la classificazione sistematica dei farmaci ed è controllato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il I livello di classificazione, qui utilizzato, contiene il gruppo anatomico principale.

Al valore terapeutico e sociale delle donazioni – che rappresentano gli elementi prevalenti per la valutazione della GRF e dell'intera attività di Banco Farmaceutico – va aggiunto anche il loro valore monetario, stimato sulla base del valore commerciale medio delle singole confezioni.

Nella GRF 2019 il valore monetario dei farmaci donati ha superato i 3 milioni di euro, distribuiti per il 45,4% nelle regioni del Nord-Ovest e per la parte rimanente nelle altre quattro ripartizioni territoriali (**tab. 6.3**).

TABELLA 6.3. Valore monetario dei farmaci raccolti nella GRF. Ripartizioni territoriali, anno 2019.

	Valore monetario farmaci donati (euro)	Quota % valore monetario	N. farmaci raccolti	Valore medio confezione
Nord Ovest	1.394.542	45,4%	188.058	7,4
Nord Est	722.141	23,5%	98.641	7,3
Centro	473.398	15,4%	66.101	7,2
Sud	316.001	10,3%	46.313	6,8
Isole	163.512	5,3%	22.791	7,2
Italia	3.069.595	100%	421.904	7,3

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Note: (1) Il territorio dei farmaci raccolti è quello della farmacia.

(2) Nella ripartizione Centro è conteggiato anche il valore monetario delle donazioni di farmacie della Repubblica di San Marino (3 nel 2019).

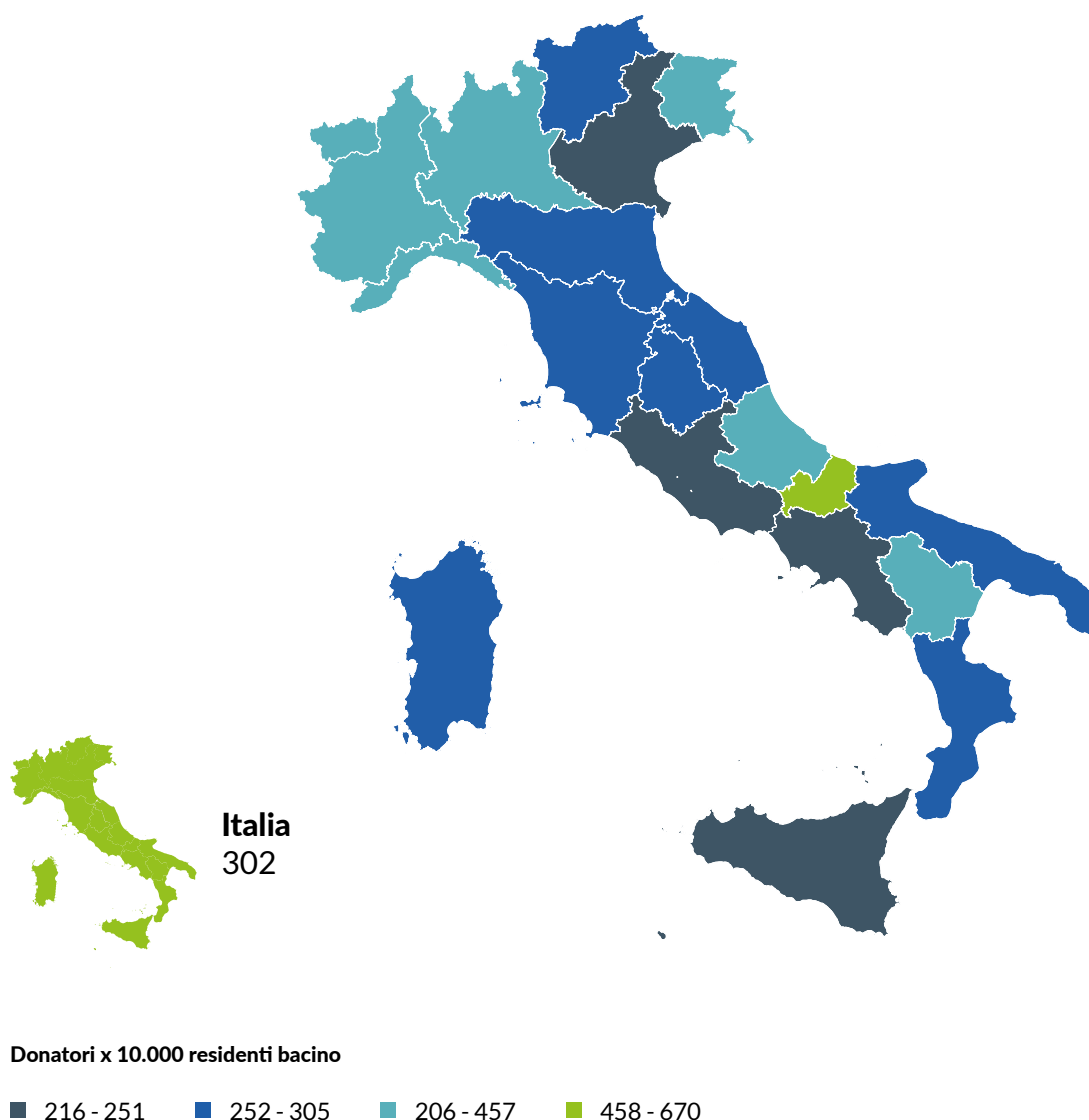
7 I donatori della GRF

Nell'ambito dei valori culturali e sociali che rendono possibile e qualificano la GRF, così come l'intera esperienza del Banco Farmaceutico, il posto di primo piano spetta alla *propensione al dono* delle singole persone, uomini e donne di tutte le età e di ogni ceto sociale, legate alle loro piccole o grandi comunità di residenza.

Questa *propensione al dono* – documentata a livello micro-sociale dal numero medio di

confezioni donate nelle singole farmacie aderenti alla GRF (vedi cap. 6) – può essere stimata anche a livello macro-sociale prendendo a riferimento il rapporto (moltiplicato per 10.000) tra il numero di farmaci donati e la popolazione residente nel bacino d'utenza delle farmacie. Si ottiene in tal modo il **tasso di propensione collettiva al dono**, dei residenti teoricamente informati delle possibilità di partecipare alla GRF (**mappa 7.1**).

MAPPA 7.1. Propensione al dono nella GRF 2019: numero di donatori x 10.000 residenti nel bacino utenza delle farmacie aderenti.



Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Nella GRF del 2019 il tasso di propensione collettiva al dono ha raggiunto quota 302 a livello nazionale, con ampie variazioni a livello regionale, che vanno dal livello massimo di 670 punti del Molise al livello minimo di 216 punti della Campania. Le regioni con valori superiori alla media sono in questo caso nove. A titolo esemplificativo è interessante notare che in Basilicata il tasso di *propensione al dono* (pari a 383 punti) supera i corrispondenti valori in Piemonte (382), Abruzzo (375),

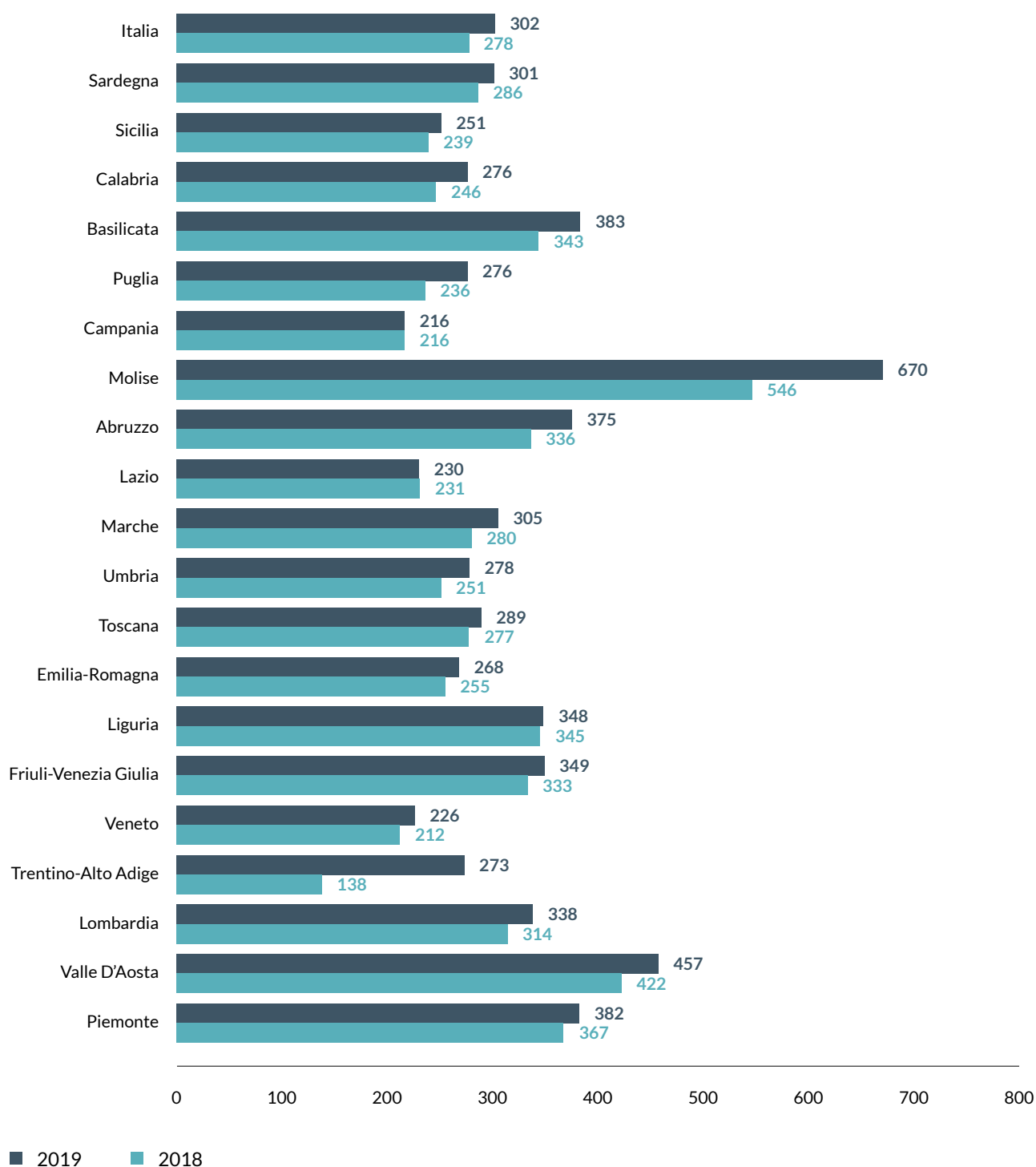
Friuli-Venezia Giulia, (349), Liguria (348), Lombardia (338), Marche (305) (**fig. 7.1**).

Questi dati evidenziano che la propensione collettiva al dono è influenzata non tanto dalla situazione economica media della popolazione residente, quanto dall'attività di comunicazione e sensibilizzazione effettuata in ciascuna area da parte di tutti gli attori coinvolti (responsabili locali di BF, farmacisti, enti caritativi e di prossimità, volontari, istituzioni pubbliche e private coinvolte).

Per effetto dell'aumento delle donazioni, i risultati della GRF 2019 superano quelli della GRF 2018, tanto a livello nazionale (+22 punti) quanto a livello delle singole regioni, con una progressione particolarmente elevata in Trentino-Alto

Adige (+135 punti) e in Molise (+124 punti) a cui seguono altre otto regioni con incrementi superiori alla media. L'andamento meno favorevole si verifica in Campania e in Lazio dove il tasso di *propensione al dono* è rimasto stazionario.

FIGURA 7.1. Tasso di propensione al dono x 10.000 residenti nel bacino d'utenza delle farmacie. Anni 2018-2019.



Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Un'indagine esplorativa condotta in alcune farmacie delle città capoluogo ha rivelato che all'acquisto dei farmaci da banco destinati agli indigenti partecipano mediamente 1/3 delle persone che entrano in farmacia durante la GRF e che una parte significativa dei donatori acquista

mediamente più confezioni (mediamente 1,5). Sulla base di queste informazioni e del costo medio dei farmaci donati nelle diverse ripartizioni territoriali è possibile stimare il numero effettivo dei donatori che per la GRF 2019 equivale a circa 280.000 unità (**tab. 7.1**).

TABELLA 7.1. Numero di donatori nella GRF 2019.

	(a) Valore monetario farmaci donati (euro)	(b) Valore medio confezione	(c) Spesa media in € per donatore con moltiplicatore 1,5	(a/c) N. donatori in base alla spesa media
Nord Ovest	1.394.542	7,42	11,12	125.372
Nord Est	722.141	7,32	10,98	65.761
Centro	473.398	7,16	10,74	44.067
Sud	316.001	6,82	10,23	30.875
Isole	163.512	7,17	10,76	15.194
Italia	3.069.595	7,28	10,91	281.269

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Nota: nelle regioni del Centro è stato conteggiato anche il valore monetario delle donazioni effettuate nelle farmacie della Repubblica di San Marino (3 nel 2019).

8 I volontari della GRF

Lo svolgimento della GRF prevede che in ogni farmacia aderente siano presenti, in modo stabile⁸, alcuni volontari per spiegare ai potenziali donatori lo scopo e il funzionamento dell'iniziativa e per aiutare i farmacisti nello svolgimento dei compiti organizzativi e logistici. Una parte dei volontari collabora solo in questa occasione con Banco Farmaceutico, ma una parte consistente di essi collabora stabilmente alle attività degli enti caritativi che ricevono e redistribuiscono agli indigenti i farmaci raccolti e sono dunque particolarmente

interessati al buon esito della raccolta. Non è allora casuale che vi sia una correlazione diretta tra la distribuzione percentuale per macro-regioni dei volontari e quella degli enti non profit (**tab.8.1**).

Con l'aumento delle farmacie aderenti alla GRF (vedi cap. 5) è aumentata, nel corso degli anni, anche la partecipazione dei volontari, sia a livello nazionale, sia nelle singole macro-regioni, raggiungendo nel 2019 il ragguardevole numero di oltre 20.192 unità⁹ (**fig. 8.1**).

8. Per consentire questa presenza stabile sono previsti turni di almeno due ore con 1 o più volontari per turno, pertanto il numero dei volontari supera sempre il numero delle farmacie.

9. Il consistente incremento registrato nel biennio 2018-2019 dipende dall'applicazione di un moltiplicatore medio più elevato rispetto al periodo precedente (4,5 volontari per farmacia, invece di 3,6) ritenuto più appropriato sulla base di una rilevazione campionaria effettuata nel 2018.

TABELLA 8.1. Numero di volontari partecipanti alla GRF e distribuzione percentuale dei volontari e del numero di enti per ripartizione. Anno 2019.

	Stima Numero volontari 2019	Distribuzione % volontari	Distribuzione % enti
Nord Ovest	8.019	39,7	34,9
Nord Est	5.144	25,5	25,8
Centro	3.330	16,5	17,6
Sud	2.417	12,0	15,9
Isole	1.269	6,3	6,0
Italia	20.192	100,0	100,0

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

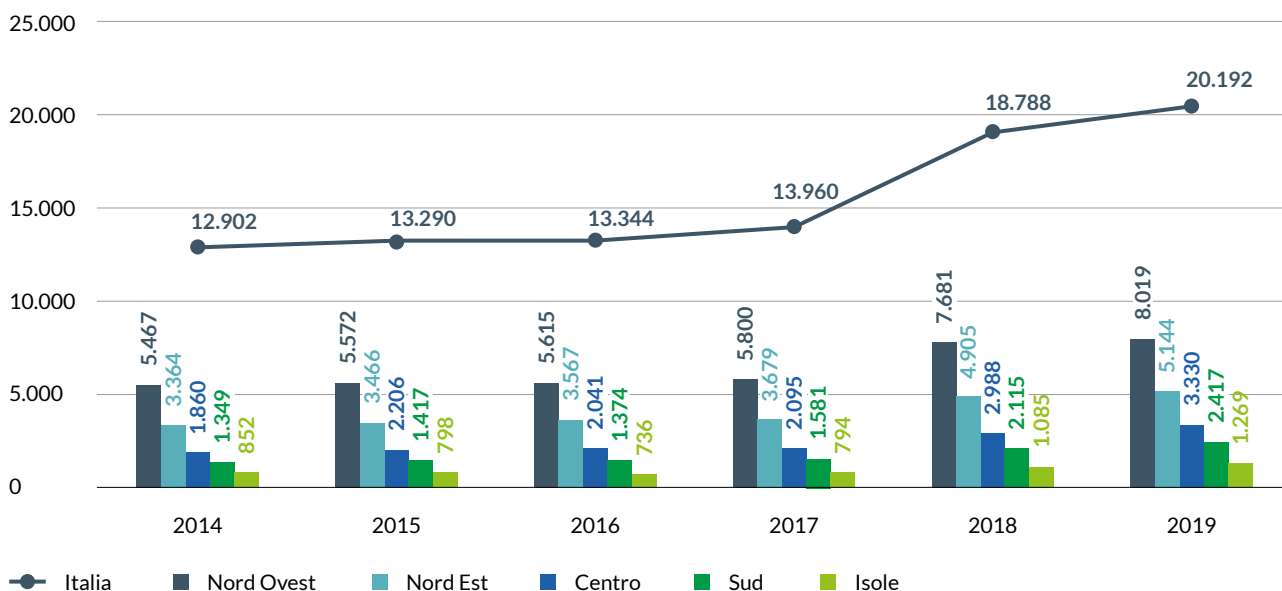
Nota: (1) Il numero di volontari è stimato utilizzando il moltiplicatore di circa 4,5 volontari medi per farmacia.

(2) Nel totale sono conteggiati anche i volontari delle 3 farmacie della Repubblica di San Marino.

Il profilo anagrafico dei volontari¹⁰ vede la prevalenza degli adulti (35-64 anni) tanto a livello nazionale (55,1%)¹¹ quanto a livello delle singole ripartizioni e, in subordine, degli anziani (over 65 anni), limitatamente al dato nazionale

(18,1%) e ai risultati raggiunti nella ripartizione Nord Ovest (24,2%). Nelle altre ripartizioni la quota degli anziani è invece superata dai giovani, che risultano particolarmente numerosi nel Sud e nelle Isole (33,5%)¹² (fig. 8.2).

FIGURA 8.1. Numero di volontari partecipanti alla GRF. Italia e Ripartizioni italiane, anni 2014-2019.



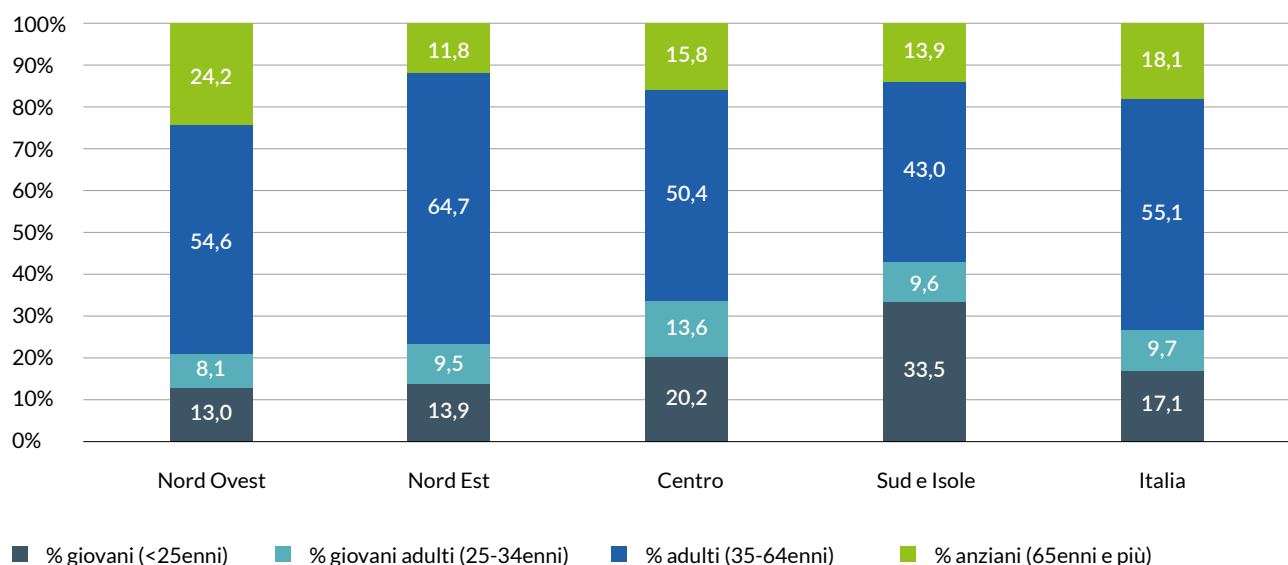
Fonte: sistema di monitoraggio BF.

10. Le informazioni sui volontari provengono da un campione statisticamente non rappresentativo.

11. La classe di età 35-64 rappresenta il 43,8% della popolazione residente in Italia al 1° gennaio del 2019 e il 51,9% della popolazione residente maggiorenne (18 anni e più). Anche nell'ipotesi che i volontari appartengano tutti alla classe dei maggiorenni, il peso percentuale dei volontari adulti (35-64 anni) supera i valori dell'universo di riferimento.

12. Nel 2019 i dati del Sud e delle Isole sono stati aggregati per la presenza di pochi casi validi.

FIGURA 8.2. Composizione dei volontari partecipanti alla GRF per classe d'età (valori percentuali). Ripartizioni italiane, anno 2019.

