

RAPPORTO 2018

DONARE PER CURARE



POVERTÀ SANITARIA E DONAZIONE FARMACI



Con il contributo incondizionato di



Caring Innovation

*ODF - Osservatorio Donazione Farmaci
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 ODF

Sergio Daniotti

Presidente Fondazione Banco Farmaceutico onlus

Massimo Angelelli

Direttore Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute, Conferenza Episcopale Italiana

Giancarlo Blangiardo

Professore di Demografia, Università degli Studi di Milano Bicocca

Marco Bregni

Direttore Unità Operativa presso AO Ospedale di Circolo, Busto Arsizio (Delegato di Associazione Medicina e Persona)

Silvio Garattini

Presidente dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

Francesco Rocca

Presidente nazionale di Croce Rossa Italiana

Presidente della Federazione Internazionale delle Società della Croce Rossa e Mezzaluna Rossa

Roberto Rossini

Presidente Nazionale delle ACLI

Francesco Soddu

Direttore di Caritas Italiana

Antonello Zangrandi

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

EQUIPE DI RICERCA

Giancarlo Rovati

Professore di Sociologia, Università Cattolica del Sacro Cuore - Coordinatore scientifico ODF

Luca Pesenti

Docente di Sociologia, Università Cattolica del Sacro Cuore - Direttore della ricerca di ODF

Gisella Accolla

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

Silvano Cella

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

Mirella Pontello

Già professore di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano

Roberto Segà

Già ricercatore presso l'Università Bicocca di Milano e Direttore Unità Operativa Medicina Interna, ospedale di Vimercate

INDICE

IL RAPPORTO ODF 2018	6
INTRODUZIONE	14
Parte I	
IL DIRITTO ALLA SALUTE	16
1. I quarant'anni di Servizio Sanitario Nazionale	17
2. La tutela universale del diritto alla salute	18
Punti di vista	20
<i>La necessaria revisione dei farmaci rimborsati dal SSN (Silvio Garattini)</i>	20
<i>La collaborazione tra sanità pubblica e sanità convenzionata (Luciano Ravera)</i>	22
<i>La sanità integrativa nel welfare contrattuale (Luca Pesenti)</i>	24
<i>La valutazione della qualità in sanità (Antonello Zangrandi)</i>	26
<i>L'altalena della mortalità: dai numeri alle possibili cause (Gian Carlo Blangiardo)</i>	28
Parte II	
LA POVERTÀ SANITARIA IN ITALIA	30
3. La povertà sanitaria: persistente, anzi in crescita	31
4. La spesa sanitaria e farmaceutica delle famiglie povere	34
Parte III	
LA FILIERA DELLA DONAZIONE DEI FARMACI	39
5. I farmaci raccolti e distribuiti: profilo sintetico	40
6. I protagonisti delle donazioni: le aziende	43
7. I protagonisti delle donazioni: le farmacie	47
8. Le donazioni durante la GRF 2018	51
9. I donatori della GRF 2018	55
10. I volontari della GRF	56
11. Le donazioni del recupero farmaci validi	59
Parte IV	
I BENEFICIARI DEGLI AIUTI: GLI ENTI E GLI INDIGENTI	63
12. Gli enti non profit	64
13. I richiedenti aiuto: poveri di reddito, poveri di salute	73
Parte V	
BISOGNI DI SALUTE, BISOGNI DI CURE	79
14. Patologie croniche nella popolazione indigente: il caso del diabete mellito	80



IL RAPPORTO ODF 2018

SINTESI DEI
PRINCIPALI CONTENUTI

L'Osservatorio Donazione Farmaci, organo scientifico della Fondazione Banco Farmaceutico onlus, prosegue la pubblicazione di dati finalizzati alla comprensione del fenomeno della "povertà sanitaria" in Italia.

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.

L'ampliamento del Comitato Tecnico-Scientifico permette una qualità di riflessione ancora più elevata, con il contributo di nuove rilevanti personalità del mondo scientifico e accademico.

Un Rapporto e un Osservatorio...

...per fare luce sulla povertà sanitaria...

...con un pool di esperti ancora più autorevole

I. I QUARANT'ANNI DI SSN: ANCORA UNIVERSALISTA?

Nella sua nuova formulazione, il Rapporto ODF 2018 dedica un'ampia sezione a riflettere sul presente e il futuro del nostro modello sanitario: è il contributo dato al mantenimento "in salute" di uno dei più straordinari frutti dell'epoca d'oro del welfare novecentesco. Ricordando anche la necessità di non retrocedere sul terreno del diritto alla salute per i più fragili e per i poveri.

Grazie a una serie di autorevoli contributi, vengono segnalati i principali nodi da affrontare: la revisione dei farmaci rimborsati; il contributo che sempre più avranno i soggetti privati; i pregi e limiti della sanità integrativa; la valutazione della qualità; il problema dell'invecchiamento della popolazione e l'aumento della mortalità registrato negli ultimissimi anni.

Un contributo per ribadire come il diritto alla salute sia un bene prezioso da garantire anche ai poveri...

...segnalando nel contempo i nodi critici principali

2. POVERTÀ SANITARIA IN ITALIA

Prosegue, nonostante la ripresa economica, la crescita della povertà. Quella assoluta riguarda ormai il 6,9% delle famiglie (+0,5%), portando il numero di individui in povertà oltre i 5 milioni.

La povertà relativa, che indica in modo più ampio le diseguaglianze calcolate in termini di consumi, giunge al picco record del 12,3% di famiglie (+1,5% rispetto al precedente record del 2012, all'apice della crisi).

In Italia ogni persona spende in media 703 euro all'anno per curarsi (+8 euro rispetto all'anno precedente), ma per le persone indigenti questa spesa scende a 117 euro (con un aggravio di 11 euro in più rispetto all'anno precedente).

Gli stranieri si confermano i più in difficoltà. Spendono meno per curarsi in generale (252 euro all'anno, 21 in meno del 2017). Nel complesso, ogni cittadino non italiano spende poco più di 273 euro, ben 67 euro in più rispetto all'anno precedente, mentre tra gli stranieri poveri la spesa resta bassa con un aumento di oltre il 10% (75,7 euro rispetto ai 68 dell'anno scorso).

Il budget investito in salute sul totale dei consumi familiari resta invariato a livello di media generale (4,45%), ma è leggermente in crescita tra i poveri (2,54% rispetto al 2,4%). Ciò significa che oltre a dover limitare la spesa sanitaria in termini relativi, hanno dovuto sostenere spese aggiuntive.

L'investimento medio in farmaci supera il 41% del totale della spesa in salute: è in aumento dell'1% punto rispetto all'anno scorso. Ma per i poveri la percentuale sale al 61,1%.

I poveri assoluti superano quota 5 milioni...

...mentre si registra il record della povertà relativa

I poveri spendono 117 euro l'anno per curarsi, 11 in più rispetto all'anno precedente...

La spesa sanitaria è in aumento anche per gli stranieri poveri

Le famiglie povere spendono di più in salute

I poveri spendono più di 6 euro su 10 in medicine, le altre famiglie 4,1

Anche quest'anno oltre 13 milioni di persone hanno limitato le spese per visite e accertamenti.

Una parte di questa difficoltà di cura è legata alla spesa farmaceutica: torna infatti a crescere, sfiorando il record storico, la quota di spesa per assistenza farmaceutica a carico delle famiglie (40,6% rispetto al 37,3% dell'anno precedente). Il tutto, naturalmente, al netto di spinte di tipo consumistico che contribuiscono in modo non secondario alla crescita della spesa out of pocket in sanità.

Difficoltà di cura per oltre 13 milioni di italiani...

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

3. LE DONAZIONI

L'andamento delle donazioni di farmaci subisce un nuovo rallentamento: mentre il contributo della Giornata di Raccolta del Farmaco tocca il massimo storico (quasi 377 mila confezioni) e il Recupero Farmaci Validi continua a crescere (con un trend che a fine anno potrebbe essere del +11,2%), prosegue invece il calo delle donazioni aziendali (oltre 100 mila in meno rispetto al 1° semestre 2017).

Si conferma la vocazione internazionale delle donazioni aziendali: circa il 25% sono andate a beneficio di enti impegnati in paesi segnati da guerre e carestie.

Il Recupero Farmaci Validi è sempre più rilevante per le strategie del Banco Farmaceutico: pesava il 7% di tutto il raccolto lo scorso anno, ed oggi è salito fino al 9%.

700 mila confezioni distribuite nei primi sei mesi del 2018

La vocazione internazionale del dono...

... mentre il recupero farmaci validi arriva a coprire il 9% del raccolto complessivo

4. LE DONAZIONI AZIENDALI

Le donazioni aziendali, dopo il picco massimo raggiunto nel 2016, continuano la loro contrazione. Razionalizzazione della produzione e mancata corrispondenza tra offerta aziendale e domanda degli enti spiegano le difficoltà.

Aumenta però il valore del donato: 3,5 milioni di euro il controvalore dei farmaci donati nei primi sei mesi dell'anno: 500 mila euro in più rispetto allo stesso periodo dell'anno scorso (quando erano 100 mila in più dell'anno precedente). In media, ogni confezione vale circa 14 euro, superando di 5 - 6 euro il valore medio dei farmaci da banco (compreso tra gli 8 e i 9 euro).

255 mila confezioni donate, accettate e distribuite

... per un valore (in crescita) di 3,5 milioni

5. GRF 2018 E LE FARMACIE

Prosegue la crescita dell'attenzione delle farmacie, che in numero sempre maggiore decidono di aderire alla GRF. Nel 2018 sono state in tutto 4.175 (quasi 300 in più rispetto all'anno precedente), pari al 22% del totale; nel 2017 erano il 20,8% e il 18,7% nel 2013. Ancora lontane dalla media delle adesioni sono le regioni del Sud e delle Isole, che però registrano una crescita costante nel corso dell'ultimo quinquennio. Il record di adesione resta saldamente al Nord (quasi 1 farmacia su 3 partecipa alla GRF, meglio di tutte quelle del Friuli-Venezia Giulia).

Complessivamente le farmacie aderenti alla GRF coprono territorialmente un'utenza potenziale di quasi 13,5 milioni di abitanti.

4.175 farmacie, +8,4% rispetto al 2017. Crescono anche Sud e Isole (ma il gap resta)

Il bacino di utenza è di 13,5 milioni di persone

Complessivamente nelle farmacie sono state raccolte quasi 377 mila confezioni, 1.400 in più rispetto all'anno precedente. Riprende un trend di crescita, dopo il calo del periodo 2014-2016.