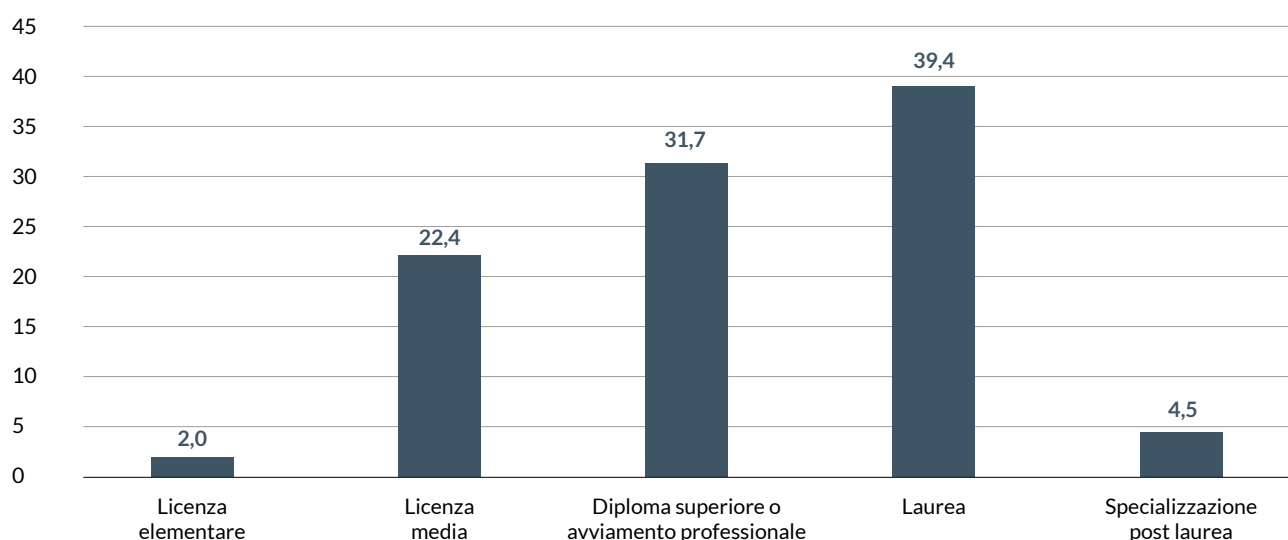


Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Il livello culturale dei volontari è medio-alto, con un numero di diplomati e di laureati quasi equivalente (fig. 8.3), ma va sottolineato che rispetto alla istruzione

della popolazione totale i laureati sono qui rappresentati in misura di gran lunga superiore alla media generale¹³.

FIGURA 8.3. Distribuzione percentuale dei volontari partecipanti alla GRF per titolo di studio. Italia, anno 2019.



Fonte: sistema di monitoraggio BF.

13. Sul totale della popolazione residente con età di 25 anni e più, i detentori di un titolo di studio universitario erano nel 2011 il 13,69% (cfr. Censimento della popolazione 2011).

All'età e al titolo di istruzione si lega anche la condizione professionale dei volontari che nel 43% dei casi risultano occupati, principalmente in qualità di dipendenti a tempo indeterminato (31%) e in subordine come lavoratori autonomi (6,9%), dipendenti a tempo determinato (4,5%), lavoratori a progetto (0,4%) o somministrati (0,2%). A questo primo gruppo, più numeroso, si aggiungono il gruppo

dei pensionati, formato dal 28,7% dei volontari, il gruppo degli studenti (15,3%) e quello delle casalinghe (7,5%). Il gruppo dei disoccupati è piuttosto contenuto da un punto di vista numerico (4,8%), ma è simbolicamente molto rilevante, perché esprime una propensione oblativa e solidaristica anche di chi sperimenta, verosimilmente, il disagio dell'assenza di uno status socio-professionale (**tab. 8.2**).

TABELLA 8.2. Distribuzione percentuale dei volontari partecipanti alla GRF per condizione occupazionale. Italia, anno 2019.

Condizione occupazionale	Distribuzione %
Dipendente a tempo indeterminato	31,0
Pensionato senza altri lavori retribuiti	26,1
Studente	15,3
Casalinga	7,5
Lavoratore Autonomo	6,9
Disoccupato	4,8
Dipendente a tempo determinato	4,5
Pensionato con altri lavori retribuiti	2,6
In cerca di prima occupazione	0,7
Lavoratore Atipico (Co.Co.Pro.)	0,4
Lavoratore Interinale	0,2
Totale	100,0

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

9 Il Recupero Farmaci Validi

Insieme ai due più consolidati canali di approvvigionamento dei farmaci (DA e GRF), nel 2013 ha preso avvio il Recupero Farmaci Validi (RFV) per impulso – anche in questo caso – di alcuni farmacisti disposti a sensibilizzare i loro clienti a restituire le confezioni (ancora integre) dei farmaci non utilizzati per reimmetterli nel circuito terapeutico delle persone povere, sottraendoli allo spreco e al conseguente smaltimento dei rifiuti speciali, con evidente risparmio economico e beneficio ambientale.

Al pari delle donazioni aziendali, anche il RFV si svolge nell'intero anno, e può assumere anche una cadenza quotidiana, favorendo la partecipazione a flusso continuo dei donatori.

Come la GRF, anche il RFV svolge una funzione informativa e educativa nei confronti dei cittadini, contribuendo, in particolare, ad una maggior consapevolezza: a) sul valore terapeutico ed economico dei farmaci, b) sulla necessità di evitarne lo

spreco, c) sulla possibilità di farne un uso socialmente e ambientalmente responsabile.

Il RFV consente di rimettere in circolazione farmaci ancora utili che altrimenti sarebbero destinati alla distruzione: RFV è dunque parte di un processo di economia circolare destinata primariamente, ma non esclusivamente, ai poveri. Si tratta di un esperimento in forte crescita che potrebbe coinvolgere in veste di donatori anche strutture di assistenza e cura (come nel caso delle Residenze per anziani) e strutture sanitarie (pubbliche e private) orientate alla lotta allo spreco e al miglioramento degli standard operativi, con possibili, importanti risparmi per il SSN. Un esperimento, dunque, con molte

potenzialità e conseguenze a cui verrà dedicato uno specifico approfondimento nel prossimo Rapporto dell'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria.

Diversamente dalla GRF, nel RFV i donatori non devono sostenere alcuna spesa ma, semplicemente, evitare lo spreco per ridare valore a un bene già in loro possesso.

Dopo la prima fase di sperimentazione – avvenuta quasi interamente a Roma – l'iniziativa si è estesa via via in altre province, divenute 19 nel 2019 (+58% rispetto al 2018), con un totale di 432 farmacie coinvolte (+30% rispetto al 2018) (**tab. 9.1**).

TABELLA 9.1. Numero di farmacie aderenti al Recupero Farmaci Validi. Province italiane, anni 2013-2019.

Province	1.7.2013	1.7.2014	1.7.2015	1.7.2016	1.7.2017	1.7.2018	1.10.2019
Ancona	-	-	-	-	-	-	8
Bergamo	-	-	-	-	-	-	12
Como	-	-	-	-	-	-	7
Latina	-	-	-	-	-	1	1
Lucca	-	-	-	-	-	6	10
Monza e Brianza	-	2	6	10	12	19	19
Macerata	-	-	3	3	3	6	13
Milano	1	58	56	59	70	80	83
Mantova	-	-	5	7	8	14	16
Matera	-	-	-	-	-	-	9
Napoli	-	-	-	-	-	-	10
Novara	-	-	-	-	-	-	6
Palermo	-	-	-	-	-	-	9
Padova	-	-	-	-	-	-	8
Perugia	-	-	-	-	-	-	9
Roma	42	35	35	53	54	51	50
Torino	-	100	114	114	131	135	137
Varese	-	4	3	4	4	6	5
Verona	-	-	2	12	12	13	20
Totale	43	199	224	262	294	331	432

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

All'estensione delle farmacie aderenti al RFV si deve il progressivo aumento delle confezioni consegnate dai cittadini, passate dalle iniziali 19 mila unità del 2013 alle 140 mila dell'intero anno 2018 e a 151 mila solo nei primi tre trimestri del 2019, con un prevedibile traguardo di 200 mila entro la fine dell'anno (**tab. 9.2**).

La notevole progressione con cui le farmacie e i cittadini hanno aderito a

questa iniziativa è indicata dal passaggio delle farmacie da quota 100 nel 2013 (assunta come base per il calcolo del numero indice) a quota 1.005 nel 2019 e dal passaggio da quota 100 a quota 802 per il totale delle confezioni donate; il numero medio di confezioni per farmacia del 2013 è rimasto invece imbattuto, con un avvicinamento significativo solo nell'anno 2016 (N.I.=92) e nel 2018 (N.I.=93) (**tab.9.2**)

TABELLA 9.2. Andamento delle farmacie aderenti, delle confezioni donate e delle variazioni. Anni 2013-2019.

Anno	Numero totale confezioni donate	Numero farmacie	Numero medio confezioni donate	Numero Indice totale confezioni 2013=100	Numero Indice farmacie 2013=100	Numero medio confezioni 2013 = 100
2013	18.804	43	437	100	100	100
2014	53.341	199	268	284	463	61
2015	83.496	224	373	444	521	85
2016	105.656	262	403	562	609	92
2017	113.425	294	386	603	684	88
2018	139.458	342	408	742	795	93
Totale al 30/9/2019	150.832	432	366	802	1005	84

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

I dati trimestrali aggiungono ulteriori dettagli al costante e accelerato sviluppo del RFV, malgrado una fisiologica contrazione nel terzo trimestre di ogni anno per via della pausa estiva tanto delle farmacie

quanto dei donatori; in ogni caso, questi dati evidenziano la presenza di un flusso costante di donazioni reso possibile sia da una certa fidelizzazione che da un certo grado di turnover dei donatori (**tab. 9.3**).

TABELLA 9.3. Numero di confezioni di farmaci raccolti mediante il recupero di farmaci validi e valore commerciale. Italia, trimestri 2013-2019.

Anno	Trimestre	Numero di confezioni	Valore in euro	Valore medio per confezione
2013	2	3.691	48.888	13,2
	3	3.131	42.116	13,5
	4	11.982	149.610	12,5
Totale 2013		18.804	240.614	12,8
2014	1	5.765	83.827	14,5
	2	9.475	127.196	13,4
	3	16.014	208.424	13,0
	4	22.087	293.034	13,3
Totale 2014		53.341	712.481	13,4
2015	1	25.920	344.538	13,3
	2	23.470	280.285	11,9
	3	12.696	160.571	12,6
	4	21.410	271.542	12,7
Totale 2015		83.496	1.056.936	12,7
2016	1	33.454	449.327	13,4
	2	28.971	388.469	13,4
	3	17.692	240.405	13,6
	4	25.539	367.693	14,4
Totale 2016		105.656	1.445.894	13,7
2017	1	29.521	375.462	12,7
	2	33.550	459.780	13,7
	3	18.898	287.082	15,2
	4	31.456	489.014	15,5
Totale 2017		113.425	1.611.338	14,2
2018	1	35.797	539.779	15,1
	2	38.144	620.456	16,3
	3	26.306	435.040	16,5
	4	39.211	590.463	15,1
Totale 2018		139.458	2.185.738	15,7
2019	1	50.009	796.208	15,9
	2	51.706	790.829	15,3
	3	49.117	797.801	16,2
Totale I-III trimestre 2019		150.832	2.384.838	15,8

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Nota: Il periodo di riferimento è relativo alla data di scarico dei farmaci dal bidone.

Il valore commerciale dei farmaci ancora validi (circa 16 euro ciascuno nell'ultimo biennio) supera sensibilmente quello dei farmaci da banco derivanti dalla GRF e in parte anche quello dei farmaci donati dalle aziende, perché i "farmaci ancora validi" comprendono tipologie farmacologiche molto differenziate, legate spesso a terapie molto costose (ad esempio quelle oncologiche).

In questa maggiore varietà tipologica consiste precisamente la peculiarità e il grande vantaggio del RFV, che consente ai cittadini di donare per tutto l'anno farmaci che altrimenti andrebbero sprecati.

I farmaci ancora validi che affluiscono alle farmacie sono assegnati a uno specifico gruppo di enti che ogni anno manifestano il loro interesse a questa iniziativa e stipulano un'apposita convenzione con il Banco Farmaceutico.

Al 30 settembre del 2019 gli enti caritativi che hanno beneficiato del RFV hanno raggiunto quota 115, concentrandosi prevalentemente nelle province di Torino, Roma e Lucca (**tab. 9.4**). A livello complessivo, gli enti convenzionati erano 75 nel 2017 e 96 nel 2018; nell'arco del triennio 2017-2019 sono quindi aumentati del 53%.

TABELLA 9.4. Enti destinatari del RFV per provincia. I-III trimestre 2019.

Province	Enti al 30 settembre
Ancona	4
Bergamo	4
Como	2
Latina	1
Lucca	10
Macerata	9
Mantova	9
Matera	4
Milano/MB*	5
Napoli	2
Novara	4
Padova	2
Palermo	8
Perugia	4
Roma	21
Torino	22
Varese	1
Verona	3
Totale	115

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

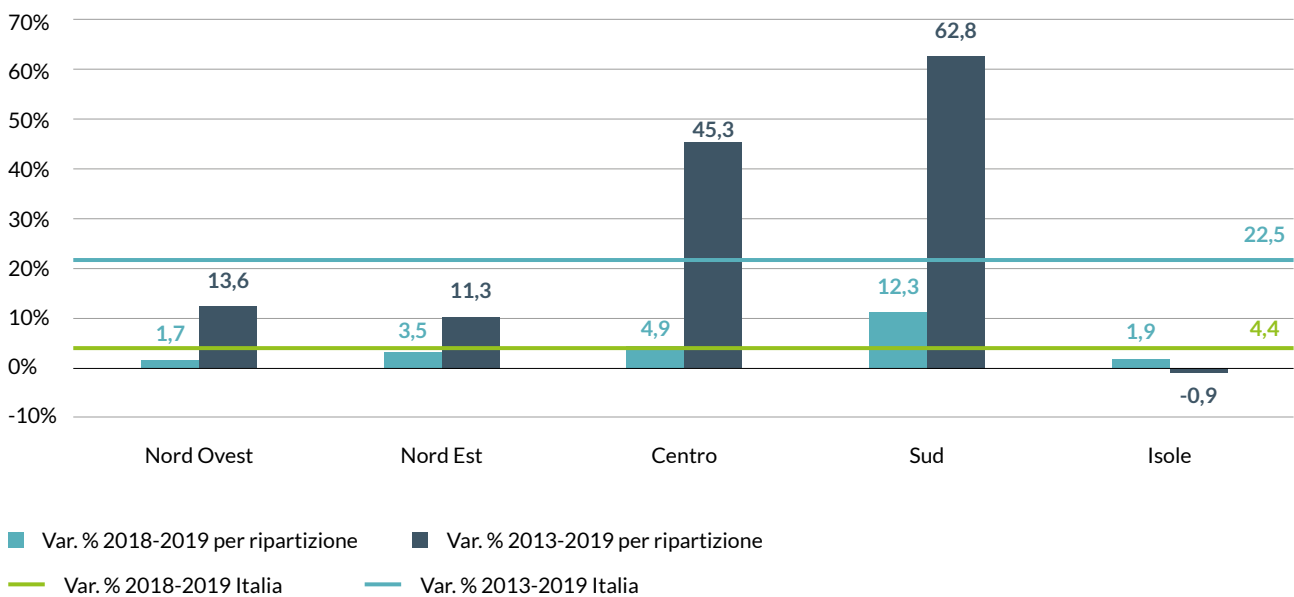
* Le province di Milano e Monza Brianza sono state accorpate.

10 Gli enti caritativi e di prossimità

Nella filiera delle donazioni promossa e coordinata da BF l'anello di congiunzione con i destinatari finali degli aiuti farmaceutici e sanitari è rappresentato dagli enti non profit di natura caritativa, assistenziale e di prossimità¹⁴ convenzionati con BF che in occasione della GRF 2019

hanno raggiunto le 1.844 unità, con una leggera crescita rispetto all'anno precedente (+4,4%). Il fenomeno è stato particolarmente accentuato nelle regioni del Sud (+12,3%), a conferma del dinamismo già emerso in precedenza a proposito delle farmacie e delle donazioni (fig. 10.1).

FIGURA 10.1. Variazione percentuale degli enti nell'ultimo biennio (2018-2019) e sul lungo periodo (2013-2019). Ripartizioni italiane.



Fonte: sistema di monitoraggio BF.

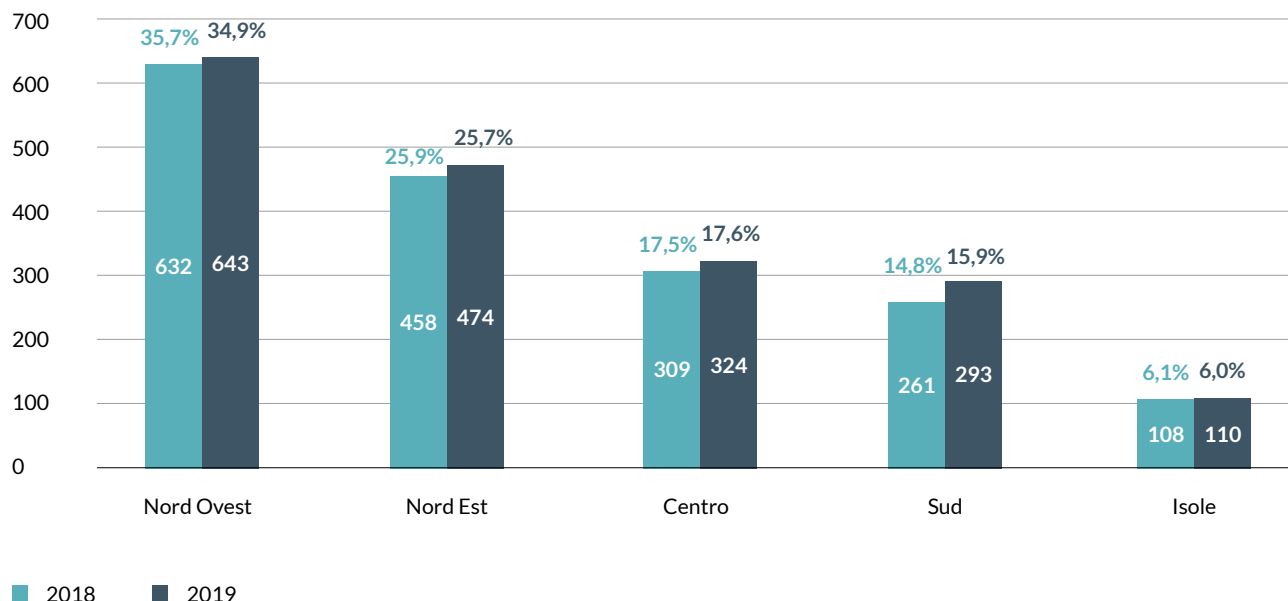
Decisamente più accentuata è stata la crescita numerica degli enti convenzionati nel lungo periodo (2013-2019), sia per la fondazione ex novo di una parte di questi enti, sia per la più diffusa conoscenza BF in questa parte del Paese. Nel corso dell'ultimo settennato gli enti assistenziali collegati con BF sono aumentati del 22,5% su base nazionale, con un picco del 63% nelle regioni del Sud e del 45% nelle regioni del Centro, dove il peso

percentuale rispetto al numero totale degli enti è passato dal 12% al 15,9% nel Sud (+4%) e dal 14,8% al 17,6% nel Centro (+2,8%) (fig. 10.1).

Per effetto di questa tendenza il peso degli enti caritativi e di prossimità è variato di poco nelle singole ripartizioni territoriali, con un avvicinamento della distribuzione delle regioni del Sud (15,9%) a quelle del Centro (17,6%) (fig. 10.2).

14. Con il termine "prossimità" si intende contestualmente la caratteristica della contiguità territoriale (si tratta infatti di enti prevalentemente attivi al livello locale) e della spinta etica a farsi carico dei bisogni (materiali e/o spirituali) del proprio "prossimo" costituito da persone indigenti.

FIGURA 10.2. Numero di enti e distribuzione percentuale per ripartizione territoriale. Anni 2018 e 2019.



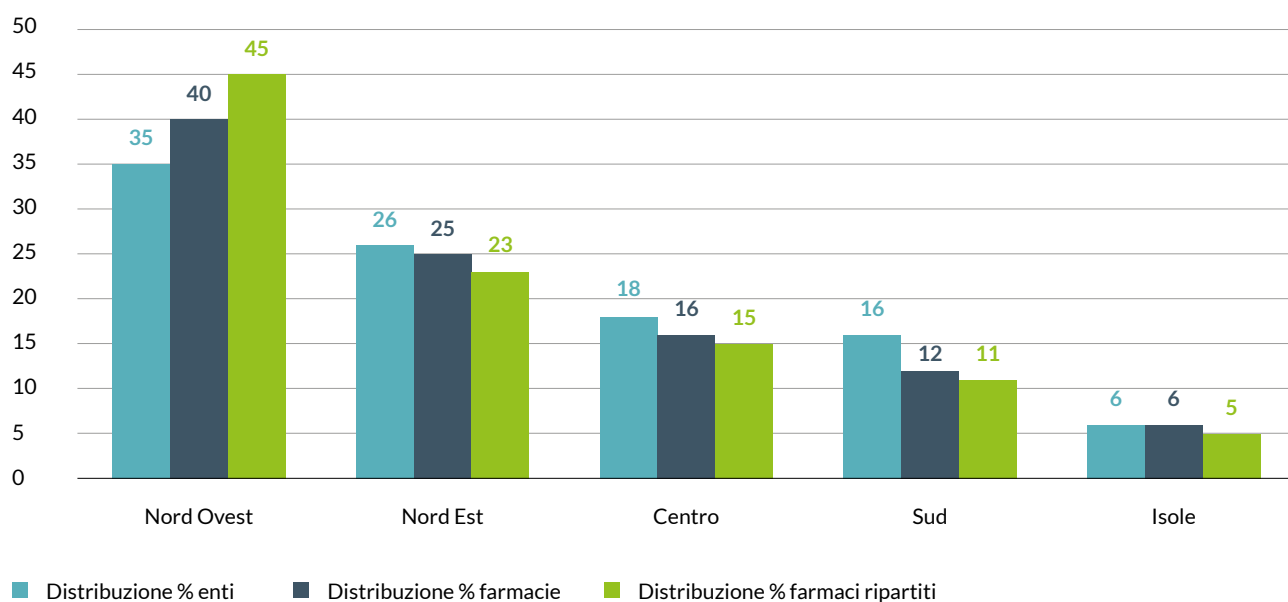
Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Nota: E' stato considerato anche 1 ente con sede in Romania (riceve farmaci da una farmacia di Bergamo).

Tra le caratteristiche distintive del Sud vi è il maggior peso percentuale degli enti richiedenti aiuto (16%), rispetto al corrispondente peso delle farmacie (12%) e dei farmaci raccolti e ripartiti (11%); un

processo opposto si verifica invece nel Nord Ovest, a cui affluiscono il 45% dei farmaci raccolti a fronte della presenza del 35% degli enti (**fig. 10.3**).

FIGURA 10.3. GRF 2019: distribuzione percentuale per ripartizione territoriale degli enti, delle farmacie e dei farmaci raccolti. Anno 2019.

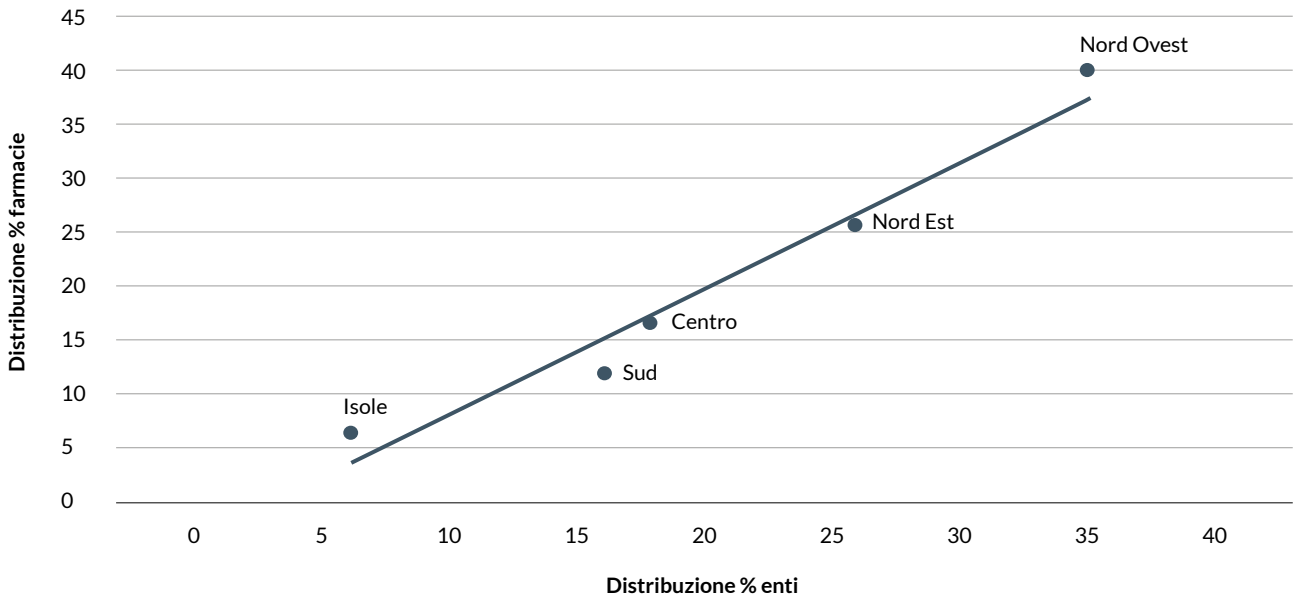


Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Questa situazione non incide però sul gap tra numero di farmaci richiesti dagli enti e numero di farmaci effettivamente ricevuti da BF (vedi **tab. 10.3**). Da questi dati emerge piuttosto la relazione diretta

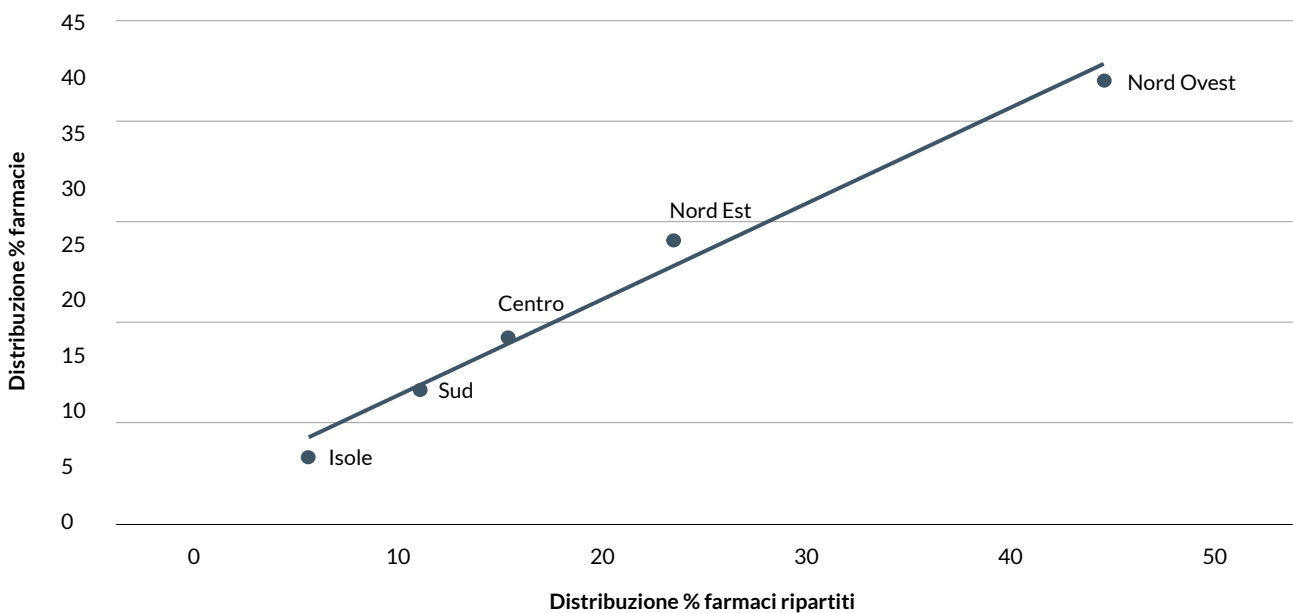
tra la distribuzione territoriale degli enti e quella delle farmacie, illustrata dalla **fig.10.4**, così come l'omologa relazione tra la distribuzione territoriale delle farmacie e quella dei farmaci ripartiti (**fig. 10.5**).

FIGURA 10.4. Distribuzione percentuale per ripartizione territoriale delle farmacie e degli enti a confronto. Anno 2019.



Fonte: sistema di monitoraggio BF.

FIGURA 10.5. Distribuzione percentuale per ripartizione territoriale delle farmacie e dei farmaci ripartiti. Anno 2019.

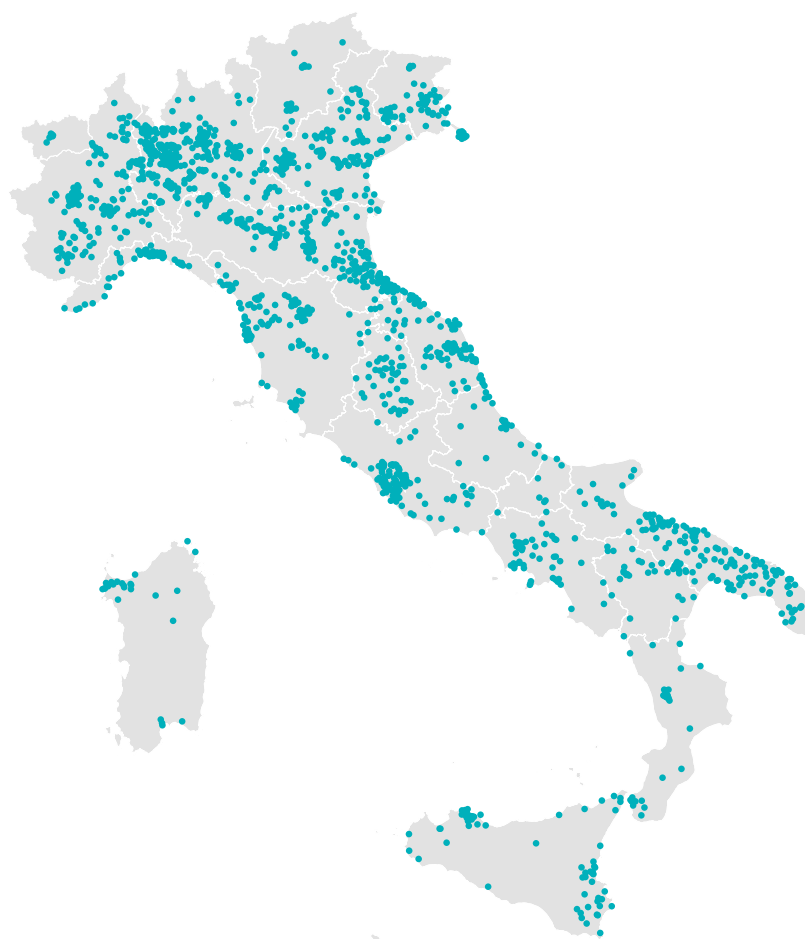


Fonte: sistema di monitoraggio BF.

La distribuzione geografica degli enti convenzionati per la GRF 2019 è analiticamente rappresentata nella **mappa 10.1**, da cui si evince un processo di concentrazione che si traduce in maggiori o minori opportunità di aiuto per gli indigenti che vivono nei diversi territori. La prossimità geografica degli enti assistenziali alle farmacie che partecipano alla raccolta degli aiuti consente da tempo di realizzare gemellaggi nell'ambito dello

stesso bacino d'utenza che favoriscono il rapporto fiduciario con i donatori che per lo più vivono sullo stesso territorio e sono per lo più a conoscenza dei "loro" beneficiari. La prossimità geografica coincide, in pratica, con l'appartenenza alla medesima comunità territoriale, con tutti i vantaggi informativi, relazionali, e reputazionali che questo implica per tutti coloro che entrano nella filiera delle donazioni (**mappa 10.2**).

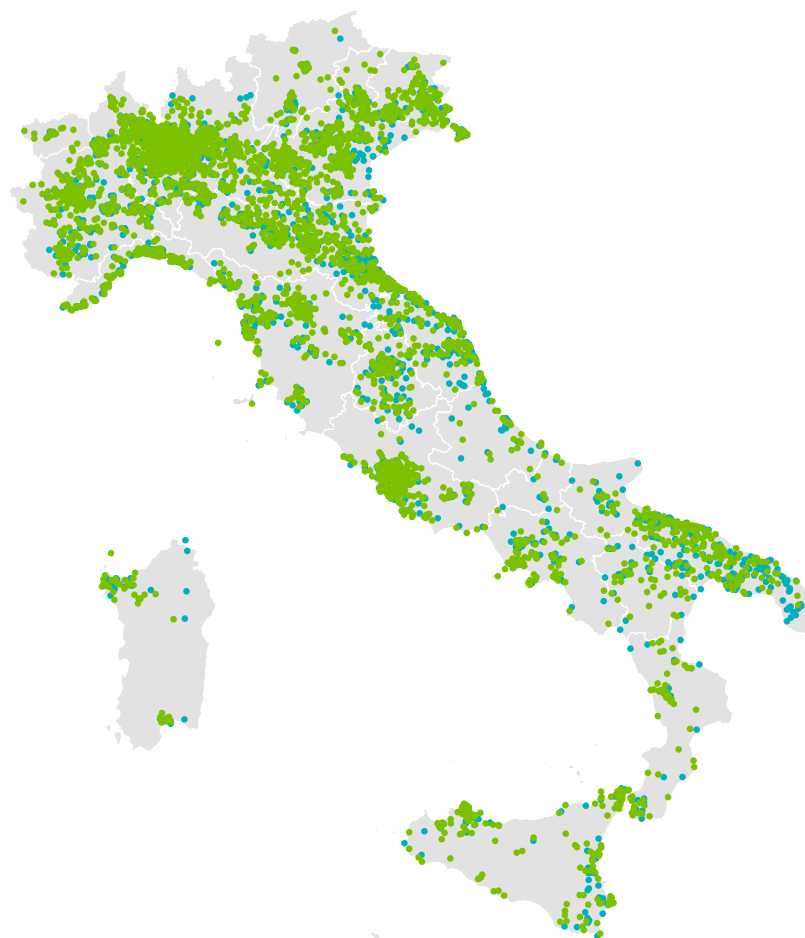
MAPPA 10.1. Numero di enti. Comuni italiani, anno 2019.



● Enti

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

MAPPA 10.2. Addensamento degli enti intorno alle farmacie partecipanti alla GRF. Comuni italiani, anno 2019.



● Enti ● Farmacie

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

La prossimità territoriale degli enti e delle farmacie favorisce la collaborazione reciproca di lunga durata, che va al di là dell'appuntamento una tantum della GRF. Questa prossimità torna utile anche per incentivare la diffusione del RFV (vedi cap. 9), che chiede la mobilitazione assidua della comunità attorno alle proprie farmacie, per mettere in atto uno scambio operativo e uno scambio fiduciario permanente.

L'impegno degli enti caritativi e di prossimità che dispensano aiuti farmaceutici e sanitari si dispiega, in molti casi, su più fronti, con interventi multidimensionali in grado di sopperire, almeno parzialmente, a bisogni altrettanto molteplici. Alla molteplicità degli interventi corrisponde una struttura organizzativa più complessa che depone a favore della capacità operativa dei singoli enti. Tanto maggiori sono i servizi erogati, tanto più solida appare l'operatività degli enti (**tab. 10.1**) (vedi parte IV).

TABELLA 10.1. Servizi offerti dagli enti (numero e quota percentuale di enti). Italia, anno 2019.

Servizio offerto	N. enti	Quota % di enti
Servizio mensa o distribuzione cibo e pacchi alimentari	919	50%
Assistenza infermieristica	514	28%
Assistenza medica	522	28%
Distribuzione farmaci	1.045	57%
Dormitorio	198	11%
Casa di accoglienza o comunità	813	44%
Distribuzione abbigliamento	644	35%
Servizi per l'igiene (docce)	252	14%
Erogazione di contributi monetari o pagamento utenze	423	23%
Servizio di segretariato sociale e ascolto	615	33%
Accompagnamento	460	25%
Sportello lavoro	184	10%
Servizio legale	191	10%
Altro	187	10%

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

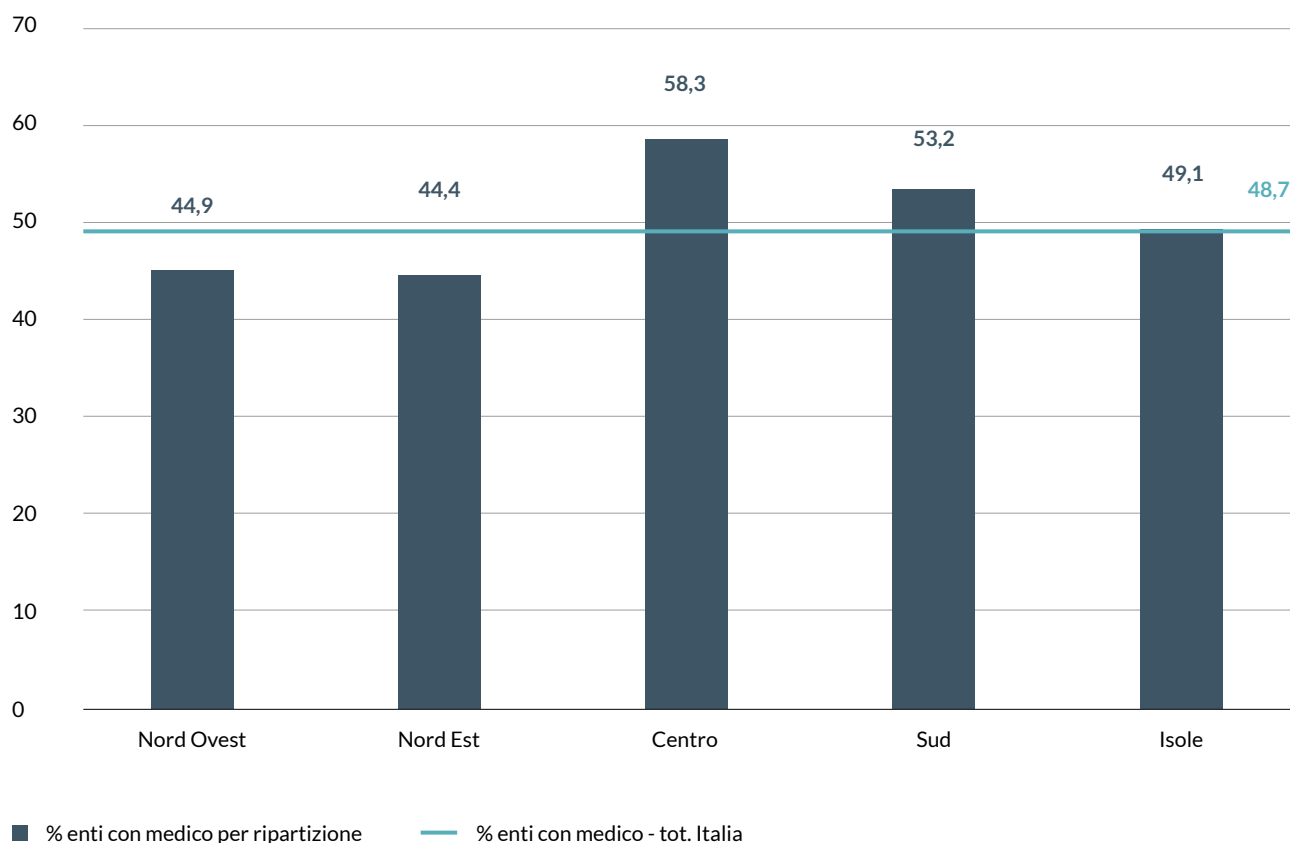
Nota: La somma delle percentuali supera il 100% in quanto lo stesso ente può offrire molteplici servizi e quindi essere conteggiato in più voci.

Contrariamente alle aspettative, solo il 57% degli enti ha come sua attività principale la distribuzione dei farmaci che dunque è associata ad altre attività principali. Dopo la distribuzione dei farmaci, il servizio più frequente (50%) si rivolge al bisogno alimentare, sotto forma di mensa, o di distribuzione di cibo e pacchi alimentari, servizio che è collegato in larga parte alla gestione di case e comunità di accoglienza che operano a tutto campo. L'assistenza sanitaria in senso stretto – con l'impiego di personale medico e infermieristico – impegna 28 enti su 100, mentre l'assistenza sociale in senso lato (che comprende i servizi di segreteria sociale, di ascolto, orientamento, accompagnamento e sostegno economico) impegna circa un terzo degli enti. In

misura più limitata (10% dei casi) gli enti convenzionati con BF gestiscono anche servizi per l'assistenza legale e lavorativa, così come servizi personalizzati di carattere multidimensionale.

I dati relativi al solo 2019 indicano che nel 49% dei 1.844 enti convenzionati è presente, almeno saltuariamente, un medico, specialmente nei centri che operano nel Centro (58,3%) e nel Sud (53,2%) ciò lascia intendere che in queste aree si concentrano maggiormente enti con dimensioni e complessità organizzative elevate (**fig. 10.6**). La presenza del medico è sistematica nelle case e nelle comunità di accoglienza, ma si riscontra anche negli enti che gestiscono servizi aperti al pubblico.

FIGURA 10.6. Presenza del medico negli enti (valori %). Ripartizioni territoriali, anno 2019.



Fonte: sistema di monitoraggio BF.

La domanda di assistenza farmaceutica rivolta dagli indigenti nei confronti degli enti caritativi che se ne prendono cura è espressa in modo eloquente dalla quantità di farmaci che gli enti hanno richiesto a BF in occasione della GRF, una richiesta che nel 2019 ha superato 1 milione di confezioni partendo da circa 800 mila confezioni nel 2013. Questa variazione è dovuta principalmente all'aumento degli enti convenzionati (passati da 1.768 nel 2018 a 1.844 unità), a cui però non ha corrisposto un aumento degli assistiti (vedi cap. 11).

Nel lungo periodo (2013-2019) la richiesta di farmaci è aumentata del 28% su base nazionale, con valori superiori alla media sia nel Sud (+50%) sia nel Nord-Est

(+47,6%) che presentano andamenti lineari sempre crescenti.

In controtendenza sono le richieste provenienti dagli enti che operano nelle Isole, che presentano andamenti discontinui nel corso degli anni, culminati con una riduzione del 35%, rispetto al punto di partenza del 2013, dovuta principalmente a un progressivo miglioramento della gestione organizzativa e della qualità dei dati trasmessi a BF.

Meno accentuata è stata la variazione positiva nell'ultimo biennio (+4,8%), derivante da andamenti contrastanti nelle singole ripartizioni, negativi in tre casi su cinque (Isole, Sud, Nord) e positivi solo nel Centro (+21%) e nel Nord-Est (+7,2%) (**tab. 10.2**).

TABELLA 10.2. Richieste degli enti in occasione della GRF (Numero di confezioni). Ripartizioni, anni 2013-2019.