In lieve aumento il valore complessivo dei farmaci donati (2,65 milioni di euro, mezzo milione in più), frutto anche di una spesa dei donatori in lieve aumento (7 euro il valore medio a confezione, rispetto ai 6,90 dell'anno scorso).

La Lombardia si conferma al vertice della raccolta (110 mila confezioni), seguita dal Piemonte (47 mila).

Le tipologie terapeutiche più rappresentate riguardano il sistema nervoso (32%), l'apparato muscolo-scheletrico (16%), il tratto alimentare e metabolico (13,4%), l'apparato respiratorio (8,7%), le patologie dermatologiche (6,3%).

377 mila confezioni donate, trend in continua crescita...

...per un valore di 2,6 milioni di euro

Lombardia campione di raccolta

Farmaci agenti sul sistema nervoso sono i più richiesti e donati

6. IL RECUPERO DEI FARMACI VALIDI

Prosegue inarrestabile la crescita delle farmacie aderenti al programma di recupero dei farmaci ancora utilizzabili: nel 2018 sono salite a 321, 27 in più dello scorso anno, grazie all'avvio dell'iniziativa a Lucca e allo sviluppo a Milano e in altre province.

Nei primi sei mesi sono già state raccolte oltre 73 mila confezioni, 10 mila in più rispetto allo stesso periodo dello scorso anno. Le proiezioni sull'anno permettono di attendersi un aumento annuale dell'11%.

321 aderenti in nove province (si aggiunge Lucca)

10 mila confezioni in più raccolte nei primi sei mesi

7. LE ORGANIZZAZIONI NON PROFIT E I LORO ASSISTITI

Sono 1.768 gli enti sostenuti dal Banco Farmaceutico, ancora in lieve aumento rispetto all'anno precedente (+2,7%). Crescono soprattutto al Centro (+10,8%), ma 6 enti su 10 sono al Nord. Nel 47,2% dei casi, gli enti hanno al proprio interno dei medici stabili.

In lieve contrazione la richiesta di farmaci (993 mila), ma nel periodo 2013-2018 tale richiesta è cresciuta del 22,2% a seguito del costante aumento di assistiti. Nell'ultimo anno quasi ovunque sono stati richiesti meno farmaci, salvo che nelle Isole dove l'aumento è stato dell'8%.

Il raccolto generato dalla GRF, pari a quasi 377 mila confezioni, permette di coprire il 37,9% del fabbisogno degli enti, con un aumento della copertura del bisogno di oltre l'1,5%.

Nonostante la crescita del numero di enti, gli utenti sostenuti da questi soggetti sono in calo: si attestano sulle 539 mila unità rispetto ai 580 mila dell'anno precedente. Si tratta mediamente del 10,7% dei poveri assoluti italiani, percentuale che sale al 18,3% al Nord.

Dopo la grande crescita degli ultimi anni si assiste a una contrazione dei beneficiari finali (-9,3%) per mancanza dell'offerta di farmaci più che per contrazione della domanda.

Restano prevalenti gli stranieri (61,4%).

1.768 enti caritativi, in crescita soprattutto al Centro

... che hanno chiesto quasi 1 milione di medicine

Un raccolto che copre il 37,9% del fabbisogno

Aiuto a 539 mila persone

Capacità di risposta in diminuzione (-9,3%)

Prevalenza di stranieri

8. I VOLONTARI

L'edizione 2018 è stata caratterizzata dal boom dei volontari: in tutto quasi 19 mila, oltre il 34% in più rispetto al 2017. Di questi il 40% sono in Lombardia.

Tra i volontari, uno su quattro è anziano, mentre uno su dieci ha meno di 25 anni.

Il volontario della GRF è più istruito rispetto alla media della popolazione (oltre il 37% ha almeno la laurea) ed è principalmente un lavoratore dipendente o pensionato. Gli studenti sono solo il 9%.

**Boom di volontari:
quasi 19.000 (+34%)**

Anziani protagonisti

**Un volontariato di
persone molto istruite**



INTRODUZIONE

SERGIO DANIOTTI

Presidente Fondazione Banco Farmaceutico onlus

Nel prendersi cura delle persone, non si può improvvisare. Specialmente se le persone di cui ci si prende cura diventano una moltitudine, e se il prendersi cura riguarda l'ambito sanitario, che per sua natura richiede competenze specifiche, estremo rigore e un sovraccarico di professionalità e responsabilità. Per dirla con una battuta, "il bene va fatto bene".

Per questo, ci siamo resi conto, nel corso degli anni, che rispettare rigorosamente le norme e le procedure necessarie per garantire la tracciabilità e l'idoneità dei farmaci che raccogliamo per le persone indigenti, non sarebbe più potuto bastare. Nel 2013, pertanto, abbiamo istituito l'Osservatorio Donazione Farmaci, intuendo che per rafforzare l'efficacia della lotta alla povertà sanitaria era necessario un profondo sforzo di conoscenza.

Uno sforzo per comprendere dimensioni, dinamiche e articolazioni del fenomeno, e per profilare le caratteristiche dei nostri "utenti" (gli enti assistenziali e i loro assistiti) e, dunque, i loro effettivi bisogni.

Oggi, iniziamo a intravedere alcuni importanti risultati. In particolare, la povertà sanitaria, le cui misure continuano ad essere drammatiche e imponenti, non è più soltanto

un argomento di nicchia per pochi addetti ai lavori, ma è sempre più conosciuta e percepita dall'opinione pubblica nella sua effettiva dimensione.

Gli studi realizzati grazie al monitoraggio permanente dell'Osservatorio, e il rapporto stesso, inoltre, sono sempre più ritenuti dalle istituzioni strumenti utili per orientare le proprie decisioni. Tale riconoscimento ha predisposto il terreno per quel dialogo necessario per la sfida futura di Banco Farmaceutico e di tutto il mondo assistenziale socio-sanitario. Si tratta della piena valorizzazione del ruolo sussidiario del Terzo Settore.

I contributi di alcuni autorevoli esperti che quest'anno arricchiscono il rapporto affermano che, a 40 anni dall'istituzione del SSN, occorre ammettere che non è più possibile affidarsi alle sole risorse pubbliche per garantire l'equità sociale, mentre il mondo del non profit, nei fatti, ha assunto un ruolo complementare e indispensabile al Servizio Sanitario Nazionale. Senza gli enti assistenziali, il sistema pubblico rischierebbe il collasso. L'esplicito riconoscimento della loro funzione è determinante per dar voce e strumenti a chi, vivendo solo di volontariato e donazioni riesce a generare un immenso valore per tutta la comunità.



IL DIRITTO ALLA SALUTE

PARTE I

I. I QUARANT'ANNI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Nel 2018 si concentra una inusuale serie di anniversari che attengono ai temi della salute e, non volendoci limitare ai consueti toni celebrativi, riteniamo che tali anniversari rappresentino uno stimolo alla riflessione e al giudizio sugli eventi che hanno segnato passaggi significativi nell'approccio del bisogno di salute e nella costituzione dei sistemi di welfare nei diversi Paesi e nel nostro in modo particolare. Brevemente possiamo ricordare in ordine cronologico: 1) 1948, la costituzione nel Regno Unito del *National Health System*, cui si ispirerà trenta anni dopo il Servizio Sanitario italiano; 2) 1978 (maggio) varo in Italia della legge 180 (nota anche come Legge Basaglia) in materia di assistenza mentale, che ha portato alla estremamente innovativa chiusura dei manicomi; 3) 1978 (settembre) la dichiarazione di Alma Ata da parte della Conferenza Internazionale della WHO sull'assistenza sanitaria primaria con l'obiettivo di promuovere il raggiungimento su scala mondiale della salute come diritto fondamentale della persona; 4) 1978 (dicembre) approvazione della Legge 833/78 che ha istituito in Italia il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Come si può notare, è soprattutto nel 1978 che si è verificata una sequenza certamente non "casuale" di eventi che rappresentano il riflesso di una concezione dell'idea di salute culturalmente innovativa (la salute come "completo stato di benessere fisico, mentale e sociale") e dell'affermarsi di conseguenza dell'idea del "diritto alla salute" per tutti. Se da una parte la definizione di salute, oggi universalmente accettata e condivisa, indica il superamento del concetto di salute come semplice mancanza di malattia, dall'altra parte non si può non rilevare che tale definizione tende a sconfinare nell'utopia e a porsi come un moderno mito, sottintendendo anche un certo "delirio di onnipotenza". Come si può infatti pensare che un completo benessere (quasi una definizione di felicità?) possa essere frutto dello Stato o del "sistema" dallo Stato stesso costruito, governato e amministrato? Tuttavia l'adesione, forse un po' acritica, ai nuovi concetti di salute e di diritto alla salute da parte della popolazione e anche degli addetti ai lavori ha portato a una sempre più evidente "medicalizzazione" della vita - si pensi

per esempio alla medicalizzazione della gravidanza e della nascita - e ha effettivamente generato un'attesa (pretesa?) di illimitate prestazioni da parte del Sistema. Forse sarebbe più realistico affermare che le persone, le popolazioni hanno diritto all'assistenza piuttosto che alla salute intesa nell'ampio significato definito ad Alma-Ata.

Universalità, uguaglianza, equità, solidarietà e anche integrazione tra le diverse aree della medicina sono stati i principi ispiratori della Legge istitutiva del SSN, basata dal punto di vista organizzativo sulla costituzione delle Unità Sanitarie Locali. L'ambizioso obiettivo di garantire "tutto gratis a tutti" si è rivelato rapidamente insostenibile e ha portato negli anni '90 all'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), al processo di aziendalizzazione delle strutture e all'introduzione dei ticket. Le attuali criticità dei sistemi di welfare (non solo in Italia) non possono comunque essere riduttivamente considerate come una questione di natura esclusivamente economico-finanziaria, ma vanno inquadrare nel contesto culturale sopra richiamato, che ha aumentato la domanda e l'attesa (o pretesa?) di prestazioni, e nell'ambito dei forti cambiamenti socio-demografici della popolazione, oggi caratterizzata da una grande quota di anziani e dalla crescente presenza di soggetti a rischio povertà. La prevalenza tra gli anziani delle patologie croniche rappresenta oggi il centro della sfida della "sostenibilità" del sistema e richiede una seria revisione e un realistico ripensamento delle modalità di risposta al bisogno di salute. In questo senso si colloca il tentativo della Regione Lombardia che, a partire dalla LR 31/1997 e arrivando alla LR 23/2015, ha cercato di costruire un modello di "presa in carico" dell'intero e continuativo percorso di cura delle persone affette da patologie croniche, secondo criteri di appropriatezza e integrando servizi territoriali e strutture di ricovero, pubbliche e private.