Spesa convenzionata netta	Richieste in N. confezioni farmaci							Variazione % 2013-19	Variazione % 2018-19
	GRF 2013	GRF 2014	GRF 2015	GRF 2016	GRF 2017	GRF 2018	GRF 2019		
Nord Ovest	318.716	335.406	368.418	410.018	419.010	406.850	405.431	27,2%	-0,3%
Nord Est	175.914	183.913	196.469	206.988	275.618	242.279	259.691	47,6%	7,2%
Centro	191.505	164.382	176.080	197.853	203.804	201.538	243.475	27,1%	20,8%
Sud	58.765	69.606	69.323	73.983	88.081	89.323	87.923	49,6%	-1,6%
Isole	67.986	65.003	60.964	54.916	49.127	53.074	44.087	-35,2%	-16,9%
ITALIA	812.886	818.310	871.254	943.758	1.035.640	993.064	1.040.607	28,0%	4,8%

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Note: (1) Il dato 2013 non corrisponde a quello pubblicato nel 1° rapporto perché era stata usata la sede legale e non quella operativa quando diversa dalla legale; (2) Nel totale sono considerati anche i farmaci richiesti da un ente rumeno (riceve farmaci da una farmacia di Bergamo).

Il tradizionale gap tra le confezioni richieste dagli enti a BF e quelle effettivamente ricevute è stato, nel 2019, meno accentuato rispetto al 2018 e al 2017, quando il tasso di copertura era stato, rispettivamente, del 37,9% e del 36,2%; nella GRF del 2019,

infatti, il valore è ammontato al 40,4% (**tab. 10.3**). La variazione tra il 2018 e il 2017 dipende dalla diminuzione delle richieste più che dai farmaci ricevuti, mentre il risultato del 2019 dipende anche dall'incremento dei farmaci ricevuti.

TABELLA 10.3. Confezioni richieste e confezioni assegnate in occasione della GRF. Regioni, anno 2019.



Italia

N. di confezioni richieste
1.040.607

N. di confezioni ripartite
421.904

Tasso di copertura
40,5%

	Regione	N. di confezioni richieste	N. di confezioni ripartite	Tasso di copertura %		Regione	N. di confezioni richieste	N. di confezioni ripartite	Tasso di copertura %
	Piemonte	129.504	50.436	38,9%		Marche	25.239	12.957	51,3%
	Valle d'Aosta	2.651	1.995	75,3%		Lazio	150.786	22.116	14,7%
	Lombardia	236.611	123.594	52,2%		Abruzzo	10.224	5.343	52,3%
	Trentino-Alto Adige	21.020	5.464	26,0%		Molise	4.145	871	21,0%
	Veneto	112.166	35.909	32,0%		Campania	14.206	7.809	55,0%
	Friuli-Venezia Giulia	41.141	17.848	43,4%		Puglia	33.725	23.411	69,4%
	Liguria	36.665	12.033	32,8%		Basilicata	16.005	4.831	30,2%
	Emilia-Romagna	85.364	40.688	47,7%		Calabria	9.618	4.048	42,1%
	Toscana	50.097	22.231	44,4%		Sicilia	35.463	15.734	44,4%
	Umbria	17.353	7.529	43,4%		Sardegna	8.624	7.057	81,8%

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Note: (1) Sono considerati anche i farmaci richiesti e ripartiti a un ente rumeno (riceve farmaci da una farmacia di Bergamo).
(2) Il territorio dei farmaci ripartiti è quello dell'ente a cui sono stati destinati i farmaci raccolti (necessario per comparabilità con bisogno espresso da enti in GRF).

Tale valore medio nazionale è l'esito di un'ampia variazione degli andamenti regionali, che hanno registrato picchi di copertura dell'82% in Sardegna e del 75% in Valle d'Aosta e valori inferiori alla media in otto regioni, toccando il valore più basso in Lazio (14,7%) e in Molise (21%). Queste forti sperequazioni dipendono dal sistema di ripartizione dei farmaci provenienti dalla GRF, un sistema che ha carattere "locale" e non prevede alcuna forma di redistribuzione interregionale. Ciò che è raccolto in una determinata area territoriale resta in quell'area. Questo sistema – basato sulla equità restitutiva – fa leva sull'attivazione delle comunità locali, premiandole in misura corrispondente: incentiva l'intraprendenza e la responsabilizzazione, evitando derive assistenziali e opportunistiche. Presenta però lo svantaggio di non offrire opportunità supplementari, quali un effetto leva, alle situazioni più svantaggiate, come accade nei sistemi solidaristici basati sull'equità distributiva.

Questa logica è invece applicata nel caso delle donazioni aziendali che non vengono attribuite su base territoriale, ma in base al fabbisogno degli enti che ne fanno richiesta; questi, tuttavia, per accedere al sistema delle donazioni aziendali, devono avere standard organizzativi e operativi elevati (vedi cap. 4). Il gap tra le richieste e le donazioni effettivamente acquisite segnala in modo eloquente la distanza tra il bisogno di aiuto e la capacità di soddisfarlo attraverso il solo sistema delle donazioni e dunque misura quante risorse integrative debbano essere trovate da ogni ente per sopperire interamente alle necessità dei propri assistiti.

È di tutta evidenza che gli aiuti provenienti da BF sopperiscono solo parzialmente al fabbisogno complessivo e che molti sforzi aggiuntivi sono richiesti sia ai singoli enti, sia al circuito del dono (individuale, aziendale,

istituzionale) presente nelle singole comunità e nei loro territori.

In sintesi, i dati sui farmaci ricevuti dagli enti mostrano, nello stesso tempo, la faccia positiva della medaglia – che racconta l'estensione, l'efficacia e l'utilità delle donazioni –, e quella negativa, che racconta le risorse mancanti e le fatiche da affrontare per reperirle.

Per valutare l'impatto delle donazioni sui beneficiari finali occorre considerare che una parte degli enti che partecipano tradizionalmente alla GRF destinano i farmaci ricevuti a soggetti che operano e risiedono all'estero, perché in questo consiste la loro missione. Si tratta, in totale, di 39 enti convenzionati con BF che rappresentano il 2,1% del totale e hanno ricevuto il 3,2% delle confezioni complessive, con un tasso di copertura però molto ridotto (13,4%) rispetto alle richieste mediamente elevate, pari al 9,6% del totale (**tab. 10.4**). Questi dati risultano abbastanza simili a quanto si è registrato nel 2018 (quando gli enti erano 38, le confezioni richieste 64 mila e i farmaci ricevuti 10 mila, con tasso di copertura del 15,6%) e nel 2017 (quando gli enti erano 37, le confezioni richieste 101 mila e i farmaci ricevuti 10 mila, con un tasso di copertura del 9,9%).

A conclusione di questo capitolo riportiamo le considerazioni finali dell'approfondimento condotto sui dati dell'ultimo quinquennio (2015-2019) per valutare l'entrata e l'uscita degli enti dalla convenzione con BF, cioè il loro turnover, e per esaminare le capacità operative di quelli in cui è presente stabilmente la figura del medico.

L'adesione alla GRF degli enti caritativi e di prossimità è cresciuta linearmente nel quinquennio 2015-2019, passando da 1.316 a 1.844 unità, con un incremento del 40%.

TABELLA 10.4. Gli enti con sede italiana ma operanti all'estero: numero di enti aderenti alla GRF, numero di farmaci richiesti e numero di farmaci ripartiti. Ripartizioni territoriali sede dell'ente, anno 2019.

Sede italiana dell'ente operante all'estero	N. enti	N. di confezioni richieste	N. di confezioni ripartite	Tasso di copertura %
Nord Ovest	12	8.236	5.524	67,1%
Nord Est	9	10.624	2.044	19,2%
Centro	12	69.104	4.574	6,6%
Sud	3	11.169	1.076	9,6%
Isole	2	543	118	21,7%
ITALIA	38	99.676	13.336	13,4%
<i>% sul totale enti (operanti in Italia o all'estero)</i>	2,1%	9,6%	3,2%	-

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Note: (1) Si tratta di enti con sede italiana che operano all'estero ad eccezione di un ente con sede in Romania.

(2) Il territorio dei farmaci ripartiti è quello dell'ente a cui sono stati destinati i farmaci raccolti (necessario per comparabilità con bisogno espresso da enti in GRF).

Il numero totale degli assistiti ha avuto invece un andamento discontinuo: più accentuato fino al 2017 e in declino nell'ultimo biennio (2018-2019) per effetto principalmente dell'adesione di enti con capacità operative medio-basse come indica la contrazione del numero di medici in tali strutture. Un'ulteriore fonte di contrazione degli assistiti è rappresentata dalla diminuzione (in valore assoluto) degli stranieri, sia per la contrazione dei flussi di arrivo (registrata a partire dalla fine del 2017) sia per l'aumento consistente, nello stesso periodo, di quanti hanno acquisito la cittadinanza italiana (vedi cap. 12).

Il 68% degli enti convenzionati nel 2019 (1.259 su 1.844 unità) è formato da enti storici, stabilmente presenti nell'intero quinquennio e dunque maggiormente fidelizzati.

Gli enti storici assistono la gran parte di tutti i beneficiari delle GRF di ogni anno, con un picco del 94% nel 2015 e una quota del 75% nel 2019 (352.320 assistiti su 468.511): possiedono dunque capacità

operative superiori alla media. Questo dato è confermato anche dal numero medio di assistiti nei due tipi di enti, pari rispettivamente a 288 e 181 unità nel 2019.

Negli enti storici il numero degli assistiti è aumentato in misura consistente (61% dei casi) nel corso del quinquennio e solo in via secondaria è diminuito (30% dei casi), perciò la stabilità resta un fenomeno residuo (9,6% dei casi). Sensibilmente diverso è l'andamento nell'ultimo biennio (2018-2019), con variazioni positive e negative equivalenti (34% dei casi).

Agli enti storici si sono aggiunti ogni anno nuovi enti, con un incremento netto di 585 unità; nello stesso tempo, tuttavia, 71 enti hanno interrotto temporaneamente la convenzione con BF, dando vita ad un turnover che ha coinvolto complessivamente 656 enti.

Nel periodo 2015-2019 il medico è presente mediamente nel 50% degli enti; con un valore leggermente più basso (48,7%) nell'insieme degli enti convenzionati nel 2019.

Il numero dei medici è passato da 661 a 898 unità, ma nel corso degli anni si sono aggiunti enti con una minor presenza di medici (Numeri Indice 145 vs. 136) (**fig. 10.7**).

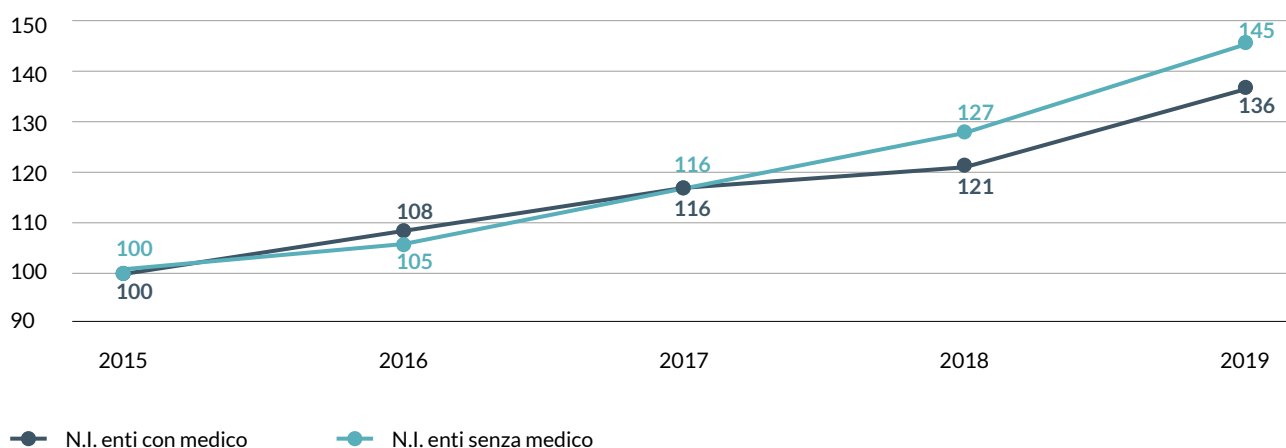
Gli enti che si avvalgono di un medico assistono mediamente un maggior numero di indigenti in ciascun anno del quinquennio: il valore più elevato (527) si registra nel 2017 (anno in cui anche gli assistiti complessivi sono più numerosi), quello minimo (380) nel 2015.

Gli enti che registrano la presenza di un medico assistono oltre il 70% dei

richiedenti aiuto in ciascuno degli anni considerati, con un picco del 78% nel 2018 e nei 1.259 enti storici, convenzionati stabilmente con BF nell'intero quinquennio.

In sintesi, la presenza del medico fa la differenza. È un indicatore robusto della "capacità operativa" degli enti, documentata dal *numero medio degli assistiti* e dal "tasso di assistenza sanitaria" degli indigenti, espresso dal rapporto percentuale tra il numero totale degli assistiti negli enti con medico e il numero totale degli assistiti in ciascun anno.

FIGURA 10.7. Andamento numero enti con e senza medico. Anni 2015-2019. (Numero Indice: base 100 = anno 2015).



Fonte: elaborazioni su dati sistema di monitoraggio BF.

11 I richiedenti aiuto: poveri di reddito, poveri di salute

I beneficiari finali delle donazioni affidate agli enti non profit convenzionati hanno raggiunto nei primi tre trimestri del 2019 quasi 473 mila unità, con una riduzione rispetto al 2018 di circa 66 mila unità e di circa 105 mila rispetto al 2017 (**fig. 11.1**).

Come già accennato (vedi cap.10) questa contrazione degli assistiti, avvenuta malgrado l'aumento degli enti, dipende

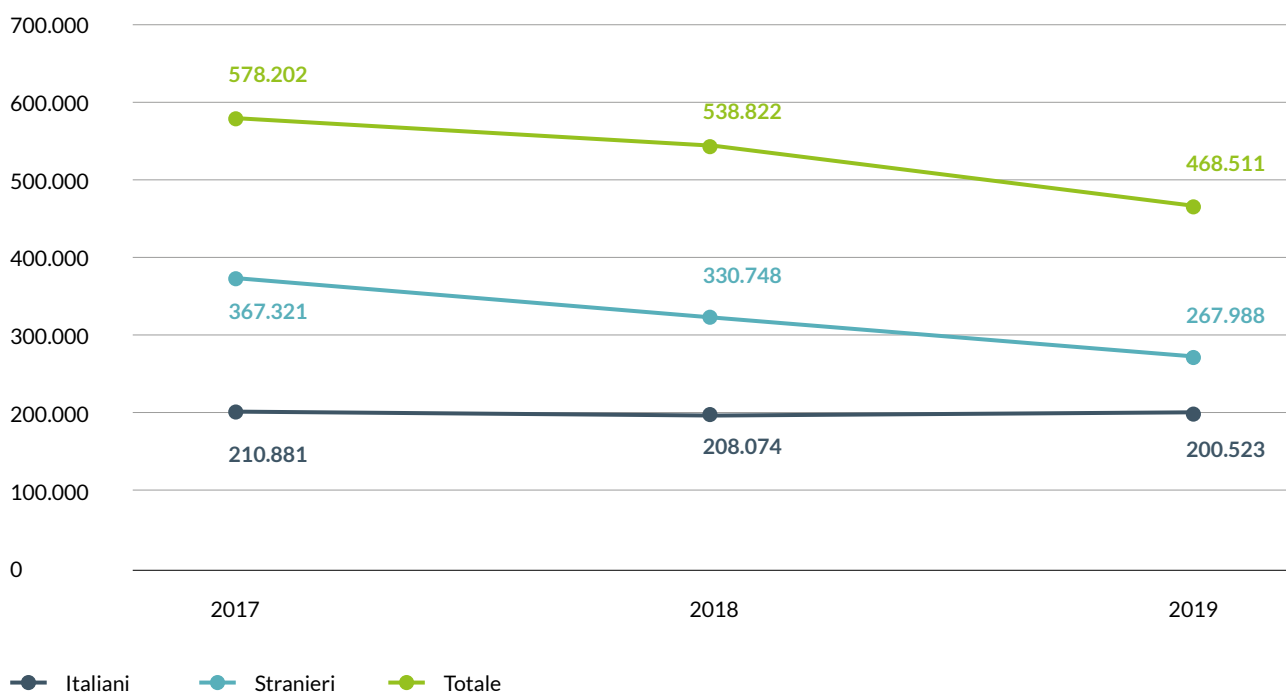
in parte dall'ingresso nella GRF di enti medio-piccoli e dalla sensibile contrazione degli stranieri richiedenti aiuto (**fig. 11.1**). Nel 2017 questa componente raggiungeva circa 370 mila unità e rappresentava il 63,5% dei beneficiari; nel 2019 è scesa al 57,2% con circa 100 mila unità in meno, contribuendo per il 92% alla riduzione complessiva degli assistiti (-105 mila unità).

La contrazione degli stranieri trae origine in larga misura da due tendenze complementari: la drastica riduzione dei flussi migratori nel nostro Paese iniziata alla fine del 2017 e proseguita fino al 3° trimestre del 2019; la contemporanea acquisizione della cittadinanza italiana da parte di un crescente numero di stranieri¹⁵ con la conseguente possibilità di accedere più facilmente ai benefici del SSN tanto per i farmaci quanto per le cure mediche. Una terza spiegazione della riduzione dei beneficiari va cercata nell'erogazione più selettiva degli aiuti adottata da molti enti, sia per la minor disponibilità di risorse, sia per la scelta di concentrare maggiormente gli aiuti sui più bisognosi "dando di più a meno persone".

In tutti i casi, non va trascurato il fatto che il numero degli assistiti con

cittadinanza italiana è rimasto quasi del tutto stabile nel corso del medesimo triennio, identificando una sorta di zoccolo duro che ricorre all'aiuto degli enti caritativi e di prossimità. Le ragioni di questo fenomeno (meritevoli di approfondimento) vanno ricercate non soltanto nella difficoltà di sostenere sia i costi del SSN, che restano a carico dei cittadini sotto forma di ticket, sia i tempi di attesa estenuanti, ma anche in motivazioni di carattere sociale e relazionale: negli enti caritativi e di prossimità le persone indigenti trovano forme di accoglienza e di attenzione più personalizzate, che riguardano una molteplicità di bisogni, tra cui quelli legati al senso di solitudine, di abbandono e di rassegnazione che spesso colpisce le persone più fragili.

FIGURA 11.1. Composizione dei beneficiari per cittadinanza (valori assoluti). Anni 2017-2019.



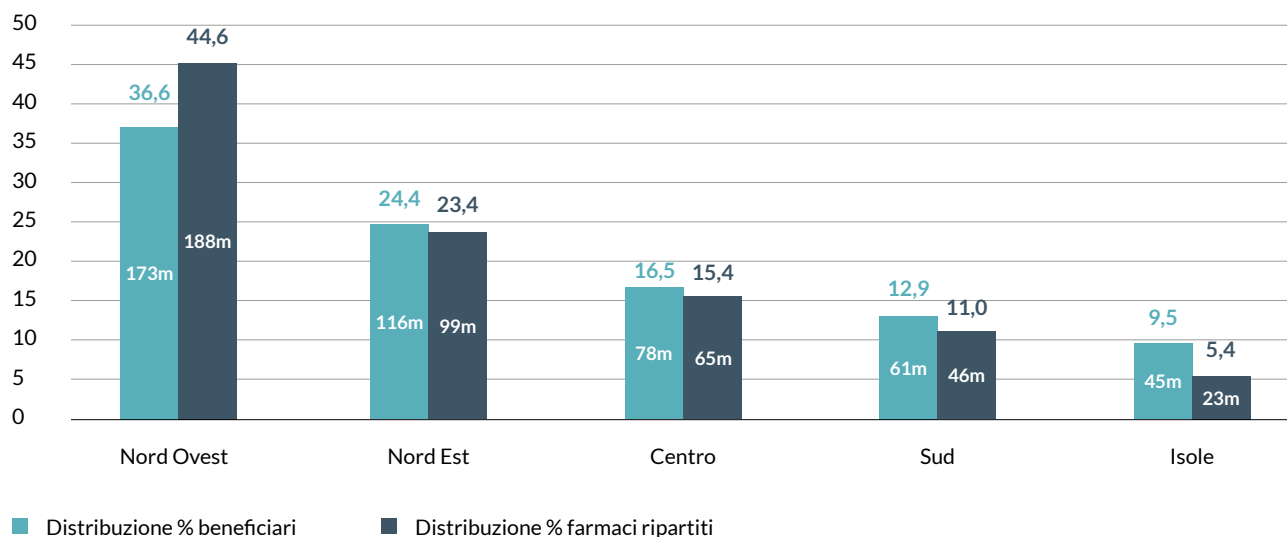
Fonte: sistema di monitoraggio BF.

15. Nell'ultimo decennio i dati sulle acquisizioni di cittadinanza italiana hanno registrato un forte aumento: si è passati da 29 mila nel 2005, a 66 mila nel 2010 e a 100 mila nel 2013. Dal 2013 la crescita è stata notevole, sino al picco di ben 185 mila nel 2016 scesi a 136 mila nel 2017. Dal 2013 al 2017 (ultimo dato ufficiale disponibile) sono stati quasi 700 mila i cittadini non comunitari che hanno acquisito la cittadinanza per residenza (causa prevalente), matrimonio, trasmissione dei genitori, nascita in Italia. Parallelamente sono aumentati i giovani e i giovanissimi che hanno ottenuto la cittadinanza per trasmissione dei genitori e i 18enni che l'hanno scelta (Vedi ISTAT, *Cittadini non comunitari: presenza, nuovi ingressi e acquisizioni di cittadinanza. Anni 2017-2018*; Fondazione Ismu, *Dati sulle migrazioni. Anni 2005-2017*).

Il numero dei beneficiari e la loro distribuzione percentuale presenta una relazione diretta con corrispondenti dati sui farmaci raccolti nel medesimo periodo (fig. 11.2); non va però trascurato il fatto che

gli enti caritativi e di prossimità utilizzano anche canali di approvvigionamento aggiuntivi per colmare il loro fabbisogno effettivo e che grazie a questa strategia possono soddisfare meglio i loro assistiti.