Mentre per una esauriente e aggiornata descrizione della situazione attuale del SSN (prestazioni erogate, raggiungimento dei LEA, risorse impiegate ecc.) rimandiamo al Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del

SSN¹, in questa sede ci sembra importante osservare che le aspirazioni di universalità, uniformità ed equità delle cure - fondamenti dell'istituzione del SSN, 40 anni fa - risultano in parte contraddette dalla realtà a causa di una serie complessa di fattori (definanziamento pubblico, forti differenze tra i diversi sistemi regionali, inadeguato governo della domanda di prestazioni, spreco delle risorse ecc.) che inducono al ricorso sempre più praticato di forme diverse di acquisto delle prestazioni (spesa intermediata e *out of pocket*) da parte degli strati di popolazione a maggior livello di benessere. In questo contesto, che penalizza ulteriormente le classi più disagiate, diventa importante riconoscere accanto ai cosiddetti tre pilastri del finanziamento (spesa pubblica, spesa intermediata e *out of pocket*) un ruolo importante a un "quarto pilastro" rappresentato dalle iniziative della società civile qual è il Banco Farmaceutico, la cui attività, sostenuta dall'impegno sussidiario della società, è documentata da questo rapporto. Forse è il caso di ammettere che affidarci alle sole risorse pubbliche, da cui attendiamo/prendiamo

tutto, spesso anche al di là del ragionevole, non solo non può reggere, ma in verità ci porta anche lontano da quella società che ha saputo costruire risposte al bisogno socio-sanitario attraverso lasciti, donazioni ecc. Pensiamo a tutte quelle iniziative della "comunità" che in particolare nel nostro Paese hanno permesso la costruzione di opere importanti nei secoli passati, anche prima dell'esistenza di uno Stato modernamente inteso: dai primi ospedali sorti nel Medioevo alla Fondazione Ca' Granda di Milano (costruita come ospedale per i poveri), e via via nei secoli, fino all'Istituto dei Tumori ecc. che nel loro insieme hanno dato vita a un servizio "pubblico", anche se non "statale" nella sua origine.

A 40 anni dall'istituzione del SSN, è il caso di ammettere che affidarsi alle sole risorse pubbliche non può reggere.

2. LA TUTELA UNIVERSALE DEL DIRITTO ALLA SALUTE

Le ricorrenze storiche segnalate nel capitolo 1 si prestano bene non soltanto per fare il punto sul sistema sanitario italiano, ma più in generale per interrogarsi sullo stato di "salute" dei sistemi di welfare nel loro complesso e in particolare su quello dei sistemi sanitari, che, come noto, si presentano in tutta Europa (e soprattutto in Italia) come uno degli snodi più critici, dovendo coniugare bisogni crescenti di una popolazione che invecchia e necessità di contenimento della spesa pubblica.

La riforma dei sistemi sanitari non può certamente essere considerata esclusivamente in un'ottica economica e politica. Essa va interpretata anche alla luce degli scopi stessi della medicina, soprattutto in un contesto di forte innovazione tecnologica a sostegno dei meccanismi di diagnosi e di cura. E, tuttavia, le questioni teoriche in merito ai problemi e alle finalità della medicina nascono proprio dalle spinte delle politiche sanitarie e dall'organizzazione dei sistemi socio-sanitari che erogano i servizi.

¹ Fonte: GIMBE, 3° rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

In buona sostanza, nelle attuali società liberal-democratiche, con i pesanti vincoli di finanza pubblica, è ancora possibile fornire beni e servizi “a tutti” sulla base dei diritti di cittadinanza, così come sono stati organizzati fino ai nostri giorni, a partire dal secondo dopoguerra del secolo scorso, i Paesi sviluppati attraverso una logica universalistica incondizionata?

In sanità, far emergere la questione relativa alla distribuzione di risorse scarse ripropone vecchi e nuovi interrogativi circa le pretese legittime (il diritto alla salute inteso in senso lato) da parte dei cittadini delle società liberal-democratiche (che sono liberi di adottare stili di vita diversi) e le priorità che i decisori pubblici ritengono di assegnare a tali pretese. Siamo, cioè, di fronte a questioni socio-politiche ed etiche che si (ri)presentano nel difficile rapporto esistente tra cittadini e istituzioni pubbliche preposte ad assegnare costi e benefici ai membri stessi della collettività. In altre parole, poiché la sfida di fondo consiste proprio nel ripensamento dei sistemi di welfare – alla luce della crisi più che ventennale dei modelli universalistici – studiosi, decisori pubblici e gli stessi utenti da tempo pongono all’attenzione una serie di problemi, che qui possiamo soltanto sintetizzare. La sfida dei governi negli attuali regimi liberaldemocratici si gioca sulla possibilità di salvaguardare congiuntamente autonomia individuale e sanità pubblica, esaltare la fiducia in sé e la responsabilità individuale con le virtù pubbliche quali la cooperazione e la giustizia sociale. Ma è ancora sostenibile oggi l’equilibrio “accomodante” tra libertà individuale e costi sociali? In effetti, gli attuali assetti di welfare di tutti i Paesi sviluppati delle democrazie occidentali sono alle prese con tali sfide, al punto da mettere in discussione la garanzia della massima libertà dei membri della collettività senza che essi ne paghino in qualche modo il prezzo. E proprio tali questioni etico-sociali ci introducono a considerare le sfide alla cittadinanza sanitaria incondizionata nell’ambito delle politiche sanitarie.

Probabilmente il tema principale è legato alla sostenibilità di un accesso indiscriminato ai servizi sanitari a prescindere dal livello di reddito, dai tipi di patologie, dall’età del paziente, dalla qualità della vita residua, dai benefici attesi e, da ultimo ma non meno importante, dagli stili di vita individuali. A questo problema si associa direttamente quello dei livelli essenziali di assistenza, rispetto ai quali ci si domanda se debbano essere garantiti a tutti gli individui oppure soltanto a quelli maggiormente svantaggiati in termini economici. E ancora, numerose ricerche hanno posto il problema degli effetti redistributivi che in particolare in sistema fiscale e contributivo italiano determina, mettendo in dubbio che tale effetto vada veramente a beneficio dei ceti sociali più svantaggiati.

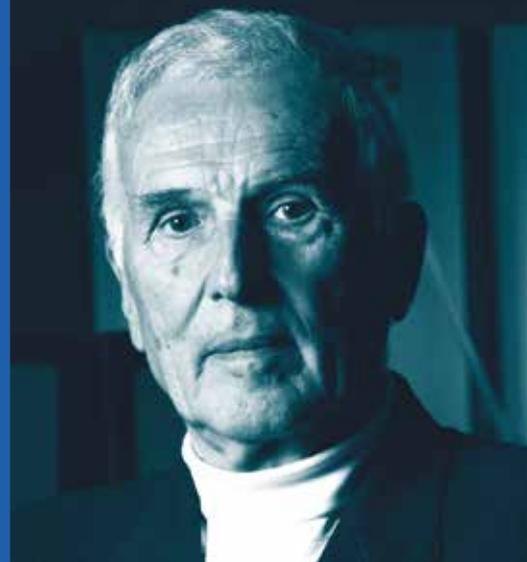
Più in generale, se è vero che l’idea soggiacente ai sistemi di welfare sanitario è rivolta alla protezione della salute individuale da interferenze esterne (tutela della libertà negativa) anche qualora il rischio per la salute dipendesse da comportamenti azzardati, è altrettanto vero che contemporaneamente la società deve difendere i suoi membri da abusi della libertà. Nei diversi ambiti di vita, si verificano tensioni, a volte anche conflitti, tra diritti, preferenze individuali e l’interesse generale o bene collettivo che le politiche pubbliche sanitarie intendono realizzare. Vale a dire conciliare, nella misura del possibile, i diritti e gli interessi presi separatamente e il bene degli individui considerati nel loro insieme.

Problemi complessi e di straordinaria rilevanza in termini sociali e politici, che rischiano di essere messi in secondo piano là dove la discussione pubblica in tutto il Continente sembra concentrarsi in modo unilaterale sul tema della mera sostenibilità economico-finanziaria. Non è forse un caso che il tema dell’accesso alle cure per la popolazione in condizione di “povertà sanitaria” (parte forse piccola ma non irrilevante della popolazione) sia nascosto in un cono d’ombra. I dati presentati annualmente dall’Osservatorio Donazione Farmaci segnalano in modo ormai continuativo l’esistenza di una popolazione che non sembra trovare risposte adeguate ai propri bisogni di cura nell’ambito del Sistema Sanitario. Si tratta di una popolazione che nello schema della sanità universalista dovrebbe risultare coperta in ogni bisogno. Tuttavia la consistenza sociologica di questa popolazione rappresenta un problema non rinviabile. Come si risponde a questa nuova emergenza sociale? Nonostante ormai quasi un ventennio di utilizzo (spesso retorico) del termine “sussidiarietà” come meccanismo per il ripensamento della *governance* e le buone pratiche che ne sono conseguite per la creazione di sistemi integrati tra politiche pubbliche e welfare privato sociale (soprattutto nel campo delle politiche socio-assistenziali), il sistema sanitario pubblico e quello costruito da queste realtà del mondo non profit continuano a correre su binari paralleli. Ma è ancora possibile non riconoscere che i servizi sanitari offerti dal variegato mondo del terzo settore possono (e forse devono) essere riconosciute pienamente come parte di una complessiva offerta pubblica, specificamente rivolta alle fasce sociali più basse?

La popolazione in condizioni di povertà sanitaria vive in un “cono d’ombra”.

SILVIO GARATTINI

Presidente Istituto di Ricerche
Farmacologiche Mario Negri IRCCS



BOX 1

La necessaria revisione dei farmaci rimborsati dal SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è in buona salute avendo raggiunto i 40 anni? Vi sono purtroppo alcuni indicatori che destano preoccupazione e che vanno valutati considerando che il SSN è uno straordinario bene per la salute pubblica e che quindi va mantenuto e potenziato.

La preoccupazione riguarda la sostenibilità del SSN perché la complessità della medicina moderna determina la richiesta di maggiori risorse, ma al tempo stesso richiede un'attenta valutazione di come vengano spese le risorse disponibili.

Fra le spese che sono in aumento significativo va tenuta certamente in considerazione la spesa farmaceutica che ha raggiunto quasi il 20% del Fondo Sanitario Nazionale che ammonta attualmente a circa 113 miliardi di euro. I farmaci che vengono distribuiti gratuitamente o con una piccola compartecipazione del cittadino assommano a molte migliaia e comprendono oltre 1.000 principi attivi. Ogni anno si aggiungono nuovi farmaci e ciò ha comportato anche per il 2017 un aumento di spesa di circa 1,5 miliardi di euro.

Su queste premesse si stanno sviluppando altri farmaci cosiddetti “innovativi” con un continuo aumento dei prezzi. Cosa si può fare per contrastare questa tendenza e rendere disponibili il più presto possibile tutti i farmaci che permettono di migliorare la salute? Tuttavia occorre sapere che i farmaci che vengono approvati a livello europeo devono avere tre caratteristiche: qualità, efficacia e sicurezza. Caratteristiche importanti ma non sufficienti perché credo che tutti i pazienti siano d'accordo nel ritenere che i nuovi farmaci debbano essere migliori di quelli che già sono disponibili. Migliori, vuol dire maggior efficacia o minor capacità di indurre tossicità, il che si traduce in “qualità, efficacia, sicurezza e valore terapeutico aggiunto”. Ecco una regola fondamentale per la sostenibilità “farmaceutica” del SSN: ammettere al Prontuario solo i farmaci che hanno queste caratteristiche e non tutti i farmaci che sono approvati a livello dell'Unione Europea. Attuando questa regola è possibile ridurre considerevolmente il numero dei farmaci rimborsabili senza privare i pazienti dei farmaci essenziali per la terapia. Ciò si può realizzare attraverso una revisione sistematica del Prontuario Terapeutico Nazionale che non si effettua da ben 25 anni. Quando è stato realizzato nel 1993 si sono risparmiati ben 4.000 miliardi di lire, equivalenti attualmente a oltre 2 miliardi di euro. Nel Prontuario abbiamo una pletera di prodotti eguali e spesso con prezzi diversi. Ecco quindi un'altra regola: farmaci eguali devono avere prezzi eguali. Non solo, ma farmaci che hanno le stesse indicazioni, devono avere prezzi eguali, a meno che qualcuno sia migliore degli altri, ma allora perché tenere gli altri? Queste valutazioni esigono competenze e soprattutto conoscenza della letteratura che ci mostra come raramente i farmaci nuovi vengono confrontati con i trattamenti già disponibili, preferendo invece il più favorevole confronto con il placebo.

Un altro elemento di valutazione riguarda i prodotti dal nome generico, quelli che costano meno dei prodotti con nome di fantasia. Gli italiani nel 2017 hanno sprecato oltre un miliardo di euro preferendo senza alcuna ragione obiettiva i farmaci dal nome di fantasia. Anche i prodotti biologici, in generale molto più cari di quelli ottenuti per sintesi chimica, a un certo punto perdono la protezione brevettuale e perciò sono disponibili a prezzi minori i prodotti detti “biosimilari”.

Si spera che il Servizio Sanitario Nazionale rimborsi anche in questo caso solo i prodotti che hanno un costo minore non essendo differenziabili da quelli a costo maggiore. Se si attueranno queste riforme non solo la sostenibilità “farmaceutica” sarà possibile, ma i medici avranno una semplificazione nelle loro prescrizioni, i cittadini avranno tutti i farmaci dotati di evidenza scientifica e si renderanno disponibili risorse per altre necessità.

Il Prontuario Terapeutico Nazionale, nel 1993, fece risparmiare 4.000 mld di lire (2 mld di euro). Da 25 anni non viene aggiornato.



LUCIANO RAVERA

Amministratore Delegato
Istituto Clinico Humanitas IRCCS

La collaborazione tra sanità pubblica e sanità privata convenzionata

BOX 2

La filiera della salute è un'attività chiave dell'economia italiana: rappresenta oltre l'11% del PIL del Paese e dà lavoro a 2,4 milioni di persone. Un settore che è sempre più strategico dal punto di vista dei servizi e degli investimenti, considerando la crescita della popolazione anziana (circa 170 mila unità in più ogni anno - Fonte Istat). La popolazione italiana è una delle più vecchie al mondo: quasi il 20% delle persone supera i 65 anni di età e nel 2050 circa l'8% avrà più di 85 anni. Il progressivo aumento dell'età media e il connesso aumento della cronicità hanno determinato una profonda crescita della domanda sanitaria, con una conseguente pressione sul sistema sanitario nazionale. Tale dinamica richiederà un aumento del bisogno di cura di circa 140 milioni di euro all'anno in termini reali per la sola spesa di ricovero.

Tutto ciò si inserisce in una graduale e generale riduzione delle risorse economiche destinate alla sanità, tanto da raggiungere una soglia potenzialmente critica per poter continuare a garantire un sistema universalistico. In alcune regioni, poi, il finanziamento pubblico della sanità

è inferiore alla media nazionale. Anche gli investimenti in ricerca sono inferiori alle necessità e alla media europea (intorno al 3% contro l'1,2% italiano). Tuttavia, nonostante le risorse limitate, gli indici bibliometrici italiani, quindi la qualità della nostra ricerca, sono eccezionali: significa che abbiamo un patrimonio di capitale intellettuale e passione in grado di contribuire in modo determinante al futuro del Paese.

In questo contesto, gli ospedali privati accreditati si inseriscono come partner importanti a servizio del Paese, in grado di operare in sinergia con tutti gli attori della Sanità. Ne è un esempio lo sforzo compiuto nella gestione del paziente cronico o degli acuti, con operatori privati accreditati che, anche attraverso grandi pronto soccorso, forniscono cure e assistenza 24 ore su 24.

Anche la ricerca è un altro campo in cui, per esempio, gli IRCCS privati si distinguono per l'altissima produzione scientifica a servizio della Medicina: oltre a fornire una quota importante di servizi ospedalieri, contribuiscono alla produzione scientifica per il 25%. Infine, la formazione della nuova classe medica e del personale sanitario in generale è un altro elemento che testimonia come, attraverso una competizione virtuosa tra pubblico e privato, si possano mettere a disposizione energie e competenze a beneficio di tutta la comunità.

Per mantenere l'offerta di servizi di qualità a fronte di una domanda presumibilmente in crescita e di costi che potrebbero aumentare, gli operatori pubblici e privati non sono in contrapposizione. Al contrario, devono unirsi per continuare a servire sempre più e sempre meglio i cittadini e il territorio. Sarebbe quindi necessario adottare una serie di politiche che sostengano e incoraggino la competizione tra tutti gli operatori della sanità in un sistema virtuoso, che premi soprattutto la qualità e il servizio dato al paziente. Assicurando allo stesso tempo una sempre maggiore economicità del sistema, riducendo gli sprechi, garantendo livelli crescenti di efficienza. Un esempio è rappresentato dal programma messo a punto da Regione Lombardia per la gestione dei pazienti cronici: tutti gli attori del mondo sanitario, pubblici e privati, specialistici o policlinici, inclusi i medici del territorio, possono partecipare e facilitare il più possibile l'accesso e la cura per tutta la popolazione, soprattutto quella clinicamente più fragile, all'interno del sistema universalistico.

Lo scenario che abbiamo davanti è complesso e a tratti preoccupante: dobbiamo essere capaci di fare la differenza con la qualità e la positività nell'affrontare le sfide che ci aspettano.

Nel 2050, l'8% della popolazione avrà più di 85 anni. Per mantenere l'offerta di servizi di qualità, va incoraggiata la partecipazione di tutti gli operatori della sanità.

BOX 3

La sanità integrativa nel welfare contrattuale

LUCA
PESENTI

Docente di Sociologia, Università Cattolica del Sacro Cuore
Direttore della ricerca di ODF



La riduzione di risorse garantite al pilastro pubblico della cura, ovvero al Servizio Sanitario Nazionale, ha specularmente aumentato l'attenzione sulla diffusione delle varie forme di sanità privata che, a vario titolo, viene declinata nei termini di una sanità complementare, o anche integrativa. Si è soliti pensare innanzitutto alle polizze assicurative, ma si tratta in realtà di una componente minoritaria di questo sistema. La modalità più diffusa di copertura complementare o integrativa dei bisogni di cura sanitaria è invece rappresentata dai fondi sanitari di natura contrattata. Gli aspetti positivi e le criticità presenti nella diffusione di fondi sanitari chiusi nell'ambito della contrattazione nazionale e aziendale sono noti. Sul fronte delle virtù vi è certamente l'opportunità per un'ampia fetta di popolazione di accedere a prestazioni non coperte dal SSN (funzione integrativa), come per esempio le cure odontoiatriche, fisioterapiche, oppure ancora la rimborsabilità di occhiali.

Tali virtù sono controbilanciate da almeno due aspetti critici: da un lato la disegualianza di fatto esistente tra *insider* e *outsider* (per motivi geografici, di categoria produttiva, di posizione organizzativa), dall'altro l'evidenza di un ampliamento sempre più sostenuto al ricorso alla rimborsabilità anche di componenti di spesa relative ai servizi coperti dal SSN (con uno spostamento nei fatti da logiche puramente integrative a logiche sostitutive), con la conseguente crescita di utilizzo indebito dello stesso SSN (come mostra l'ultimo Rapporto Gimbe, anche per una consistente parte della cosiddetta spesa *out-of-pocket*).

Di fronte a questi evidenti limiti, le opzioni di policy sono - in termini generali e astratti - almeno tre. La prima opzione, di tipo neo-universalista, prevede una limitazione alla detraibilità dei costi legati ai fondi, determinando un aumento di gettito fiscale riutilizzabile per aumentare il finanziamento al SSN. Si tratta di un'opzione che ha una sua giustificazione in termini filosofici, ma che non pare adeguata alla realtà di un sistema sanitario segnato da una pluralità di elementi critici, sia in termini di efficacia ed efficienza, sia in termini di equità (come segnalato in questi anni proprio dal Rapporto ODF e dall'evidenza di una mancata capacità di copertura dei bisogni di una componente significativa di popolazione costretta a rivolgersi alle realtà caritative).