FIGURA 11.2. Distribuzione percentuale per ripartizione dei beneficiari degli aiuti e dei farmaci ripartiti. Anno 2019 (i valori assoluti riportati in etichetta sono in migliaia).



Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Considerando in questo contesto la situazione dei 39 enti che trasferiscono all'estero gli aiuti ricevuti da BF, si osserva che essi vanno a vantaggio di circa 35 mila indigenti, equivalenti al 7,3% del totale dichiarato dai 1.844 enti convenzionati nel 2019; un dato

più che proporzionale al peso percentuale di questi enti (2,1%) e dei farmaci a loro pervenuti 3,2% (tab. 11.1), da cui consegue che i beneficiari residenti all'estero ricevono mediamente più confezioni di farmaci rispetto ai beneficiari residenti in Italia (4,4 vs. 0,9).

TABELLA 11.1. Numero di beneficiari totali e numero beneficiari di enti che operano all'estero per ripartizione territoriale della sede italiana dell'ente. Anno 2019.

Ripartizioni	Numero beneficiari totale	Di cui: Numero di beneficiari di enti che operano all'estero	Quota % di beneficiari di enti che operano all'estero
Nord Ovest	173.292	4.491	2,6
Nord Est	115.516	16.644	14,4
Centro	77.841	12.267	15,8
Sud	61.249	1.051	1,7
Isole	45.094	290	0,6
Italia	472.992	34.743	7,4

Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Nota: Sono considerati anche i 30 assistiti di un ente con sede in Romania (riceve farmaci da una farmacia di Bergamo).

L'indicazione più precisa dell'impegno operativo che grava sugli enti proviene dal numero medio di indigenti che ricevono aiuti (**tab. 11.2**). Questo dato fornisce, allo stesso tempo, indicazioni sull'incidenza della povertà nelle singole zone e la capacità operativa degli enti, con diverse possibili fattispecie:

- pochi enti di grandi dimensioni, con numeri elevati di assistiti

- molti enti di piccole dimensioni con numeri più limitati di assistiti.

La prima delle due ipotesi si verifica in Sicilia (575), in Trentino-Alto Adige (544) e in Lazio (542) e, in parte, in Molise (366). Nelle altre 4 regioni che superano di poco la media nazionale degli assistiti (pari a 257 unità) - vale a dire Lombardia (284), Liguria (262), Veneto (258), Emilia-Romagna (256) - prevale il modello degli enti medio-grandi. In tutte le altre 12 regioni prevale invece il modello degli enti medio-piccoli.

TABELLA 11.2. Distribuzione dei beneficiari e numero medio di beneficiari per ente. Regioni italiane. Anno 2019.

Regione	Numero beneficiari	Distribuzione % beneficiari	Numero enti	Numero medio beneficiari per ente
Piemonte	42.580	9,0	172	248
Valle d'Aosta	676	0,1	8	85
Lombardia	112.453	23,8	396	284
Trentino-Alto Adige	10.884	2,3	20	544
Veneto	37.352	7,9	145	258
Friuli-Venezia Giulia	12.728	2,7	96	133
Liguria	17.583	3,7	67	262
Emilia-Romagna	54.552	11,5	213	256
Toscana	24.747	5,2	115	215
Umbria	5.833	1,2	48	122
Marche	8.763	1,9	90	97
Lazio	38.498	8,1	71	542
Abruzzo	3.572	0,8	25	143
Molise	2.564	0,5	7	366
Campania	10.605	2,2	43	247
Puglia	37.296	7,9	147	254
Basilicata	3.232	0,7	36	90
Calabria	3.980	0,8	35	114
Sicilia	39.112	8,3	68	575
Sardegna	5.982	1,3	42	142
Italia	472.992	100	1.844	257

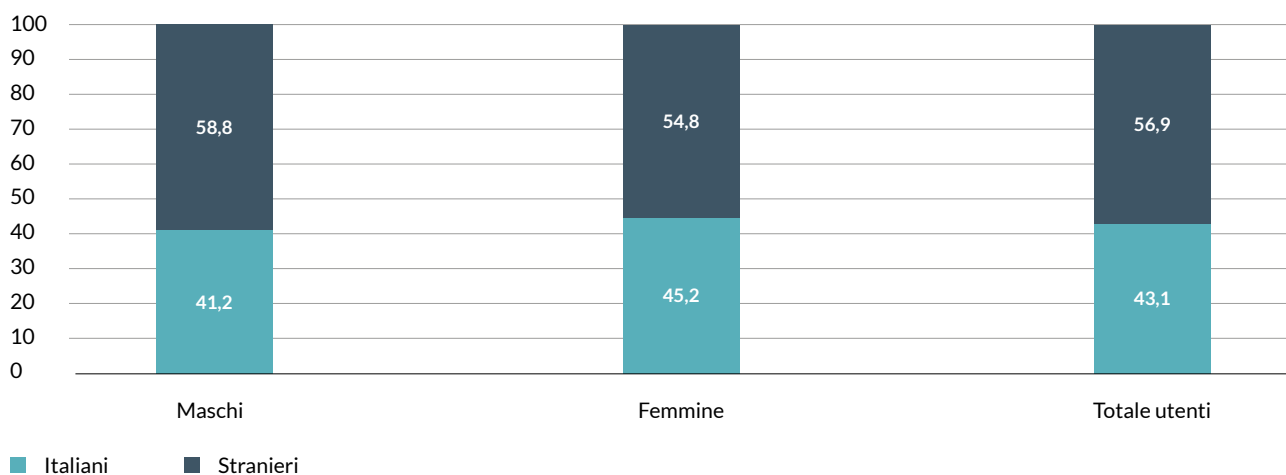
Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Nota: Sono considerati anche i 30 assistiti di un ente con sede in Romania (riceve farmaci da una farmacia di Bergamo).

Rispetto al 2018 il numero medio dei beneficiari per ente è diminuito di 51 unità, a conferma del fatto che i 312 “enti neofiti” entrati a far parte della rete BF nel 2019 sono di dimensioni medio-piccole, con un numero di assistiti medio-basso. In 13 regioni il numero medio di assistiti è diminuito, in misura anche elevata, mentre nelle 7 regioni con segno positivo gli incrementi sono stati contenuti. Le riduzioni

più elevate si sono verificate in Liguria (-455 unità), Puglia (-140), Sardegna (-108). Se dal profilo meramente quantitativo passiamo a quello qualitativo, constatiamo anzitutto che il 56,9% degli indigenti che beneficiano degli aiuti farmaceutico-sanitari è composto da stranieri, prevalentemente di sesso maschile (58,8%), fermo restando che anche tra le donne le immigrate (54,8%) superano le autoctone (45,2%) (fig. 11.3).

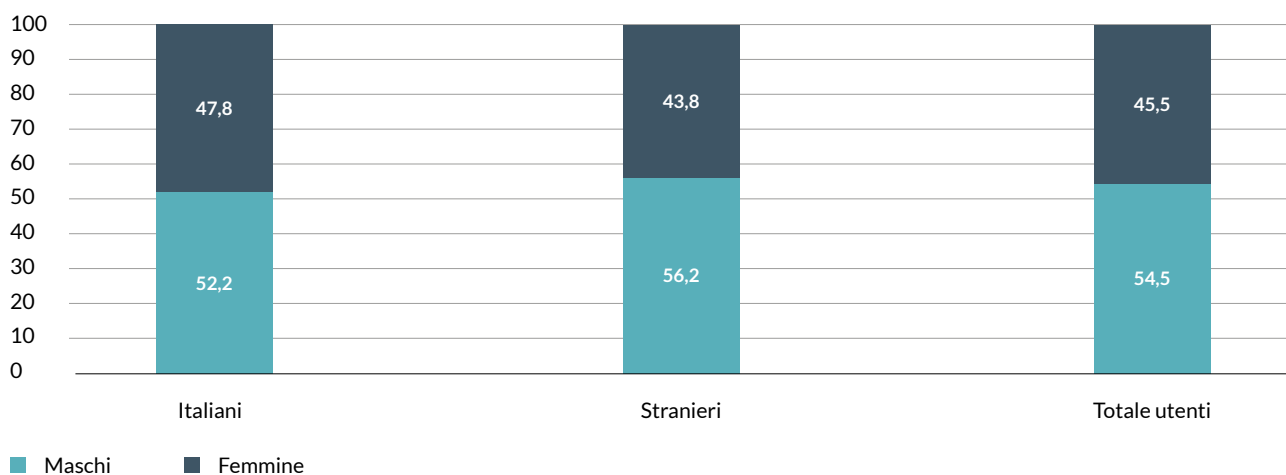
FIGURA 11.3. Composizione per cittadinanza dei beneficiari differenziati fra maschi e femmine (percentuale). Italia, anno 2019.



Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Nel complesso i maschi superano le femmine (54,5% vs. 47,8%), sia tra gli italiani (52,2% vs. 47,8%), sia, soprattutto, tra gli stranieri (56,2% vs. 43,8%) (fig. 11.4).

FIGURA 11.4. Composizione per genere dei beneficiari differenziati fra italiani e stranieri (valori percentuali). Italia, anno 2019.

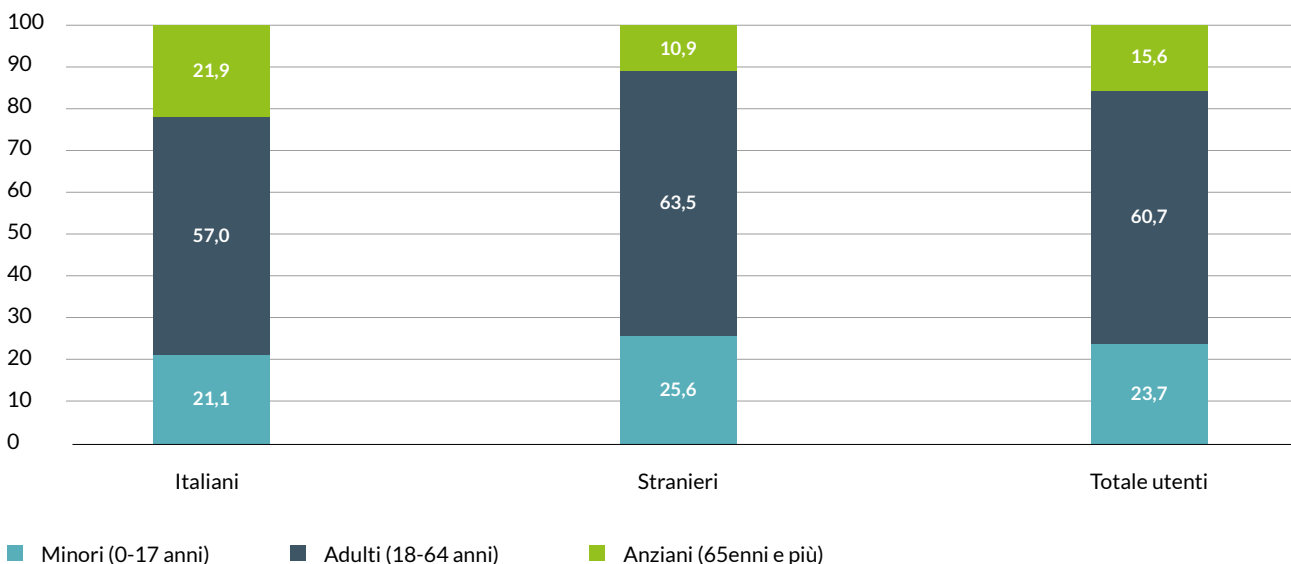


Fonte: sistema di monitoraggio BF.

La composizione per classi d'età – che ha dirette conseguenze sul bisogno sanitario e sul trattamento terapeutico – conferma tendenze di lungo periodo, con la prevalenza degli assistiti in età adulta (61%) e una quota

di minorenni (0-17 anni: 23,7%) che supera gli anziani (65 anni e più: 15,6%). I minorenni sono più numerosi tra gli stranieri (25,6%), mentre gli anziani sono più frequenti tra gli italiani (21,9%) (fig. 11.5).

FIGURA 11.5. Composizione per età dei beneficiari differenziati fra italiani e stranieri (valori percentuali). Italia, anno 2019.



Fonte: sistema di monitoraggio BF.

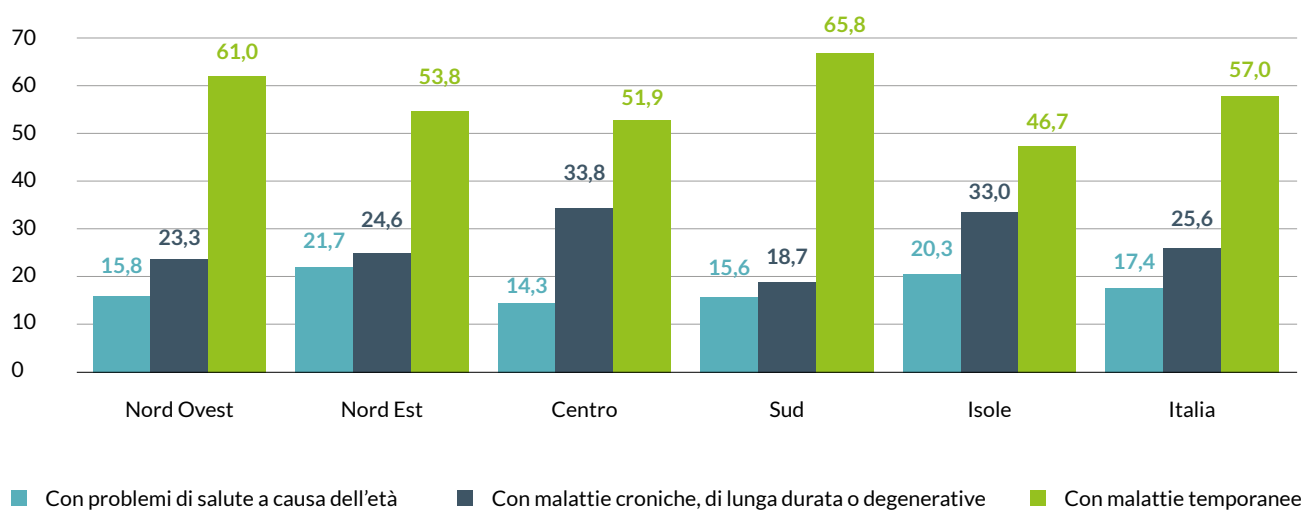
La classificazione dello stato di salute dei beneficiari tiene conto dell'età, così come della distinzione tra patologie croniche o temporanee: quest'ultima tipologia è prevalente a livello generale (57%), con tuttavia sensibili variazioni tra le ripartizioni, che si traducono in minore o maggiore presenza delle altre due tipologie. Nel Centro e nelle Isole gli indigenti con malattie croniche (bisognose dunque di terapie di lunga durata), superano l'incidenza media nazionale (33-34% vs. 25,6%); nel Nord Est e nelle Isole le situazioni invalidanti legate all'età superano anch'esse i valori medi nazionali, con conseguenze terapeutiche più vicine alla cronicità che alla occasionalità e comunque più ricorrenti e onerose (fig. 11.6).

Tra i fattori che spiegano questa composizione dei beneficiari per stato

di salute non vanno trascurate le caratteristiche degli enti caritativi e di prossimità e specificamente le loro capacità di erogare le terapie necessarie: non va, in altri termini, sottovalutato il fatto che gli interventi che fanno capo alla filiera del dono sono guidati dall'offerta, cioè dalle risorse e dalle capacità operative delle singole strutture, più che dalla domanda.

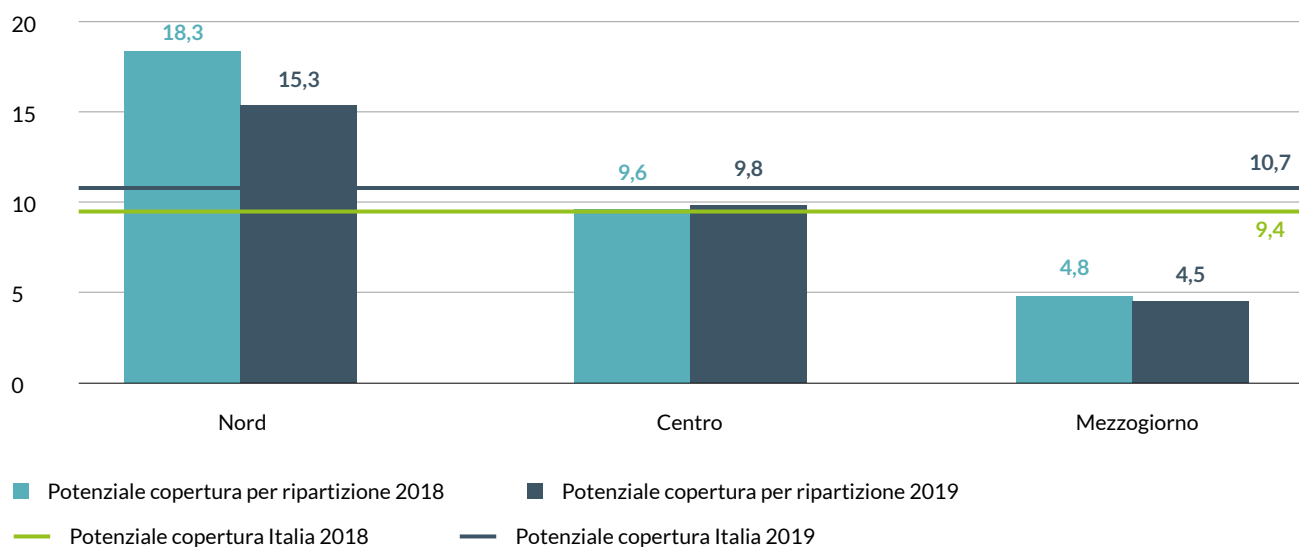
Il primato dell'offerta sulla domanda spiega anche il paradosso della maggior concentrazione nelle regioni del Nord delle persone povere che ricevono assistenza (289 mila, pari al 15,2% di 1 milione 894 mila poveri residenti in questa area), mentre nel Mezzogiorno – dove risiedono 2 milioni 352 mila poveri, ovvero il 46,6% del totale nazionale – gli assistiti dagli enti caritativi sono solo il 4,5% dei potenziali bisognosi (fig. 11.7).

FIGURA 11.6. Composizione dei beneficiari per stato di salute (valori percentuali). Ripartizioni italiane, anno 2019.



Fonte: sistema di monitoraggio BF.

FIGURA 11.7. Potenziale copertura: rapporto utenti/individui in povertà assoluta. Ripartizioni, anni 2018 e 2019.



Fonte: sistema di monitoraggio BF.

Questa limitata offerta di aiuto da parte degli enti caritativi operanti nel Mezzogiorno dipende verosimilmente dalla loro limitata diffusione sul territorio (che vincola gli accessi degli indigenti), più che dalla scarsità delle risorse materiali, organizzative e umane dei singoli enti convenzionati con BF. A livello generale,

va sottolineato che gli interventi degli enti caritativi sostenuti da Banco Farmaceutico nel 1° semestre del 2019 hanno dato una copertura assistenziale inferiore a quella raggiunta nel 2018 (9,3% vs. 10,7%) a causa della riduzione degli assistiti, piuttosto che della variazione del numero complessivo dei poveri residenti in Italia.

12 La salute dei migranti e degli italiani che vivono in povertà: indicazioni da una ricerca¹⁶

Analizzare le condizioni di salute dei poveri, le loro patologie e il loro accesso alle cure è un obiettivo di interesse clinico, terapeutico e sociale tanto importante quanto oneroso da realizzare a causa della difficoltà di selezionare la popolazione indigente rispetto all'universo¹⁷. In questo ambito una grande opportunità di conoscenza è offerta dalla presenza di enti non profit che si dedicano specificamente all'assistenza sanitaria delle persone indigenti perché, insieme alla loro benemerita attività pratica, sono depositarie di informazioni sanitarie difficilmente raggiungibili attraverso le convenzionali indagini epidemiologiche. Attraverso questi enti caritativi è in effetti possibile: a) raggiungere con immediatezza una parte significativa della popolazione indigente residente in Italia, formata sia da cittadini di nazionalità italiana che straniera; b) identificare le patologie e i bisogni terapeutici di questa parte della popolazione; c) cogliere le eventuali peculiarità rispetto alla popolazione non indigente. Dal punto di vista statistico, gli indigenti che ricorrono alle cure e all'assistenza degli enti caritativi non rappresentano un campione probabilistico dell'universo degli indigenti.¹⁸ Dal punto di vista tecnico i risultati hanno dunque un valore esplorativo, suffragato dal numero elevato delle unità rintracciabili con questo approccio.

Le potenzialità e i vantaggi metodologici appena indicati hanno trovato una recente, importante, applicazione nell'ambito di uno studio comparato sul diabete e

il disagio psichico di cui si è dato conto sinteticamente nel Rapporto 2017 "Donare per curare. Povertà sanitaria e donazione farmaci" e più analiticamente in alcune pubblicazioni scientifiche¹⁹.

Lo studio è stato eseguito tra gennaio 2017 e febbraio 2018 su un campione di 6.933 persone (3.983 migranti provenienti da 92 nazioni e 2.950 italiani poveri) assistiti da 40 enti caritativi, selezionati in base alle loro caratteristiche di idoneità (disponibilità di supporti informatici per la compilazione e la trasmissione del questionario e presenza di mediatori linguistico-culturali per intervistare gli stranieri quando necessario) tra gli oltre 1.800 ai quali Banco Farmaceutico garantisce il rifornimento di medicinali. 12 di questi enti erano situati nell'Italia del nord, 12 in Italia centrale e 16 nell'Italia del sud. Nonostante le sue limitazioni, questo studio rappresenta un contributo rilevante all'analisi dello stato di salute della popolazione migrante e autoctona accomunata dalla stessa condizione di povertà e di difficoltà nell'accesso alle prestazioni erogate dal SSN. Infatti, in Italia, la normativa che regola l'accesso alle prestazioni del SSN è molto inclusiva e garantisce a tutti l'assistenza come diritto di cittadinanza, comprendendo (a parità con i nativi) anche i migranti con regolare permesso di soggiorno. I benefici sono inoltre parzialmente estesi agli irregolari tramite i codici STP (Straniero Temporaneamente

16. Il capitolo è stato scritto da S.G. Cella, A. E. Rigamonti e G. Fiorini (Università Statale di Milano).

17. Le indagini epidemiologiche raggiungono questo obiettivo selezionando solo a posteriori gli indigenti dal campione complessivo con costi economici e tecnici molto onerosi che rendono necessariamente rarefatte le corrispondenti imprese conoscitive.