La seconda opzione, opposta alla precedente, prevede invece un'accelerazione nel processo di pluralizzazione/privatizzazione di parti sempre più ampie del sistema, fino a giungere all'ipotesi estrema di una possibilità (attualmente non concessa) di *opting out* da parte del cittadino, con conseguente dualizzazione del sistema (con cittadini coperti solo da forme sanitarie private). L'opzione di rafforzamento del secondo pilastro fino a configurare una sorta di sistema duale, tra chi è coperto solo da un sistema assicurativo e chi soltanto dal SSN, deve però fare i conti con evidenti problemi di sostenibilità in entrambe le direzioni.

La terza opzione che è possibile avanzare è invece quella dello sviluppo della componente a maggior vocazione sociale del mondo della sanità complementare, rappresentata dalle Società di Mutuo Soccorso (SMS). Una strada ancora poco frequentata ma che rappresenta un'opportunità di riscoperta di una tradizione capace di contemplare sinergicamente obiettivi sanitari e di equità sociale anche a favore di fasce più deboli della popolazione.

**Riscoprire le Società
di Mutuo Soccorso
aiuterà a raggiungere
l'equità sociale.**

ANTONELLO ZANGRANDI

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



BOX 4

La valutazione della qualità in sanità

Il SSN ha livelli di performance qualitativa ancora molto differenti tra varie realtà². Il primo aspetto critico è proprio questo: promuovere interventi organizzativi atti a generare un miglioramento in quelle realtà che hanno livelli di qualità minori di quelle attese. Il tema può trovare solo in parte soluzione con un incremento di risorse, ma sicuramente appare indispensabile porre in essere processi di riorganizzazione dei servizi e di ristrutturazione dei processi assistenziali. È questa una tematica che nei prossimi anni dovrà trovare risposta per generare, da un lato, il mantenimento del livello di efficacia del SSN e, dall'altro, per garantire nel Paese un soddisfacente livello di servizio ai cittadini (condizione stessa per far sì che il SSN sia la risposta universalistica al tema salute).

In questa prospettiva di natura qualitativa almeno due aspetti sembrano oggi sfidanti per il SSN in questo campo:

- La continuità delle cure soprattutto in relazione alle patologie croniche e alla salute degli anziani;

² Monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), www.salute.gov.it

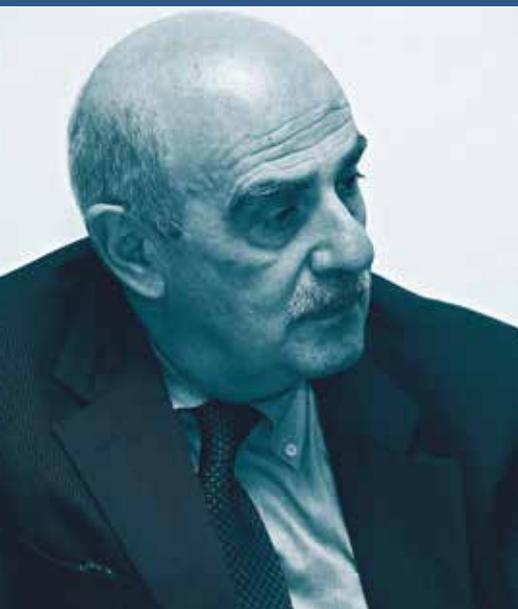
- Promuovere, sostenere e garantire l'innovazione, cioè la diffusione di nuove modalità di trattamento dei casi in modo razionale e compatibile sotto il profilo economico.

Il primo tema, continuità delle cure, trova motivazione perlomeno in due fenomeni: l'incremento delle patologie croniche che richiedono sistematiche azioni di natura sanitaria e sociosanitaria e l'aumento della percentuale della popolazione anziana. La continuità delle cure per generare una maggiore qualità richiede di progettare e realizzare l'intervento sanitario individuando percorsi per i pazienti e coordinando in modo fattivo l'operatività dei vari servizi coinvolti (ospedali, ambulatori, medicina territoriale ecc.). Per fare ciò può essere sicuramente di ausilio la tecnologia e l'informatizzazione, attraverso la messa a punto di strumenti che siano sempre in grado da un lato di fornire informazioni complete e dettagliate ai diversi erogatori di cura e dall'altro di coinvolgere positivamente i pazienti e i *caregiver*. La sfida è quella di progettare servizi non solo a elevata qualità sulla singola prestazione fornita, ma anche in grado di permettere un'integrazione nel tempo del processo di cura. Perché questo si realizzi è indispensabile promuovere scelte strategiche coerenti a tutti i livelli del servizio sanitario (nazionale, regionale e locale) e soprattutto condividere con i professionisti e gli operatori queste scelte, per farle divenire modalità di funzionamento effettivo e non solo criteri astratti di riferimento.

Il secondo tema concerne la capacità delle realtà sanitarie pubbliche, ma anche accreditate con il SSN, di innovare nei processi clinico-assistenziali secondo un modello collaborativo, in grado di favorire l'equilibrata distribuzione dei servizi e delle competenze, così da garantire sia l'erogazione dei servizi per gli utenti che l'efficienza nell'utilizzazione delle risorse. Il ruolo delle Regioni è essenziale: distribuire i servizi secondo modalità in grado, da un lato, di generare economie di scala (che significa concentrazioni di specifiche capacità e buon utilizzo delle risorse) e, dall'altro, di distribuire equamente i servizi necessari a rispondere alle esigenze legate sia alla continuità delle cure che ai servizi di base. Questa capacità di programmazione e coordinamento delle Regioni deve divenire operativa grazie a regole e modalità concrete, ciò necessita ruoli regionali forti e obiettivi chiari e condivisi: elementi questi non sempre facili da costruire. In pratica si tratta di costruire modelli e regole che supportino tutti i soggetti nella ricerca di sistemi di erogazione delle prestazioni coerenti con la programmazione regionale.

Gli elementi qui indicati vedono nella disponibilità di risorse una reale condizione per la realizzazione degli obiettivi nei prossimi anni. Il tema della sostenibilità del SSN appare dunque l'elemento caratterizzante la qualità. La disponibilità di risorse per il SSN nei prossimi anni è la condizione per generare quindi qualità nel servizio sanitario.

In sintesi, i temi della qualità nel SSN vedono due elementi determinanti: i professionisti e chi governa le organizzazioni. Da un lato occorre: perseveranza, progettazione e tanta motivazione per generare processi di qualità. Dall'altro la programmazione deve portare verso una gestione orientata alla qualità che significa saper valorizzare tutte le buone prassi e diffonderle sia all'interno che all'esterno delle singole organizzazioni.



GIAN CARLO BLANGIARDO

Professore di Demografia
Università degli Studi di Milano Bicocca

L'altalena della mortalità: dai numeri alle possibili cause

BOX 5

IL DIRITTO ALLA SALUTE

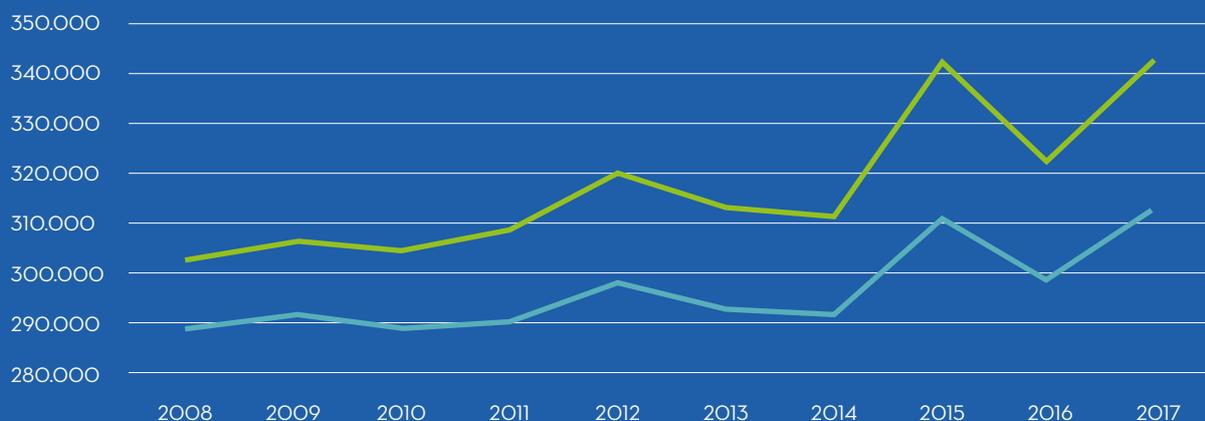
Dal più recente bilancio demografico diffuso dall'Istat si rileva come il totale dei morti in Italia, 649 mila nel 2017, sia l'espressione di un aumento di 34 mila unità rispetto al corrispondente dato del 2016. Viene così a riproporsi un nuovo segnale di forte crescita dei decessi, simile a quello che aveva caratterizzato il 2015 (50 mila morti in più rispetto al 2014), sollevando inquietanti domande circa le sue cause.

Il dato registrato nel 2017 è stato superato, nell'ultimo secolo di storia nazionale, unicamente nel corso della Seconda guerra mondiale (1940-1945) e, risalendo nel tempo, nel lontano e critico anno 1929.

Il richiamo al 1929 appare quanto mai suggestivo e per certi versi attuale, in quanto evoca un legame tra malessere economico e debolezza del sistema socio-sanitario che, pur con tutte le varianti e le riletture indotte dai tempi moderni, può aiutarci a capire l'altalena della mortalità su cui rischia di adagiarsi la popolazione italiana (figura 1, a pagina 17).

Il passaggio dai 615 mila morti del 2016 ai 649 mila del 2017 - così come era emerso in occasione dell'analoga variazione dai 598 mila del 2014 ai 648 mila del 2015 - va letto certamente alla luce "anche" del continuo processo di

FIGURA 1. Italia: numero annuo di morti nella popolazione residente (2008-2017).



Fonte: Istat, bilancio anagrafico.

— Maschi — Femmine

invecchiamento della popolazione italiana; il confronto però con le tavole di sopravvivenza del 2016 indica che nel 2017 si sono registrati 13 mila decessi in più rispetto al “solo fatto di avere una popolazione più esposta (per via dell’età) al rischio di morte”. Si tratta di una quota non irrilevante - quasi uguale al totale dei milanesi morti nel 2017 - la cui giustificazione va cercata più a fondo.

Varie fonti hanno attribuito l’aumento congiunturale della mortalità a eventi climatici avversi per la popolazione più fragile; è però vero che anche le condizioni di fragilità ambientale andrebbero difese attraverso un sistema socio-sanitario moderno ed efficiente. Le 13 mila morti “da giustificare” (entro le quali vi è un rapporto di tre donne per ogni uomo) potrebbero allora rappresentare la drammatica evidenza dell’incapacità del sistema Paese di proteggere proprio quella componente anziana e più debole che gli scenari demografici, combinati alle persistenti difficoltà sul piano dell’economia e del welfare pubblico, prospettano come segmento in continua crescita.

Le oscillazioni attorno al trend in atto prefigurano una dinamica selettiva che riflette condizioni di profonda disuguaglianza nell’accesso alle forme migliori di prevenzione e assistenza. Sono fondamentali, in tal senso, sia la rete familiare che quella amicale, così come è irrinunciabile la funzionalità delle istituzioni che intervengono in modo sussidiario e agiscono a integrazione del sistema di sanità pubblica, specie quando accade - come è avvenuto negli ultimi anni - che quest’ultimo sia in affanno nel coprire adeguatamente e in modo equo i crescenti bisogni della popolazione.

È importante fare in modo che i tagli della spesa pubblica, che non hanno certo risparmiato la sanità, non si riflettano in un accrescimento del rischio di mortalità per i gruppi sociali tipicamente più fragili - i vecchi e i “grandi vecchi” più di ogni altro - che vanno via via accrescendosi. L’impegno di tutti deve essere speso nel fare in modo che il mito del controllo della spesa sanitaria, importante e doveroso, sia anche equo e attento ai reali bisogni delle persone. Si tratta di un obiettivo, di estrema importanza e di grande responsabilità, da perseguire con intelligenza e umanità, senza mai cadere nella pericolosa tentazione di una sudditanza ai conti “sempre e a qualunque costo”.

LA POVERTÀ SANITARIA IN ITALIA

PARTE II

3. LA POVERTÀ IN ITALIA: PERSISTENTE ANZI IN CRESCITA

Malgrado l'andamento favorevole dell'economia rispetto all'anno precedente, il 2017 ha registrato un record negativo per la diffusione della povertà assoluta nel nostro Paese. Vivono in grave povertà 1,8 milioni di famiglie (6,9% del totale) e 5 milioni di persone di tutte le età (8,4% dei residenti) (**tabella 3.1**).

Anche la povertà relativa ha registrato un'impennata, raggiungendo l'incidenza massima (12,3%) dopo 5 anni di sostanziale stabilità (**figura 3.1**).

Il rapporto inverso tra andamento (positivo) dell'economia e (negativo) della povertà è un segnale preoccupante, perché evidenzia che una quantità crescente della popolazione si trova "ai margini" della società che conta.

Questa parte della popolazione non è toccata né dai benefici del mercato né dai benefici redistributivi delle politiche sociali. Aumentano i *working poor* (ovvero i lavoratori con salari insufficienti rispetto alle proprie esigenze individuali e familiari) e le politiche di contrasto della povertà messe in atto negli anni precedenti non sono state sufficienti a invertire la rotta.

TABELLA 3.1. Indicatori di povertà assoluta per ripartizione geografica. Anno 2017, migliaia di unità e valori percentuali.

	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
Migliaia di unità				
Famiglie povere	661	271	845	1.777
Persone povere	1.928	771	2.359	5.058
Incidenza (%)				
Famiglie	5,4	5,1	10,3	6,9
Persone	7,0	6,4	11,4	8,4

Fonte: dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie.

FIGURA 3.1. Andamento della povertà assoluta e relativa in Italia: 2007-2017 (valori %).



Fonte: dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie 2014-2017 e ricostruzione delle serie 2007-2013.

Riuscir  il REI (Reddito di inclusione, partito il 1° gennaio 2018) a modificare il trend negativo? Lo sapremo con certezza nei primi mesi dell'anno prossimo, sulla base dei dati ufficiali elaborati dall'Istat. Per il momento possiamo considerare incoraggianti i dati sull'attuazione di questa misura nel primo semestre del 2018, monitorati dall'Inps in quanto ente erogatore.

Il reddito di cittadinanza - inserito nella manovra finanziaria per il 2019 (cfr. Nota di variazione del Def del 24 settembre 2018) - dovrebbe aggiungere ulteriori risorse per il contrasto della povert  e allargare la platea

dei beneficiari a tutti i cittadini in povert  relativa, ma non produrr  effetti concreti prima dell'anno prossimo, a condizione che la macchina organizzativa affidata ai (fragili) centri per l'impiego invece che ai (meno fragili) comuni riesca a entrare in funzione in tempi ragionevoli.

1,8 milioni di famiglie e 5 milioni di persone nel 2017 vivono in condizioni povert .

POVERTÀ ASSOLUTA

La soglia di povertà assoluta rappresenta il valore monetario, a prezzi correnti, del paniere di beni e servizi considerati essenziali per ciascuna famiglia, definito in base all'età dei componenti, alla ripartizione geografica e alla tipologia del comune di residenza (area metropolitana, comuni grandi e piccoli). Una famiglia è assolutamente povera se sostiene una spesa mensile per consumi pari o inferiore a tale valore monetario. Per esempio, se si vuole calcolare il valore della soglia nell'anno 2017 per una famiglia composta da 2 componenti, compresi tra i 18 e i 59 anni, residenti in un'area metropolitana del Mezzogiorno, la famiglia è assolutamente povera se ha una spesa mensile per consumi pari o inferiore a 882,23 €.

POVERTÀ RELATIVA

La soglia di povertà relativa è calcolata sulla base della spesa familiare rilevata dall'indagine annuale sui consumi. La spesa media mensile per persona rappresenta la soglia di povertà per una famiglia di due componenti. Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa media mensile pari o inferiore alla soglia definita annualmente vengono quindi classificate come povere. Nel 2017, in Italia, la soglia di povertà relativa per una famiglia di questo tipo è stata di 1.085,22 €.

REDDITO DI INCLUSIONE (REI)

Il REI è una misura nazionale per il contrasto della povertà assoluta, sottoposta alla verifica di determinate condizioni reddituali e familiari. Il beneficio economico per ogni nucleo familiare potrà andare da 190 € mensili per i nuclei unipersonali fino a 534 € mensili per nuclei con 6 o più componenti e verrà erogato attraverso una carta di credito, con la quale sarà possibile prelevare anche contanti fino alla metà dell'importo ricevuto. Il sostegno economico potrà avere una durata massima di 18 mesi durante i quali i beneficiari saranno

inseriti in un programma personalizzato di accompagnamento, elaborato dai servizi sociali territoriali insieme ai singoli nuclei familiari, orientato all'inclusione sociale attiva (lavorativa per gli adulti, scolastica per i bambini, sociale e sanitaria per tutta la famiglia). Non si tratta dunque di uno strumento "assistenziale", di tipo passivo, ma di una misura condizionata al coinvolgimento attivo dei beneficiari, che in caso contrario rischiano la sospensione dell'aiuto economico. In base allo stanziamento per il 2018 (2 miliardi di euro) si prevede di dare un sostegno economico di base a circa 500 mila famiglie in povertà assoluta, di cui 420 mila con figli minori, equivalenti a circa 1,8 milioni di persone tra cui 500 mila persone in minore età, pari a circa la metà di tutti i minori in povertà assoluta residenti in Italia nel 2016.

MONITORAGGIO REI - PRIMO SEMESTRE 2018

Sommando i trattamenti SIA (Sostegno per l'Inclusione Attiva) in vigore per 44 mila nuclei familiari a quelli del REI, le misure contro la povertà hanno raggiunto circa 311 mila nuclei e oltre un milione di persone.

Oltre il 70% dei trattamenti REI (riguardanti 267 mila nuclei familiari e 841 mila persone) vengono erogati al sud. Campania e Sicilia sono le regioni con un maggior numero assoluto di nuclei beneficiari (insieme rappresentano il 50% del totale e il 53% del totale delle persone coinvolte). Calabria, Lazio, Lombardia e Puglia coprono un ulteriore 28% dei nuclei e il 27% delle persone coinvolte. Il tasso di inclusione del REI, ovvero il numero di persone coinvolte ogni 10 mila abitanti, risulta pari a 139 a livello nazionale, e raggiunge i valori più alti in Sicilia, Campania e Calabria (rispettivamente 416, 409, 309) e quelli minimi in Friuli Venezia Giulia (15) e in Trentino Alto Adige (17).

L'importo medio mensile, pari a 308 €, risulta variabile a livello territoriale, con un intervallo tra i 242 € della Valle d'Aosta ai 338 € della Campania³.

3 I dati commentati sono presi dal report INPS sui primi sei mesi di attuazione della misura. Si veda https://www.inps.it/docallegatiNP/Mig/Dati_analisi_bilanci/Osservatori_statistici/Osservatorio_REI/Report_gennaio-giugno_2018.pdf

4. LA SPESA SANITARIA E FARMACEUTICA DELLE FAMIGLIE POVERE

Il basso reddito a disposizione delle famiglie povere ha conseguenze dirette anche sulle spese sanitarie (*out of pocket*) a loro carico, molto lontane dalla media generale e dalla media delle famiglie non povere (**fig. 4.1**).

Per le famiglie povere, le spese *out of pocket* sfiorano i 23 euro al mese, corrispondenti a 1/5 delle spese per servizi sanitari sostenute dalle famiglie italiane (112 euro).

La spesa principale è destinata ai medicinali (12,30 euro, pari al 54% del totale) come avviene anche per il resto delle famiglie italiane, che però destinano a questa voce solo il 40% della spesa sanitaria a loro carico, investendo maggiormente nella prevenzione.

Sintomatiche sono, a questo proposito le spese particolarmente ridotte da parte dei poveri per i servizi odontoiatrici (2,35 vs. 24,83 euro dei non poveri), con effetti molto penalizzanti su questa componente della salute; non a caso, la cattiva condizione del cavo orale è diventato un indicatore dello stato di povertà (economica e culturale).

Assillate da spese più urgenti perché non rinviabili, le famiglie povere destinano alla salute solo il 2,54% della loro spesa totale, a fronte del corrispondente 4,49% delle famiglie non povere.