18. <https://www.bancofarmaceutico.org/cm-files/2018/09/11/file-0-3272.pdf>

19. Cfr. Cella S., Fiorini G., Bini S. Cerri C. Rigamonti A., Indagine epidemiologica tra i migranti e gli italiani poveri: focus sul diabete mellito, sul disagio psichico e sul deficit di iodio in gravidanza, in Rapporto 2017, Osservatorio Donazione Farmaci del Banco Farmaceutico.

Presente) ed ENI (Europeo Non Iscritto). Malgrado questa organizzazione inclusiva una quota rilevante di stranieri non possiede la capacità di accesso alle strutture sanitarie (per una scarsa conoscenza delle procedure, per l'impossibilità di partecipare alle spese mediante il pagamento dei ticket, per barriere linguistiche o culturali, per l'elevata mobilità sul territorio) o decide di non avvalersi delle prestazioni disponibili (soprattutto per il timore dell'identificazione se non in regola con le leggi sull'immigrazione) e quindi elude qualsiasi tipo di sorveglianza epidemiologica. Anche una quota rilevante di indigenti di nazionalità italiana accede con difficoltà alle strutture sanitarie pubbliche, per ragioni di carattere economico (costo dei ticket) e assistenziale (bisogno di supporto e accompagnamento sociale) che trova negli enti caritativi una risposta valida anche se parziale.

Tutti i soggetti arruolati nello studio sono stati intervistati (con l'aiuto di un mediatore linguistico-culturale quando necessario) per ottenere le informazioni richieste. Nel corso dell'intervista sono stati raccolti alcuni dati personali (età e luogo di nascita, sesso, stato civile, numero di figli e grado di istruzione²⁰) e sono state registrate tutte le condizioni croniche e i trattamenti farmacologici in corso secondo quanto riferito dai pazienti. L'abitudine al fumo di sigaretta è stata riportata come variabile binaria (sì/no) senza misurarne l'entità e la durata. L'ultima parte dell'intervista è stata dedicata alla valutazione delle consuetudini alimentari ed al consumo settimanale di cibi sani, come verdura, frutta e pesce. Al termine dell'intervista ogni soggetto è stato misurato e pesato per calcolare l'indice di massa corporea (*Body Mass Index*,

BMI)²¹ e le persone con BMI > 25 sono state classificate come sovrappeso (senza definire il loro grado di obesità). È stata inoltre rilevata la pressione arteriosa e i valori superiori a 130/80 mm Hg sono stati considerati indicativi della presenza di ipertensione, secondo quanto stabilito dalle linee guida attualmente in uso.

Pur con la consapevolezza che gli studi basati sulla raccolta delle informazioni auto-riferite dai soggetti intervistati presentano limitazioni che ne riducono la sensibilità e la specificità (come ad esempio eventuali dati mancanti o falsi inseriti volutamente o accidentalmente) abbiamo fatto ricorso al metodo dell'intervista perché presenta il vantaggio di fornire informazioni sulla *percezione individuale di malattia*, un problema che in questa popolazione così peculiare condiziona in misura rilevante l'accesso alle cure. Ad esempio, un basso livello di istruzione spesso impedisce la comprensione di problemi reali o, al contrario, ne amplifica la percezione. In entrambi i casi l'esito è un ricorso inappropriato ai servizi sanitari, che riduce l'efficacia delle terapie e ne aggrava i costi.

Nel nostro studio il livello di istruzione è risultato scarso in entrambi i gruppi e significativamente più basso tra gli stranieri.

La distribuzione dei principali fattori di rischio e della presenza di malattie croniche nei due gruppi studiati (**tab. 12.1**) evidenzia che il sovrappeso e l'obesità sono presenti in una percentuale maggiore di migranti rispetto agli italiani, un dato che conferma come questo problema affligge molte persone provenienti dai Paesi con elevato flusso migratorio. Il ruolo dei fattori genetici nel determinare l'obesità è noto da molti anni, ma bisogna considerare anche il fatto che tra le persone meno istruite

20. Assegnando un punteggio da 0 a 5 a seconda che il soggetto fosse analfabeta o in possesso della licenza elementare, media, superiore o universitaria

21. Questo indice corrisponde al peso in chilogrammi diviso per il quadrato dell'altezza espressa in metri.

l'educazione alimentare è spesso carente ed il consumo di cibi spazzatura è elevato. Non va, infatti, trascurato anche il ruolo del contesto ambientale e in primo luogo la difficoltà di reperire alimenti salutari a

prezzi accessibili. Nei pazienti da noi studiati il sovrappeso e l'obesità raramente sono percepiti come fattori di rischio di malattia e in genere nel corso dell'intervista non sono stati riferiti tra le condizioni croniche.

TABELLA 12.1. Distribuzione dei principali fattori di rischio e della presenza di malattie croniche nei due gruppi. N. totale intervistati: italiani = 2.946, migranti = 3.984 (percentuali dei rispondenti tra parentesi).

Condizioni rilevate o riferite	Italiani (%)	Migranti (%)
Sovrappeso/obesita' (BMI > 25)	1.193 (40,5)	1.757 (44,1)
Ipertensione (P.A. > 130/80 Mm hg)	1.193 (40,5)	1.374 (34,5)
Abitudine al fumo riferita	1.335 (45,3)	1.699 (42,7)
Malattie croniche riferite	425 (14,4)	804 (20,2)

Fonte: Elaborazioni Osservatorio povertà Sanitaria su dati rilevati.

Percentualmente l'ipertensione arteriosa è più frequente tra gli italiani rispetto ai migranti. Anche per questa condizione sono state descritte differenze etniche: i nativi dell'Africa occidentale presentano una maggiore incidenza di ipertensione e malattie cerebrovascolari, mentre quelli provenienti dall'Afghanistan, dall'Iraq e dall'Africa settentrionale sono più soggetti a sviluppare la malattia coronarica. In futuro sarà quindi necessario approfondire l'indagine su un campione più ampio di migranti stratificandoli in base alla loro appartenenza etnica.

È noto che il fumo di tabacco è uno dei principali fattori di rischio di disabilità aggiustato per gli anni di vita. Nel nostro studio abbiamo riscontrato un numero inferiore di fumatori tra i migranti rispetto agli italiani. Non è un dato stupefacente, poiché è noto che la prevalenza dell'abitudine al fumo risente notevolmente dell'eterogeneità etnica, essendo molto

elevata in alcune popolazioni (europei dell'est, turchi e greci) e molto bassa in altre (indiani, pakistani e nativi del Bangladesh). In posizione intermedia si situano i caraibici, gli africani e i cinesi²².

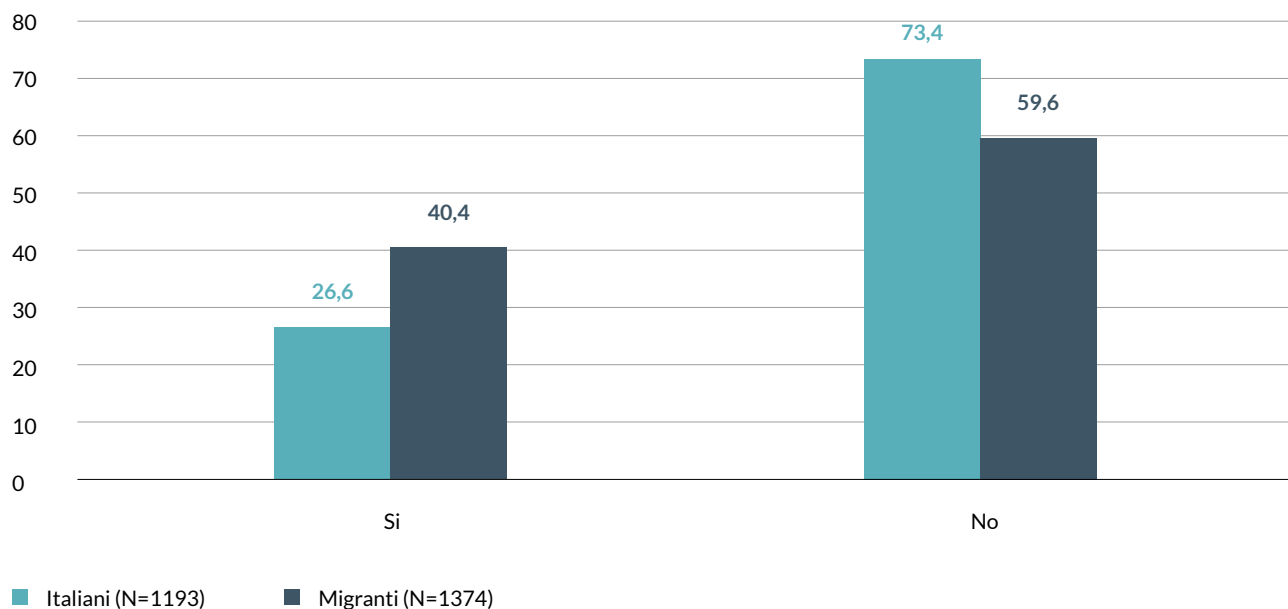
È interessante osservare che, in generale, i migranti hanno riferito più frequentemente degli italiani di essere affetti da almeno una condizione cronica. Ciò è in accordo con i risultati di studi precedentemente pubblicati da noi e da altri autori indicanti che essi presentano una elevata prevalenza di *malattie croniche non trasmissibili (NCD)*. Tuttavia, non si può escludere che abbia influito anche una maggior consapevolezza del loro stato di salute, poiché la mancanza di un contesto sociale di riferimento, unitamente alle maggiori difficoltà incontrate nel ricevere aiuto sanitario, potrebbero aver aggravato la preoccupazione per la malattia, acuendone la percezione. Questa interpretazione sembra confermata dal

22. Vari studi documentano che l'abitudine al fumo presenta un gradiente sociale inverso: quanto più elevato è il ceto di appartenenza, tanto minore è la sua prevalenza. Di tutto ciò è necessario tener conto per attuare interventi educativi specifici, mirati a prevenire le abitudini voluttuarie dannose tra le persone più svantaggiate.

fatto che tra i pazienti con valori pressori superiori a 130/80 mm Hg, la percentuale di soggetti consapevoli di essere ipertesi è

risultata significativamente superiore tra i migranti rispetto agli italiani (40% vs. 26%) (fig. 12.1).

FIGURA 12.1. % di pazienti con ipertensione arteriosa consapevoli della loro condizione.



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Povertà Sanitaria su dati rilevati.

Tenuto conto che le prescrizioni terapeutiche rappresentano un buon *proxy* di malattia, abbiamo analizzato e confrontato anche le terapie farmacologiche croniche in atto nei due gruppi di ingenti considerati, tenendo

conto, inoltre, di quanto riferito dai pazienti stessi nel corso dell'intervista. Pur considerando la possibile incompletezza (intenzionale o meno) dei dati forniti dagli intervistati, è emerso un quadro interessante (tab. 12.2).

TABELLA 12.2. Uso delle differenti classi di farmaci per NCD riferito dagli intervistati. N. totale italiani = 425, N. totale migranti = 929 (percentuali dei rispondenti tra parentesi).

	Italiani (%)	Migranti (%)
Farmaci cardiovascolari	219 (51,5)	392 (42,2)
Farmaci antidiabetici	107 (25,2)	172 (18,5)
Farmaci neurologici/psicotropi	65 (15,3)	46 (5,0)
Altri farmaci	114 (26,8)	404 (43,5)

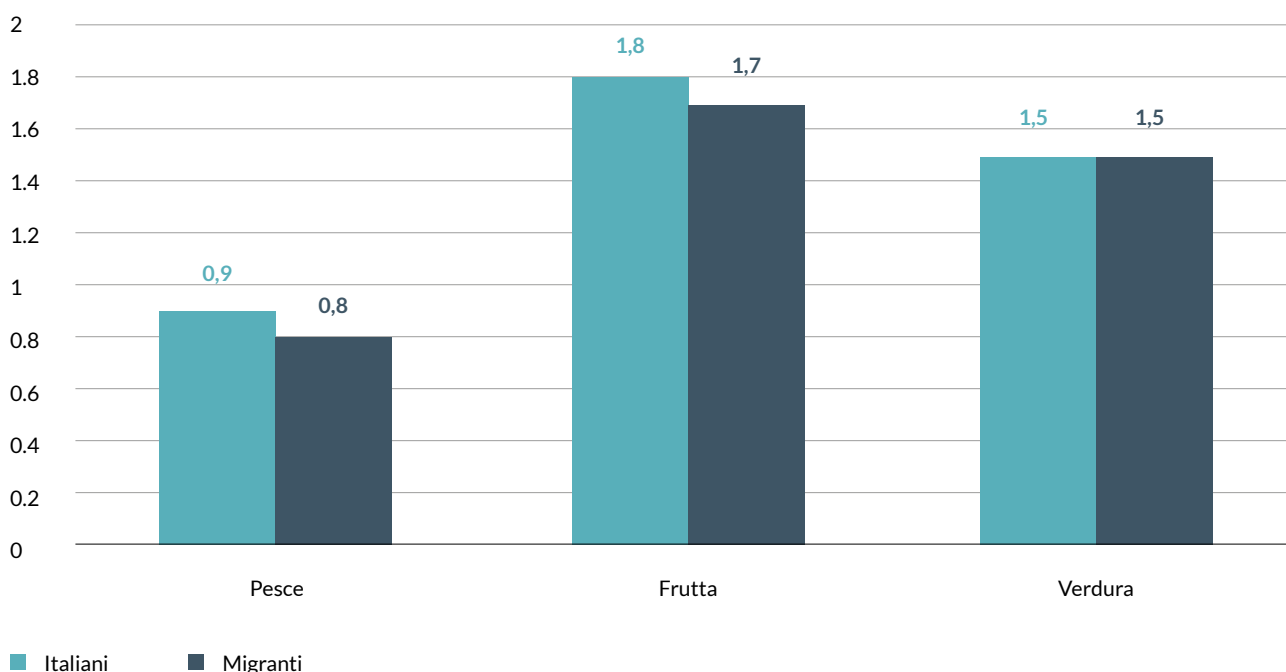
Fonte: Elaborazioni Osservatorio povertà Sanitaria su dati rilevati.

Globalmente il 14.4% degli italiani e il 23.3% degli stranieri ha riferito di assumere almeno una terapia cronica. Tra questi, gli italiani usavano una quantità significativamente maggiore di farmaci cardiovascolari, antidiabetici e neurologici/psicotropi, mentre ai migranti erano prescritti più frequentemente altri tipi di medicinali, tra i quali erano particolarmente rappresentati i composti usati per la terapia della malattia renale cronica, come bicarbonato di sodio, chelanti del fosforo ed eritropoietina. Questi dati sono in accordo con nostre precedenti osservazioni indicanti che: a) le malattie cardiovascolari hanno una prevalenza maggiore tra gli italiani rispetto ai migranti; b) il diabete mellito di tipo 2 è molto diffuso in entrambi i gruppi; c) l'insufficienza renale cronica rappresenta un importante carico di malattia tra i migranti, soprattutto come complicanza del diabete. Un'attenta riflessione merita l'osservazione del più elevato consumo di farmaci neurologici/

psicotropi tra gli italiani poveri rispetto ai migranti. Come abbiamo già affermato nei precedenti rapporti, sulla base di questo dato si potrebbe ipotizzare che la povertà eserciti un ruolo causale più importante dell'appartenenza etnica, della migrazione e della irregolarità dello status giuridico nel provocare il disagio mentale. È tuttavia necessaria una cautela interpretativa, poiché la prevalenza di queste patologie tra i migranti potrebbe essere sottostimata: la loro scarsa conoscenza della nostra lingua e la presenza di barriere culturali, probabilmente rappresentano ostacoli nel riferire problematiche di tipo psicologico/psichiatrico e limitano l'accesso alle cure.

Per quanto concerne le abitudini alimentari, deve essere sottolineato lo scarso consumo di cibi sani in entrambi i gruppi: sia i migranti, sia gli italiani hanno riferito di mangiare pesce meno di una volta alla settimana e frutta e verdura solo 1-2 volte alla settimana (**fig. 12.2**).

FIGURA 12.2. N. di porzioni settimanali di alimenti sani (pesce, frutta e verdura) consumate.



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Povertà Sanitaria su dati rilevati.

L'assenza di differenze significative tra i due gruppi ci consente di ipotizzare che l'uso limitato di questi alimenti sia imputabile soprattutto al loro costo elevato e non dipenda da consuetudini etniche. Sebbene si tratti di osservazioni preliminari e di tipo trasversale, le riteniamo molto importanti poiché è noto che le erronee abitudini alimentari possono esercitare un impatto significativo sullo stato di salute. Sarà interessante in futuro cercare eventuali correlazioni tra lo stato nutrizionale e la prevalenza delle NCD di più frequente riscontro in questa popolazione.

I risultati ottenuti possono rappresentare un primo tassello di conoscenza per comprendere le differenze di morbilità e di mortalità osservate in queste due popolazioni e su questa base progettare adeguate strategie di intervento.

La nostra indagine conferma quanto abbiamo precedentemente pubblicato relativamente all'elevata prevalenza delle NCD cardiovascolari, renali, endocrino-metaboliche e psichiatriche nelle popolazioni fragili, ma offre

anche nuovi ed interessanti spunti per approfondimenti futuri. In particolare, un importante elemento di novità è l'osservazione della scarsa percezione di malattia e dell'uso dei farmaci tra questi soggetti svantaggiati. Emerge con chiarezza che essi necessitano non solo di cure, ma anche di interventi educativi per acquisire consapevolezza del proprio bisogno di salute. Analogamente devono essere aiutati a comprendere l'importanza delle misure terapeutiche loro prescritte e di un'alimentazione congrua. Questo risultato dipende in larga misura da un'interazione ottimale con le strutture sanitarie e pertanto rappresenta una sfida ed un'opportunità per gli enti caritativi e di prossimità che li assistono. Alcuni di questi centri di eccellenza hanno già compreso l'importanza di questo approccio e non si limitano ad erogare farmaci e prestazioni cliniche estemporanee, bensì stanno sviluppando programmi di presa in carico sistematica dei pazienti più fragili, per guidarli passo dopo passo nel percorso di cura. In tal modo essi svolgono anche una importante funzione sussidiaria di educazione sanitaria.

13 L'organizzazione delle opere di carità: analisi esplorativa su un campione di enti²³

Le analisi effettuate dall'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria possono contare, come già è stato osservato nelle pagine precedenti, sulla raccolta di informazioni ricorrenti da parte degli enti aderenti alla rete Banco Farmaceutico. Il set di queste informazioni permette di osservare alcuni elementi di carattere generale, descritti nelle parti precedenti del Rapporto, ma non consente

di compiere analisi più approfondite e innovative, ad esempio rispetto all'efficacia organizzativa degli enti, alla capacità di razionalizzazione dei fabbisogni di farmaci, alla coerenza tra farmaci ricevuti e patologie affrontate. Si tratta di informazioni rilevanti sia dal punto di vista della ricerca scientifica, sia (a maggior ragione) da quello organizzativo e gestionale.

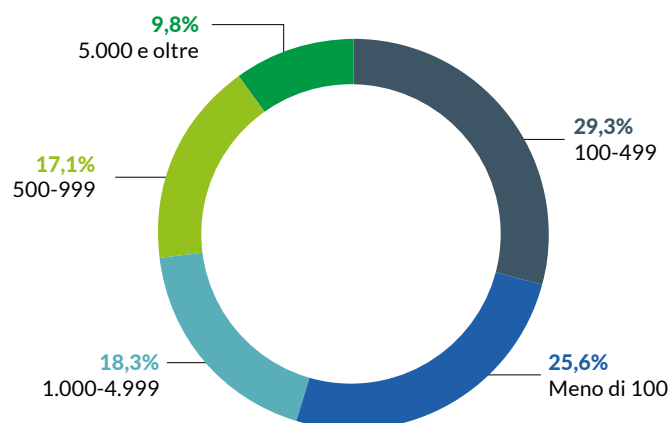
23. Il capitolo è stato scritto da L. Pesenti (Università Cattolica del Sacro Cuore) e M. Pontello (Università degli Studi di Milano).

Nel 2019 si è dunque avviato un percorso sperimentale per dotare l'Osservatorio di nuove fonti di informazione, sfruttando un percorso di *audit* degli enti effettuato dalla Fondazione Banco Farmaceutico. Si tratta evidentemente di un'esperienza pilota, di natura esplorativa, senza pretese di generalizzazione (mancando l'indispensabile premessa della rappresentatività campionaria), che ha per altro dovuto fare i conti con le normali (e note in letteratura) difficoltà degli enti (soprattutto di quelli più piccoli) a organizzare in modo sistematico le informazioni relative al loro funzionamento. Nonostante questi limiti, la ricerca esplorativa avviata dall'Osservatorio ha il suo punto di maggior interesse, da un lato, nella possibilità di testare e affinare uno strumento di rilevazione che in futuro

sarà esteso a un più robusto campione, dall'altro (e soprattutto), nella possibilità di analizzare taluni elementi strutturali e organizzativi che fin qui l'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria non era riuscito ad indagare in modo specifico.