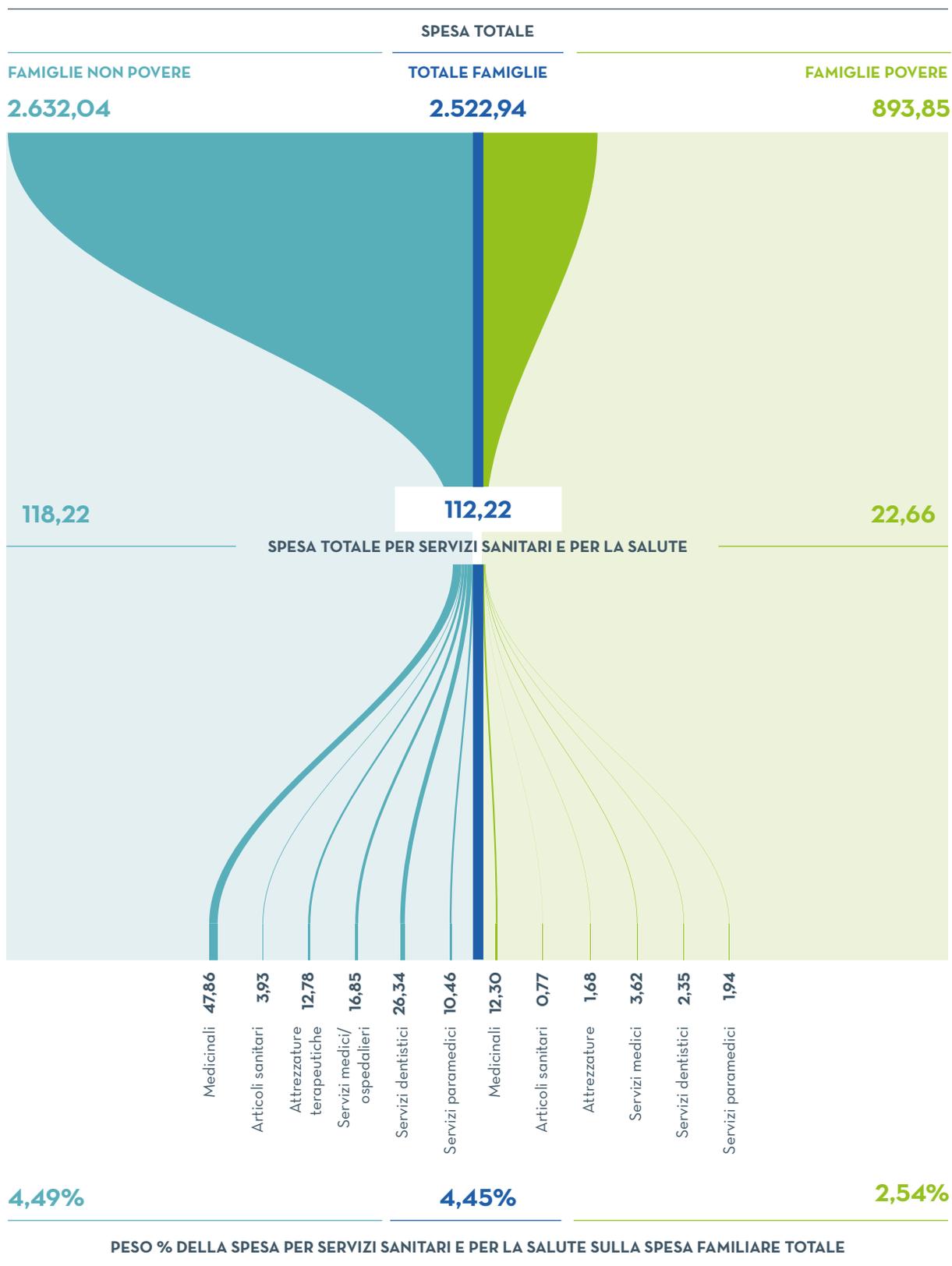
Tradotti in spesa mensile pro capite, gli andamenti precedenti vengono confermati e in parte aggravati, per via della maggiore numerosità media delle famiglie povere rispetto alle non povere (2,32 vs. 1,91 componenti). La spesa per soli medicinali (5,96 €) assorbe in questo caso oltre il 60% della spesa sanitaria complessiva (9,74 €) (**tab. 4.1**). All'interno delle famiglie povere emergono sensibili differenze tra i cittadini italiani e stranieri: quest'ultimi spendono per la loro salute il 56% in meno dei primi (6,31 vs. 11,2 euro), per cause attribuibili, in parte, alla loro più giovane composizione anagrafica e in parte a orientamenti culturali meno favorevoli alle terapie convenzionali. Si conferma, in ogni caso, che il 58-62% della spesa sanitaria dei poveri è assorbita dai medicinali non coperti dal SSN.

TABELLA 4.1. Spesa media mensile pro capite sanitaria e spesa per medicinali al variare della cittadinanza del capofamiglia e della condizione economica familiare. Italia, anno 2016.

	Spesa totale per servizi sanitari 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	63,9	26,51	61,85	26,42	13,86	25,74
Famiglie povere	11,2	6,31	9,74	6,95	3,69	5,96
Totale famiglie	61,4	20,99	58,58	25,51	11,08	24,50

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

FIGURA 4.1. Spesa media mensile familiare per consumi e spesa sanitaria delle famiglie per voce di spesa al variare della condizione economica. Italia, anno 2016.



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

L'elaborazione dei dati Istat sulle spese delle famiglie consente di identificare anche la diffusione della rinuncia alle cure sanitarie per motivi economici (**fig. 4.2**).

Nel triennio 2014-16 questa problematica è diminuita tra le famiglie non povere (dal 24% al 20%) che hanno cercato di risolvere il problema della spesa *out of pocket* limitando il numero delle visite/accertamenti (dal 19,25% al 16,5%) e solo marginalmente rivolgendosi a medici e centri diagnostici più economici (dal 4,5% al 3,9%); è invece aumentata tra le famiglie povere (dal 43,4% al 44,6%), che ricorrono al contenimento della spesa in misura percentuale più che doppia rispetto al totale delle famiglie, sia attraverso la ricerca di servizi meno costosi (10,1%), sia con una e vera e propria rinuncia (34,5%).

La strategia del risparmio coinvolge molti milioni di famiglie (5,66) e di individui (13,7) e si configura dunque come un vero e proprio comportamento di massa (**tab. 4.2**).

Nonostante questa strategia di contenimento della spesa sanitaria a proprio carico, i dati ufficiali indicano una progressiva divaricazione tra la spesa pubblica (in riduzione) e quella privata (in aumento). Sintomatica è, in particolare, la spesa per l'assistenza farmaceutica che da molti anni grava per circa il 40% sulle famiglie e solo per il 60% sul SSN. Al netto dei comportamenti non appropriati e voluttuari (stimati analiticamente nel Rapporto GIMBE 2018⁴), resta il fatto che il 50% delle famiglie povere incontra difficoltà crescenti a sostenere le spese non coperte dal SSN, che si traducono in minore prevenzione e cura della salute (**tab. 4.3 e fig. 4.2**).

FIGURA 4.2. **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. Italia, anni 2014-2016.**



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

⁴ Fondazione Gimbe, 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, Roma giugno 2018.

La spesa sanitaria nel 2016 ammonta a 157,613 miliardi di euro, di cui 112,182 miliardi di spesa pubblica e 45,431 miliardi di spesa privata a loro volta composti da 5,601 miliardi di intermediazione (3,831 miliardi da fondi sanitari, 1,177 miliardi da altri enti) e ben 39,830 miliardi a carico delle famiglie, comprensivi di 2,9 miliardi di ticket. Secondo il Rapporto Gimbe una quota consistente della spesa *out of pocket* non contribuisce affatto a fronteggiare minori tutele pubbliche, ma alimenta solo il consumismo sanitario.

TABELLA 4.2. 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 2016.

		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	4.937.653	3.988.674	948.979
	Povere	721.029	558.281	162.748
	Totale famiglie	5.658.682	4.546.955	1.111.727
Numeri di individui	Non poveri	11.421.592	9.126.894	2.294.698
	Poveri	2.272.498	1.720.580	551.918
	Totale individui	13.694.090	10.847.474	2.846.616

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

TABELLA 4.3. Spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata, Italia, anni 2008-2017.

	Milioni									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Spesa convenzionata netta	11.383	11.193	11.058	10.023	8.986	8.863	8.597	8.477	8.254	8.116
Distribuzione diretta e per conto di fascia A	1.651	1.767	2.144	2.832	2.837	3.003	3.249	4.921	5.556	4.793
Totale spesa pubblica	13.034	12.960	13.202	12.855	11.823	11.866	11.848	13.398	13.810	12.909
Compartecipazione del cittadino	647	862	998	1337	1.406	1.436	1.500	1.521	1.540	1.549
Acquisto privato di fascia A	928	829	848	1.026	1.027	1.468	1.441	1.487	1.309	1.317
Classe C con ricetta	3.106	3.154	3.093	3.207	3.000	2.986	2.937	2.997	2.642	2.874
Automedicazione (SOP e OTC)	2.054	2.140	2.105	2.113	2.125	2.279	2.283	2.375	2.429	2.733
Esercizi commerciali									301	333
Totale spesa farm. privata	6.735	6.985	7.044	7.683	7.558	8.169	8.161	8.380	8.221	8.806
Totale spesa farmaceutica	19.769	19.945	20.246	20.538	19.381	20.035	20.009	21.778	22.031	21.715

Fonte: rapporto AIFA OsMed 2017.

FIGURA 4.3. Quota % della spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale a carico del SSN. Italia, anni 2008-2017.



Fonte: rapporto AIFA OsMed 2017.



LA FILIERA
DELLA
DONAZIONE
DEI FARMACI

PARTE III

5. I FARMACI RACCOLTI E DISTRIBUITI: PROFILO SINTETICO

All'interno delle indicazioni di natura economica e sociale provenienti dalle statistiche ufficiali sulla povertà sanitaria, si inseriscono - in modo dettagliato e affidabile - le indicazioni specifiche che provengono dall'attività della Fondazione Banco Farmaceutico (d'ora in poi Banco Farmaceutico), al centro di una filiera della solidarietà in campo sanitario che unisce il settore profit al settore non profit, anche grazie alle normative emanate dalle istituzioni pubbliche.

Al pari di altre organizzazioni di secondo livello che operano nel terzo settore, Banco Farmaceutico promuove e sostiene l'incontro operativo tra chi è impegnato quotidianamente sul fronte dell'aiuto alla popolazione indigente e chi è in

grado di fornire le risorse necessarie per queste relazioni di aiuto.

Questo intenso interscambio tra donatori e beneficiari di risorse sanitarie è reso possibile dall'impegno quotidiano di molti volontari e professionisti ed è eloquentemente documentato dal sistema informativo di Banco Farmaceutico che permette di tracciare in tempo reale il flusso dei prodotti e dei servizi erogati.