Sono dunque state raccolte le informazioni relative a 82 enti attivi in 13 regioni (Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia), prevalentemente operativi a livello territoriale (non oltre la provincia), ma con una consistente rappresentanza di enti operativi a livello nazionale (25,6%) e internazionale (13,4%). L'orizzonte in prevalenza locale determina anche la "taglia" delle organizzazioni, che nel 55% dei casi assistono meno di 500 persone (**fig. 13.1**).

FIGURA 13.1. Distribuzione degli enti per numero di assistiti (valori percentuali).



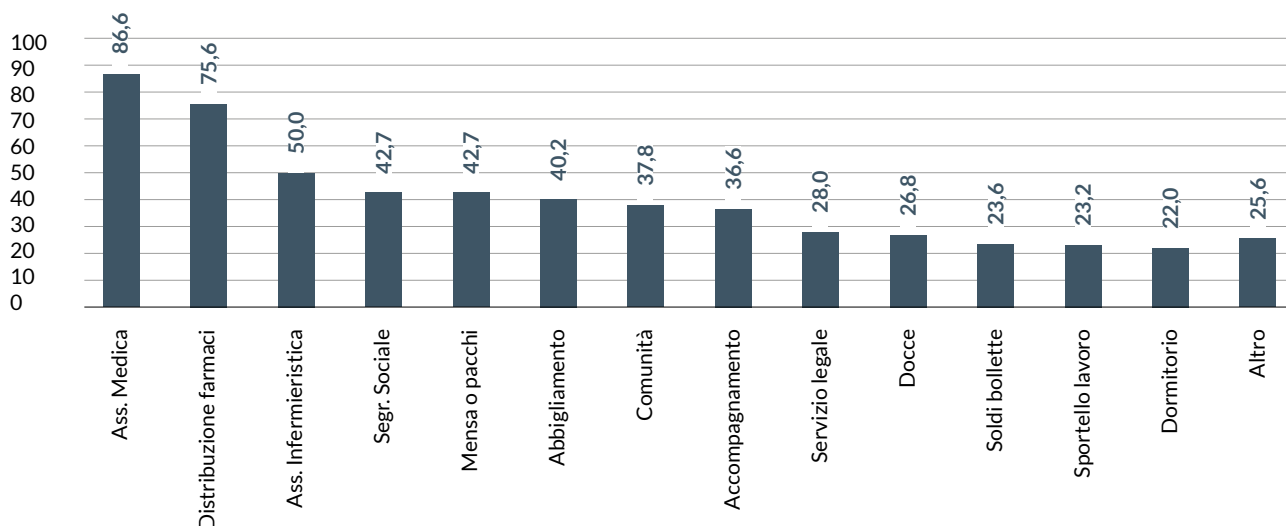
Fonte: Elaborazioni Osservatorio Povertà Sanitaria su dati rilevati.

13.1 I servizi erogati

Stante la natura degli enti coinvolti, i servizi dell'area della salute sono ovviamente prevalenti: l'86,6% degli enti prevede assistenza medica, il 75,6% distribuzione di farmaci, il 50% assistenza infermieristica (**fig. 13.2**). Ogni ente può prevedere più di un servizio ed in effetti ciò accade in quasi tutti i casi: solo 4 enti offrono un unico servizio di tipo sanitario (enti "*Only health*").

In un caso su cinque (19,5%) i servizi per la salute (assistenza medica, infermieristica o distribuzione farmaci) rappresentano la tipologia di intervento esclusiva, mentre la larga maggioranza degli enti offre anche servizi diversi rispetto a quelli afferenti all'area sanitaria. Tra questi ultimi, uno su cinque presenta un'elevatissima complessità di intervento (enti "*Multi services*"), potendo garantire dieci o più servizi (compresi quelli di natura sanitaria).

FIGURA 13.2. Tipologia di servizio erogato (valore percentuale - erano possibili più risposte).



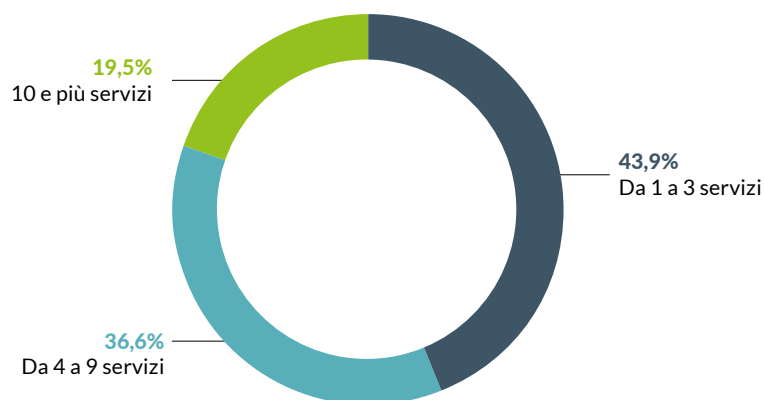
Fonte: Elaborazioni Osservatorio Povertà Sanitaria su dati rilevati.

Sintetizziamo alcune caratteristiche ricorrenti in queste due tipologie di enti:

- Gli enti *“Only health”* sono prevalentemente associazioni di volontariato di taglia medio-grande (oltre 500 assistiti).
- Gli enti *“Multi services”* vedono invece una presenza più elevata di cooperative sociali e fondazioni accanto alle associazioni, sono attive in modo prevalente a livello nazionale o locale, presentano numeri molto elevati di assistiti (oltre i 1.000).

Nel complesso, ci si trova di fronte a un universo di enti capaci di offrire un’ampia gamma di servizi, elemento indispensabile per affrontare casi in cui l’elemento sanitario rappresenta soltanto una parte della complessità del bisogno cui sono chiamati a rispondere. La figura 13.3 evidenzia però come una larga parte degli enti (quasi il 44%) si limiti a erogare non più di 3 servizi, ma quasi due enti su dieci riescano invece a coprire uno spettro di bisogni molto ampio, giungendo a erogare dieci servizi e oltre.

FIGURA 13.3. Distribuzione degli enti per numero di servizi erogati (valore percentuale).



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Povertà Sanitaria su dati rilevati.

13.2 La complessità organizzativa

Come accennato, l'aspetto forse più specifico dell'analisi è quello di provare per la prima volta a indagare le dimensioni organizzative degli enti coinvolti nella rilevazione. Lo faremo, per ragioni di "parsimonia" descrittiva, sintetizzando in modo significativo le singole informazioni, utili in questa sede per provare a individuare, attraverso l'aggregazione di definite caratteristiche, le diverse tipologie degli enti. Proviamo dunque a riassumere le caratteristiche che riteniamo importanti per descrivere i caratteri organizzativi di questi enti, in aggiunta alla numerosità dei servizi erogati:

- **Tipologia delle donazioni:** un quarto degli enti (26,8%) riceve farmaci soltanto attraverso uno dei canali di approvvigionamento possibili (di regola quello legato alla GRF di febbraio), mentre un altro quarto (24,4%) può sfruttare tutti i canali (dunque anche le Donazioni Aziendali e il Recupero dei Farmaci ancora Validi). Quest'ultimo gruppo è composto prevalentemente da enti di dimensioni medie e grandi, mentre l'area territoriale di operatività non appare influente.
- **Nazionalità dei destinatari dei servizi:** se è vero che la larga maggioranza degli enti (circa il 70%) fornisce servizi anche (in alcuni casi esclusivamente) a persone di cittadinanza non italiana, solo il 40% del totale prevede al proprio interno la figura del mediatore culturale.
- **Gestione/organizzazione delle donazioni ricevute:** per quanto riguarda lo stoccaggio dei farmaci ricevuti e in seguito distribuiti, oltre l'80% degli enti analizzati dispone di un magazzino perfettamente in regola con le norme in materia, uno su dieci può contare su un magazzino non a norma e l'8,5% non ha alcun magazzino. Per altro solo in 39 casi su 75 il magazzino è gestito da

un responsabile con accesso regolato in modo puntuale. Al contempo un terzo degli enti dispone di un armadio farmaceutico gestito da un farmacista, il 47,6% ha un armadio senza farmacista e quasi 2 su 10 non hanno alcun armadio. Sotto il profilo organizzativo è anche utile riferire che nella maggior parte dei casi (64) il responsabile del magazzino per i farmaci è anche il referente per il ricevimento delle donazioni di farmaci (ovvero è colui che riceve i farmaci donati provenienti dalle Donazioni Aziendali o dal Recupero Farmaci ancora Validi o dalla Giornata di Raccolta del Farmaco).

- **Disponibilità di un archivio clinico:** meno di un terzo degli enti utilizza cartelle elettroniche digitalizzate, mentre quasi il 43% non prevede la compilazione di cartelle cliniche per i propri pazienti.

Utilizzando tutte le informazioni qui riassunte, unitamente agli altri elementi strutturali precedentemente osservati, è stata effettuata una cluster *analysis* tecnica statistica di analisi multivariata, basata su misure relative alla somiglianza tra gli elementi e finalizzata alla selezione e raggruppamento di elementi omogenei in un insieme di dati²⁴. La procedura evidenzia l'esistenza di 5 gruppi relativamente omogenei tra loro, le cui caratteristiche sono sintetizzate nella tabella 13.1:

- Il raggruppamento più numeroso è il numero 3, composto da enti di dimensioni medio-piccole, con una media dotazione di servizi, approvvigionamento da più canali, con magazzino prevalentemente a norma, ma non organizzati per raccogliere i dati attraverso cartelle cliniche.
- Nel gruppo 4 rientrano invece gli enti a maggior tasso di organizzazione: si tratta di soggetti di grandi dimensioni seppur con attività prevalentemente locale, *multi-services*, multi canali, dotati di cartelle cliniche in formato elettronico, con

24. La tecnica qui utilizzata è quella *gerarchica*, con metodo di Ward e misura di intervallo della distanza euclidea al quadrato.

magazzini a norma e armadietti farmaceutici gestiti da farmacisti; sono gli unici ad essere caratterizzati in modo generalizzato dalla presenza di un mediatore culturale.

- Nel gruppo 2 (il secondo più numeroso) sono invece raggruppati enti a basso tasso di organizzazione: di medie dimensioni, attivi all'estero, si approvvigionano con uno o al massimo due canali, erogano pochissimi servizi (non oltre 3), non prevedono la figura del mediatore culturale, hanno un magazzino a norma (ma con accesso non regolato in modo preciso) e se hanno l'armadietto non è gestito da un farmacista.
- Nel gruppo 1 (il meno numeroso) ci sono enti medio-piccoli, in prevalenza multi servizi, ma a basso tasso di organizzazione: sono infatti privi di mediatori culturali, senza magazzino e con armadietto non gestito da un farmacista, con cartelle cliniche cartacee).
- Infine, il gruppo 5 presenta enti di medie dimensioni capaci di approvvigionarsi da un unico canale, con pochi servizi specializzati sulla salute, con il massimo di organizzazione (cartelle elettroniche, magazzino, armadietto gestito da un farmacista).

TABELLA 13.1. Suddivisione degli enti in cluster di complessità organizzativa.

Cluster	1 Multiservices ma poco organizzati	2 Internazionali poco organizzati	3 Nazionali a media organizzazione	4 Grandi, mul- tiservices e organizzati	5 Specializzati e ben organizzati
N: enti nel cluster	8	23	25	12	14
N. canali	Due	Uno o due	Due o tre	Tutti	Uno
Area di operatività (prevalente)	Locale	Estero	Regionale o nazionale	Locale, no estero	N.S.
Dimensioni dell'utenza	Medio-piccoli	Medi	Medio-piccoli	Grandi	Medi
Servizi erogati	Prevalenza di 10 o più servizi	Meno di 3	Massima incidenza di 4-9 servizi	<i>Massima incidenza di multi services</i>	<i>Meno di 3 max presenza di only health</i>
Mediatore culturale	No	No	N.S.	Si	N.S.
Cartelle cliniche	No oppure cartacee	N.S.	No	Elettroniche	Elettroniche
Magazzino	No	Prevalentemente a norma ma con accesso non regolato	A norma, prevalentemente con accesso regolato	A norma ma spesso con accesso non regolato	Prevalentemente a norma e con accesso regolato
Armadio farmaci	Sì, ma non gestito da un farmacista	No, oppure sì ma senza farmacista	Sì, con o senza farmacista	Sì, gestito da un farmacista	Sì, in maggioranza gestito da farmacista

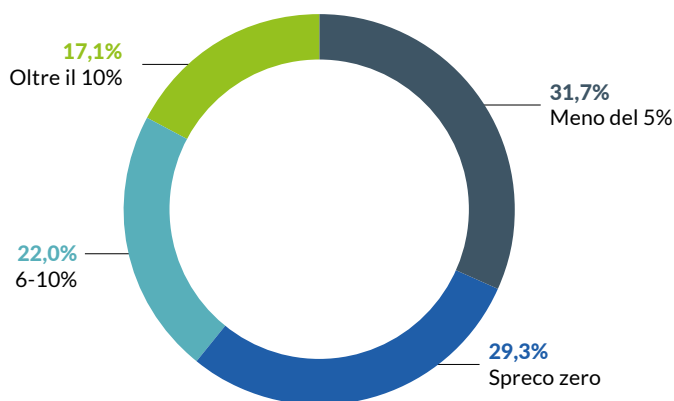
13.3 Un indicatore di efficienza organizzativa: la gestione dei farmaci scaduti

È esercizio sempre complesso stabilire quali parametri debbano essere identificati per definire quella che in letteratura internazionale va sotto il nome di *organisational effectiveness*. L'efficienza e l'efficacia di un'organizzazione a bassa strutturazione ed elevata componente volontaria, come tipicamente sono le opere di carità impegnate sul fronte della risposta al bisogno dei poveri, rappresentano concetti quanto mai sfuggenti e di

non facile rappresentazione in termini quantitativi. In questa sede utilizziamo come indicatore di efficienza organizzativa *la capacità di vigilanza sui farmaci a scadenza e la riduzione degli sprechi*.

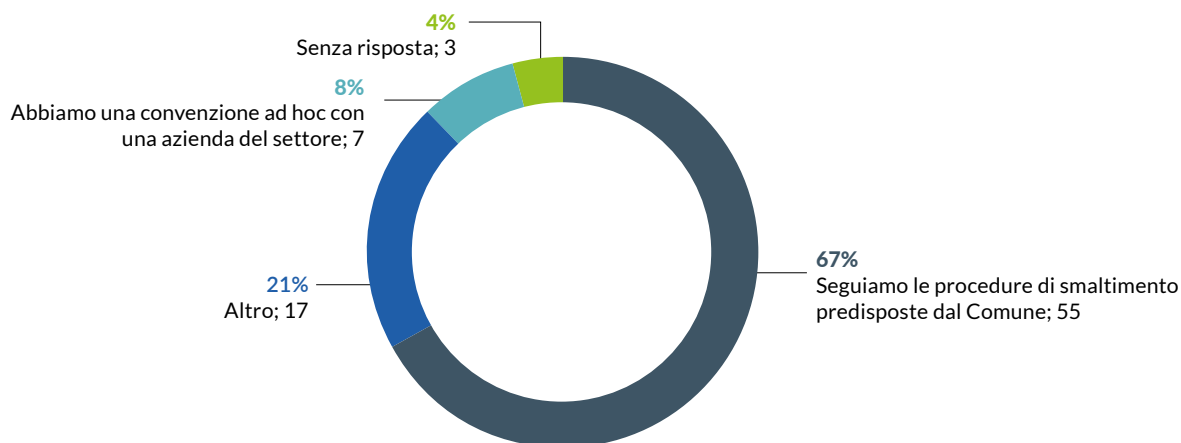
In media gli enti dichiarano il 7,45% di farmaci scaduti. La figura 13.4 segnala come quasi 1 ente su 3 registri una percentuale nulla di spreco, e come nel complesso oltre il 60% degli enti non superi il 5% di farmaci non utilizzati e andati a scadenza. Di contro, il 17,1% degli enti segnala oltre il 10% di farmaci giunti a scadenza prima del loro utilizzo (fig. 13.4).

FIGURA 13.4. Distribuzione degli enti per percentuale di farmaci andati a scadenza (valori percentuali).



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Povertà Sanitaria su dati rilevati.

FIGURA 13.5. Procedure adottate per rilevare e mandare a distruzione eventuali confezioni in scadenza (valori percentuali).



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Povertà Sanitaria su dati rilevati.

Nella grande maggioranza dei casi la procedura adottata per lo smaltimento di questi farmaci andati a scadenza è quella indicata dal Comune, mentre solo in una minoranza di casi è stata firmata una convenzione ad hoc con un'azienda del settore; per gli enti che hanno indicato la risposta "altro" prevale il conferimento dei prodotti a una farmacia, pur in assenza di una convenzione specifica (**fig. 13.5**).

Che cosa spiega la maggiore o minore propensione degli enti a controllare gli sprechi? Abbiamo effettuato test di significatività statistica con un ampio set di variabili, per verificare se esistessero elementi strutturali, organizzativi o di altra natura statisticamente associati alla percentuale di farmaci scaduti dichiarati dagli enti. Questa verifica ha evidenziato la presenza di sole due variabili associate:

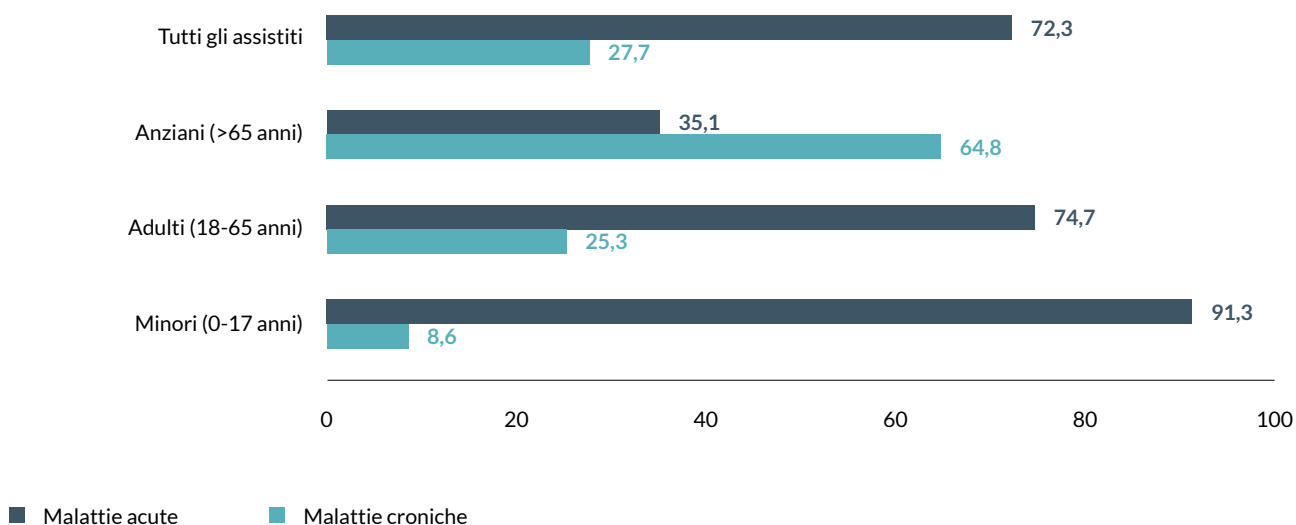
- *il numero di canali di approvvigionamento degli enti*: al crescere dei canali (da uno a tre) cresce anche la probabilità di trovare percentuali più alte di farmaci andati a scadenza; in particolare, l'associazione più specifica si ottiene per gli enti che ricevono farmaci anche dalle donazioni aziendali;
- *la gestione dell'armadio farmaceutico da parte di un farmacista*: l'assenza di armadietto o la mancanza del farmacista determina una elevata variabilità tra gli enti rispetto ai quantitativi di farmaci non utilizzati, mentre la presenza del farmacista determina percentuali mediamente più elevate di farmaci scaduti ed eliminati. Questo dato evidenzia il ruolo chiave del farmacista nell'utilizzo corretto del farmaco.

Dunque, le dimensioni di tipo organizzativo sembrerebbero non incidere sulla maggiore o minore capacità di razionalizzazione dei quantitativi disponibili. Ciò che sembra fare la differenza è la presenza/assenza di figure specialistiche a presidio dell'attività degli enti.

13.4 Bisogni sanitari e capacità di risposta

Accanto alla valutazione dell'efficacia organizzativa è estremamente utile provare a verificare anche la capacità di risposta ai bisogni degli assistiti. Da un lato possiamo verificare l'adeguatezza della richiesta di medicinali che gli enti dichiarano. Complessivamente, su una popolazione di quasi 100 mila assistiti, composta per il 74% da adulti, le malattie acute prevalgono nettamente (72,3% del totale delle patologie riferite); solo nella minoritaria classe dei soggetti di età over 65 anni le patologie croniche – come facilmente prevedibile – risultano più frequenti di quelle acute. Tra i minori e gli adulti le patologie e 74,7% acute (rispettivamente pari al 91,3 e 74,7%) sono più frequenti di quelle croniche (8,6 e 25,3%), mentre nel 64,8% gli anziani sono affetti da patologie croniche (**fig. 13.6**). I dati qui riferiti sulla composizione per età della popolazione assistita e sulla maggiore frequenza delle forme acute rappresentano un primo, ma ancora grezzo, contributo per orientare la richiesta di farmaci e medicinali da parte degli enti beneficiari; sarebbe infatti opportuno implementare la conoscenza sulla tipologia delle forme classificate come malattie acute e croniche. Mentre nel caso delle patologie croniche è più facile prevedere che le malattie principali siano le cardiopatie e il diabete, nel primo caso tra le forme acute possono essere ipotizzate situazioni più variegata, potendo essere incluse le comuni affezioni respiratorie (influenza ecc.) o gastroenteriche (forme diarroiche ecc.) come pure i traumi, le contusioni o le ustioni. I dati qui riferiti sulla composizione per età della popolazione assistita e sulla maggiore frequenza delle forme acute rappresentano un primo, ma ancora grezzo, contributo per orientare la richiesta di farmaci e medicinali da parte degli enti beneficiari; sarebbe infatti opportuno implementare la conoscenza sulla tipologia delle forme classificate come malattie acute e croniche.

FIGURA 13.6. Prevalenza delle malattie acute e croniche nella popolazione assistita per classe di età (valori percentuali).

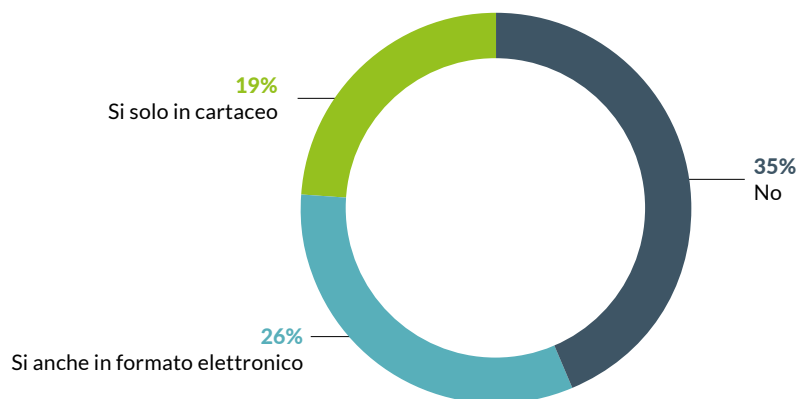


Fonte: Elaborazioni Osservatorio Povertà Sanitaria su dati rilevanti.

La raccolta di dati più precisi sul bisogno presente nella popolazione assistita può senza dubbio basarsi sulla compilazione delle cartelle cliniche (**fig. 13.7**), ma, come già si è osservato, soltanto poco più della metà degli enti ($45/82 = 54,8\%$) ha dichiarato di utilizzarle e, tra questi, solo una minoranza (26 enti su 45 dotati di cartella clinica) raccoglie i dati utilizzando un supporto informatico. Contrariamente a quanto si potrebbe immaginare, la cartella elettronica

è più diffusa tra gli enti che hanno un minor numero di assistiti piuttosto che tra quelli che prestano assistenza ad un numero più elevato di soggetti: 17 casi su 26 riguardano enti con un numero di assistiti <499 e tra questi 8 casi si riferiscono a strutture con meno di 100 assistiti; la cartella elettronica è invece presente solo in 4 dei 23 enti con un numero di assistiti >1.000; i rimanenti 5 casi son strutture con un numero di assistiti compresi tra 500 e 999.

FIGURA 13.7. Disponibilità della cartella clinica degli assistiti per tipologia di supporto (valori percentuali).

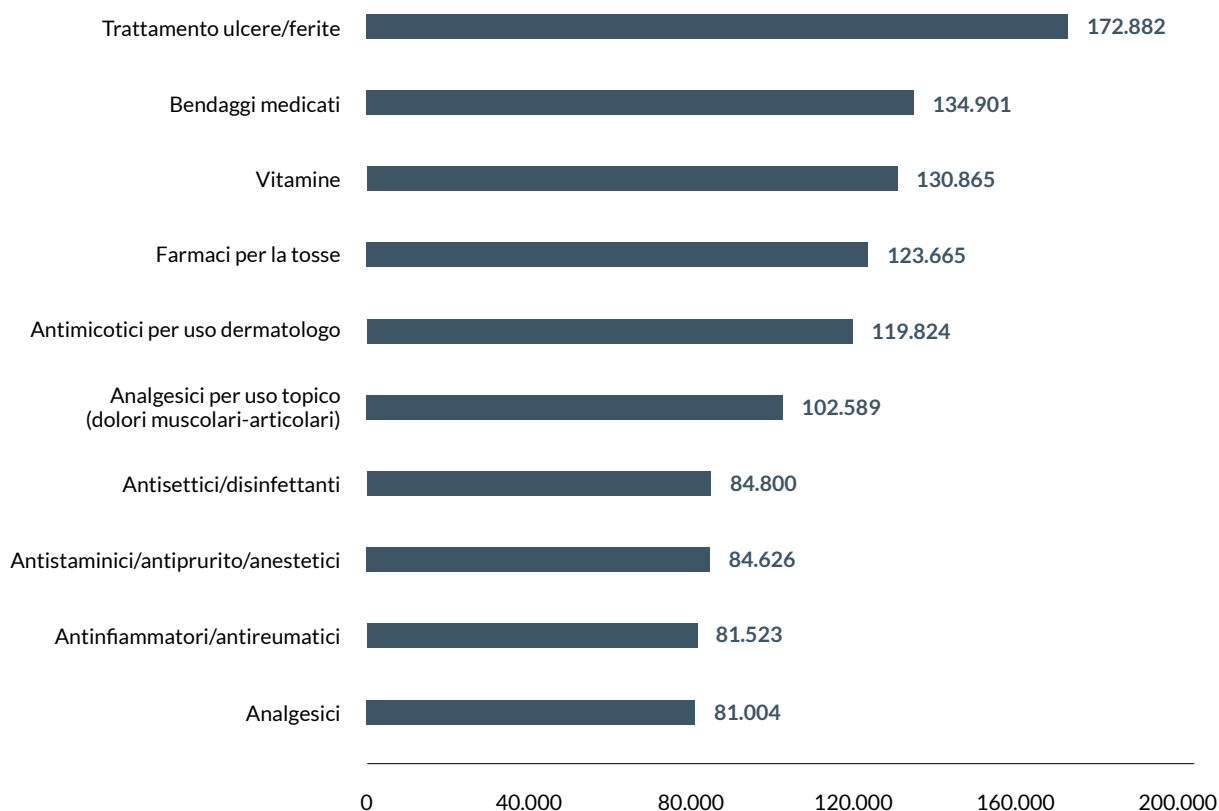


Fonte: Elaborazioni Osservatorio Povertà Sanitaria su dati rilevanti.

Una particolare attenzione merita l'analisi del fabbisogno delle specifiche classi di farmaci e presidi sanitari. La maggior parte degli enti effettua una rilevazione del bisogno (75,3%) con un periodicità di 3 mesi in 30 casi, di 6 mesi in 15 casi, di 12 mesi in 14 casi (2 enti non hanno precisato, pur effettuando la periodicità della rilevazione). In totale il fabbisogno riferito dagli enti è pari a 1.949.232 confezioni di farmaci (circa 23.700 confezioni/Ente)²⁵. Data la complessità delle informazioni

ottenute, ci limitiamo qui a riflettere sulle 10 tipologie di medicinali più richieste e utilizzate (medicinali "top-ten") (fig. 13.8). Questo gruppo assorbe il 28,9% del totale e principalmente prodotti destinati alla cura di patologie acute, in coerenza con l'osservazione della maggiore frequenza di tali forme rispetto a quelle croniche. Tra le richieste top-ten prevalgono le categorie di prodotti destinati alla cura di ferite e traumi (bendaggi, disinfettanti, terapie a uso topico ecc.).

FIGURA 13.8. Fabbisogno di farmaci: le tipologie top-ten (numero di farmaci richiesti).



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Povertà Sanitaria su dati rilevati.

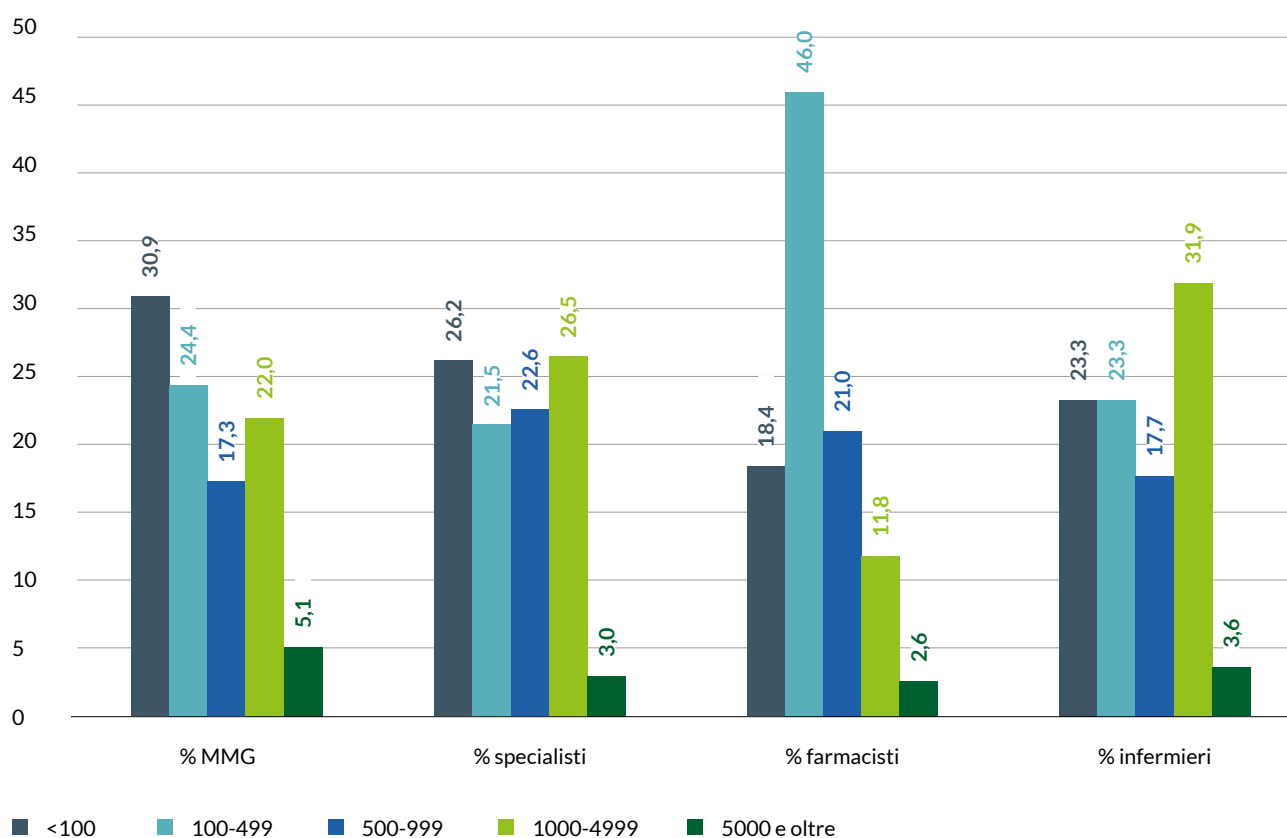
25. Occorre per altro segnalare la situazione anomala di un ente che pur riferendo di prestare assistenza a meno di 100 soggetti, ha dichiarato un fabbisogno pari a 1.038.900 confezioni. Se si esclude tale ente dall'analisi, il numero di confezioni necessario scende a 910.332, pari a poco più di 11.100 confezioni per ente.

13.5. Il personale sanitario disponibile

Sono state infine raccolte anche informazioni relative al personale sanitario presente negli enti. Le risposte, riassunte nella Figura 13.9, evidenziano la presenza soprattutto di Medici di Medicina Generale (MMG) rappresentati da 210 professionisti; sono attivi anche 141 infermieri e una serie di specialisti che assicurano competenze variegate nell'assistenza ai bisognosi.

I dati riportati nella figura 13.9 evidenziano una non congruità tra la presenza degli operatori sanitari e le dimensioni dell'ente: presso gli enti con maggior carico di assistiti (>5.000), che rappresentano quasi il 10% del totale, sono attivi solo il 5% dei MMG, il 5,1% degli specialisti, il 2,6% dei farmacisti e il 3,6% degli infermieri. All'altro estremo, rappresentato dagli enti con <100 assistiti (pari al 25,6% del totale degli enti), la presenza delle diverse figure è più consistente: MMG, specialisti, farmacisti e infermieri rappresentano rispettivamente il 30,9%, il 26,2%, il 18,4% e 23,3%.

FIGURA 13.9. Distribuzione delle figure sanitarie negli enti in funzione del carico di soggetti assistiti (valori percentuali).



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Povertà Sanitaria su dati rilevati.

La sproporzione tra presenza di operatori sanitari e numero di assistiti risulta in realtà ancora maggiore rispetto ai valori appena richiamati se si considera il numero di professionisti per ente (fig. 13.10).

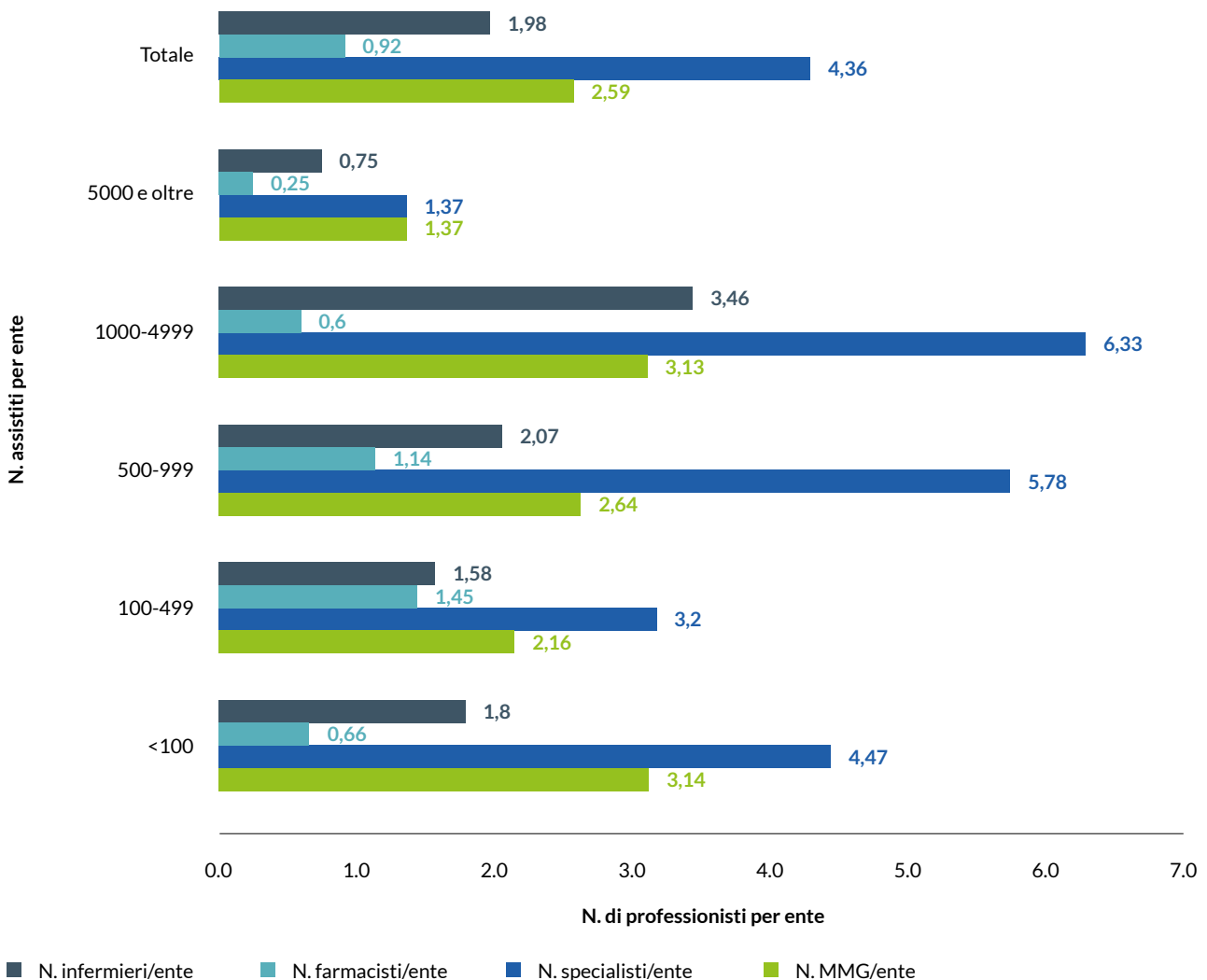
A fronte di una presenza media di 2,59 MMG, 4,36 specialisti, 0,92 farmacisti e 1,98 infermieri per ente, si nota che negli enti con un più grande carico di assistiti per tutte le figure la quota per ente è

nettamente inferiore (rispettivamente 1,37; 1,37; 0,25; 0,75) pur dovendo affrontare il bisogno di una popolazione più grande di assistiti. Interessante osservare che invece per gli enti con meno di 100 assistiti il rapporto è molto più favorevole per tutte le figure (nello stesso ordine 3,14; 4,47; 0,66; 1,80). Occorre anche precisare che, per quanto riguarda la presenza di medici specialisti, un ente (nella categoria 500-999 assistiti) ha dichiarato la presenza a turno di ben 61 professionisti su un totale di 358 e che, in un altro caso, pur non potendo contare sulla presenza di

un MMG, questo tipo di professionista è comunque reperibile.

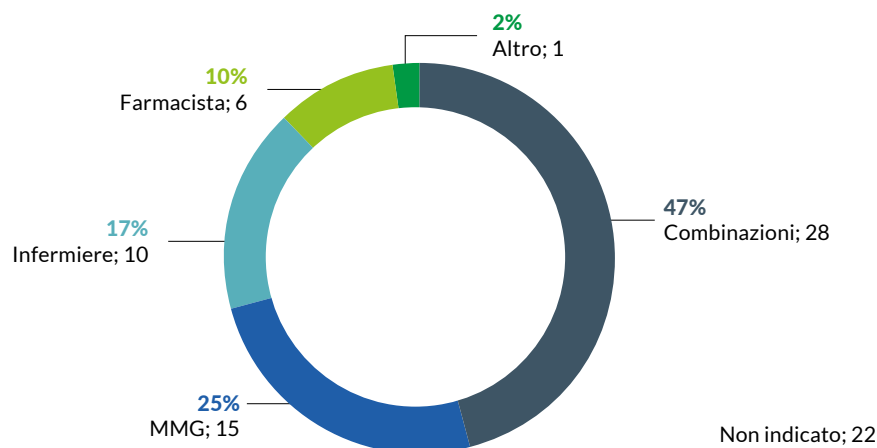
La figura del MMG risulta in assoluto la più coinvolta nella presa in carico dei farmaci provenienti dalle Donazioni Aziendali e di quelli raccolti con la procedura del Recupero dei Farmaci Validi (RFV). Nella fase di dispensazione dei farmaci (fig. 13.11), infine, tra i 60 enti che hanno fornito una risposta, risulta più frequentemente indicata una combinazione di figure sanitarie, tra le quali resta comunque in primo piano il MMG.

FIGURA 13.10. Numero di operatori sanitari per ente in funzione del numero degli assistiti (valori medi).



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Povertà Sanitaria su dati rilevati.

FIGURA 13.11. Professionisti responsabili della dispensazione dei farmaci (valori percentuali).



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Povertà Sanitaria su dati rilevati.

13.6 Conclusioni

Pur tenendo conto del fatto che l'indagine ha riguardato un limitato numero di enti beneficiari, statisticamente non rappresentativi dell'intero insieme di enti che ricevono le donazioni, in base ai dati descritti emergono alcune valide considerazioni. Le attività di assistenza svolte dagli enti, certamente gravate da difficoltà e complessità superiori a quelle incontrate dai servizi dedicati alla popolazione generale, riguardano soggetti affetti con maggiore frequenza da patologie acute. Questo dato risulta ben allineato con il fabbisogno rilevato dagli enti, in base al quale la tipologia di prodotti più richiesti include presidi utili per le medicazioni di ferite, traumi e contusioni. Questo dato probabilmente è anche coerente con la forma più tradizionale delle donazioni che FBF distribuisce e che deriva dalle Giornate di Raccolta del Farmaco, durante le quali i prodotti raccolti sono necessariamente dei prodotti da banco. Una più sistematica ed estesa raccolta di informazioni attraverso la compilazione di cartelle cliniche - meglio se in formato elettronico - potrebbe migliorare le conoscenze sulle altre patologie, soprattutto croniche, per poter indirizzare

la raccolta attraverso le Donazioni Aziendali ed assicurare un Recupero dei Farmaci Validi, adeguato al bisogno reale.

L'altra considerazione riguarda la presenza delle diverse figure professionali coinvolte nelle attività di assistenza: è risultato molto significativo il rapporto non proporzionale tra le dimensioni dell'ente (in termini di numero di assistiti presi in carico) e la presenza degli operatori. Tale dato, pur con tutti i limiti dell'indagine svolta, suggerisce una maggiore capacità di servizio adeguato alle persone bisognose nell'ambito di strutture di piccole-medie dimensioni. È per altro evidente dall'analisi statistica effettuata che la maggiore o minore quantità di farmaci non utilizzati nei tempi previsti dalla data di scadenza non dipende da dimensioni di tipo organizzativo, ma innanzitutto da due variabili: da un lato il numero di canali di approvvigionamento, dall'altro la presenza o meno di un farmacista incaricato della gestione dell'armadio farmaceutico. Come dire che più elevato è il numero di medicinali da gestire e maggiore è il rischio di mancato utilizzo, ma in ogni caso la funzione specialistica del farmacista resta centrale per un uso appropriato dei farmaci.

UNI EN ISO **9001:2015**



SISTEMA DI GESTIONE
QUALITÀ CERTIFICATO

#GRF20

GIORNATA DI RACCOLTA DEL FARMACO

Nel 2020, la GRF
dura una settimana!
(dal 4 al 10 febbraio)

VIENI IN FARMACIA
E DONA UN FARMACO
A CHI HA BISOGNO



dona i farmaci
con questo logo

PERCHÉ NESSUNO DEBBA PIÙ SCEGLIERE SE MANGIARE O CURARSI

Banco Farmaceutico raccoglie e recupera farmaci, da donatori e aziende, per distribuirli a oltre 1.800 enti assistenziali che si prendono cura di chi vive in condizioni di povertà.

20 ANNI INSIEME
Banco Farmaceutico

CARITA' IN OPERA CONTRO LA POVERTA' SANITARIA