I successi e le difficoltà sperimentate quotidianamente trovano una sintetica rappresentazione nella quantità di farmaci raccolti e distribuiti nel corso degli anni (**tab. 5.1**).

TABELLA 5.1. **Farmaci raccolti per canale. Anni 2012-2018.**

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
1° Semestre 2018	376.692	254.784	63.071	694.547
<i>Di cui destinati a enti operanti all'estero</i>	11.451	185.765	10.761	207.977

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

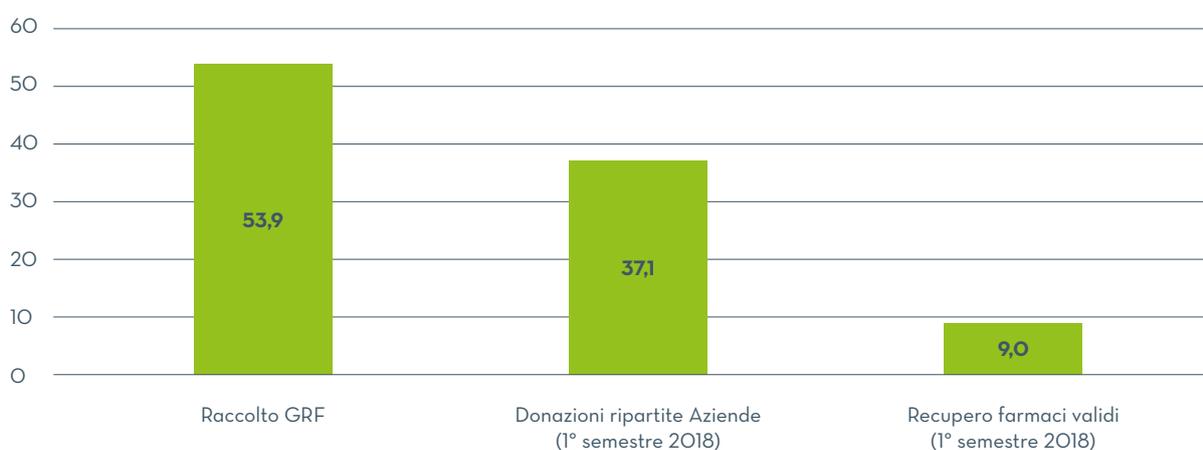
Dopo una fase di forte crescita complessiva (dal 2012 al 2016) nel corso dell'ultimo biennio (2017-18) si registra una sensibile contrazione del numero di farmaci redistribuiti, a causa principalmente del flusso discendente delle donazioni aziendali, controbilanciato solo in piccola parte dall'iniziativa del *Recupero Farmaci Validi* (RFV), in fase di espansione a livello territoriale.

Tra gli enti non profit convenzionati con BF ve ne sono alcuni che operano anche all'estero e che risultano particolarmente interessati alle donazioni aziendali, più differenziate sul piano tipologico e terapeutico perché non si limitano ai farmaci da banco.

I dati (provvisori) per il 2018 confermano il peso preponderante (53,9%) della GRF (Giornata Raccolta del Farmaco) che potrebbe essere ridimensionato (in termini percentuali) dalle donazioni finali delle aziende (attestate nel 1° semestre sul 37%) e della RFV (9%) (**fig. 5.1**).

Nel 1° semestre 2018 la filiera della solidarietà coordinata dal Banco Farmaceutico ha distribuito gratuitamente farmaci a oltre 538 mila indigenti, grazie all'intervento di 1.768 enti non profit operanti in parte anche all'estero (38 casi) (**tab. 5.2**)

FIGURA 5.1. Numero di confezioni di farmaci raccolti per tipologia di raccolta (Valori %). Italia, anno 2018.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

TABELLA 5.2. Numero di beneficiari e numero di enti per ripartizione. Anno 2018.

	Numero enti	Numero beneficiari
Nord Ovest	632	231.890
Nord Est	458	120.183
Centro	309	74.232
Sud	261	68.617
Isole	108	43.900
Italia	1.768	538.822
Di cui enti operanti all'estero	38	59.141

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

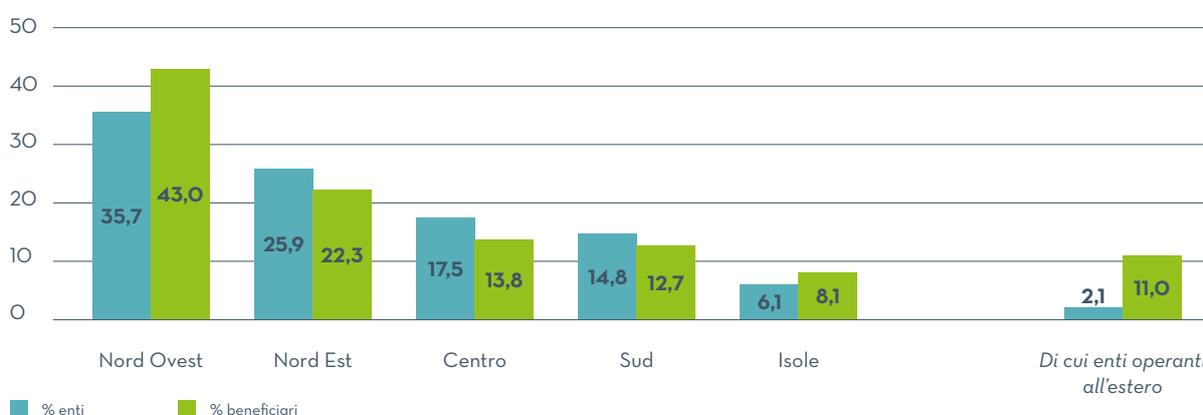
La distribuzione territoriale dei beneficiari è direttamente correlata a quella degli enti caritativi: è massima nel Nord-Ovest e via via più ridotta nelle altre ripartizioni, per ragioni legate alle dinamiche dell'imprenditorialità sociale, più che alle dinamiche della povertà [cfr. cap. 13 (tab. 13.1)].

La rilevanza dell'attività svolta dal Banco Farmaceutico è documentata anche dal valore economico dei farmaci redistribuiti nel corso degli anni.

Il consuntivo del 2017 indica un valore complessivo di oltre 11 milioni di euro a cui hanno contribuito in misura principale le donazioni aziendali, con quasi 7 milioni di euro, pari al 63% del totale, un valore più che proporzionale rispetto al peso percentuale dei farmaci con identica provenienza (63%), contraddistinti da qualità tipologiche e terapeutiche più varie e costose (tab. 5.3).

Al valore monetario di queste donazioni corrisponde un risparmio sugli acquisti di medicinali da parte degli enti non profit e un vantaggio annuale di 20 euro pro capite per ciascuno dei 538 mila beneficiari finali⁵.

FIGURA 5.2. Distribuzione % dei beneficiari e degli enti per ripartizione. Anno 2018.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

TABELLA 5.3. Valore complessivo dei farmaci raccolti (in euro). Anni 2012-2018.

Anno	Valore in euro del raccolto			TOTALE
	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
1° Semestre 2018	2.642.517	3.545.251	835.139	7.022.907
<i>Di cui destinati a enti operanti all'estero</i>	76.934	2.778.653	152.314	3.007.901

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

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

⁵ Questa cifra corrisponde a 1,60 euro pro capite al mese e rappresenta il 27% dei 5,90 euro mensili spesi mediamente dalle persone povere.

6. I PROTAGONISTI DELLE DONAZIONI: LE AZIENDE

L'acquisizione gratuita dei farmaci provenienti direttamente dalle aziende farmaceutiche è iniziata nel 2012, grazie alla reputazione acquisita dal Banco Farmaceutico anche in questo ambito, dopo anni di collaborazione esclusiva con i farmacisti.

Nella fase iniziale di questa inedita collaborazione - che ha segnato un salto qualitativo nella giovane storia del Banco Farmaceutico (avviato nel 2000) - le donazioni aziendali hanno un peso assoluto e relativo secondario rispetto a quelle provenienti dalla GRF, ma nel giro di un anno crescono in misura esponenziale, diventando la fonte più importante di approvvigionamento e di redistribuzione a favore degli enti caritativi e dei loro assistiti.

A differenza delle donazioni provenienti dalla GRF, le donazioni aziendali affluiscono al Banco Farmaceutico e agli enti convenzionati in tutti i mesi dell'anno e coprono tipologie farmacologiche e terapeutiche più ampie, con valore monetario più elevato.

Il progressivo incremento delle donazioni aziendali raggiunge il suo apice nel 2016, ma nell'anno 2017 si registra una parabola discendente molto consistente, confermata anche dai dati del 1° semestre 2018, molto lontani dall'equivalente semestre del 2017 (**tab. 6.1**).

TABELLA 6.1. Numero di confezioni ricevute (accettate e ripartite) dalle aziende per classe di farmaco. Italia, anni 2011-2018.

Anno	Etico classe A	Etico classe C + OTC	Integratore	Presidio	Numero di confezioni totale
2011	8.915	91.188	0	0	100.103
2012	116.325	69.374	14.994	37.309	238.002
2013	86.216	407.617	24.311	53.017	571.161
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	657.912	108.458	82.681	1.331.535
2017	253.205	429.876	23.404	154.935	861.420
1° semestre 2018	85.766	115.105	28.716	25.197	254.784

Nota: La data di riferimento è quella del riparto.
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Questa contrazione 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 (eccedenti) offerti dalle aziende e i farmaci richiesti dagli enti caritativi e dunque accettabili dal Banco Farmaceutico. Anche nel circuito del dono opera un meccanismo di domanda-offerta che però – a differenza di quanto avviene nel mercato profit – è guidato dall’offerta (ovvero dalle eccedenze donabili dalle aziende), piuttosto che dal fabbisogno.

Di fronte a questi vincoli strutturali – che in prospettiva potrebbero diventare più stringenti – sarebbe auspicabile l’inaugurazione di una nuova modalità di rapporto tra le imprese farmaceutiche e il settore non profit impegnato nell’aiuto agli indigenti di salute e di reddito. Invece di donare solo i farmaci eccedenti, non più destinabili al mercato, programmare deliberatamente di produrre quote aggiuntive di farmaci da destinare intenzionalmente al circuito delle donazioni, passando dalla formula “*donare per non sprecare*” alla formula “*produrre per donare*”. Si tratta, con tutta evidenza, di un passaggio “rivoluzionario” che potrebbe però inserirsi coerentemente all’interno di un modo più avanzato di intendere la CSR (*Corporate Social Responsibility*).

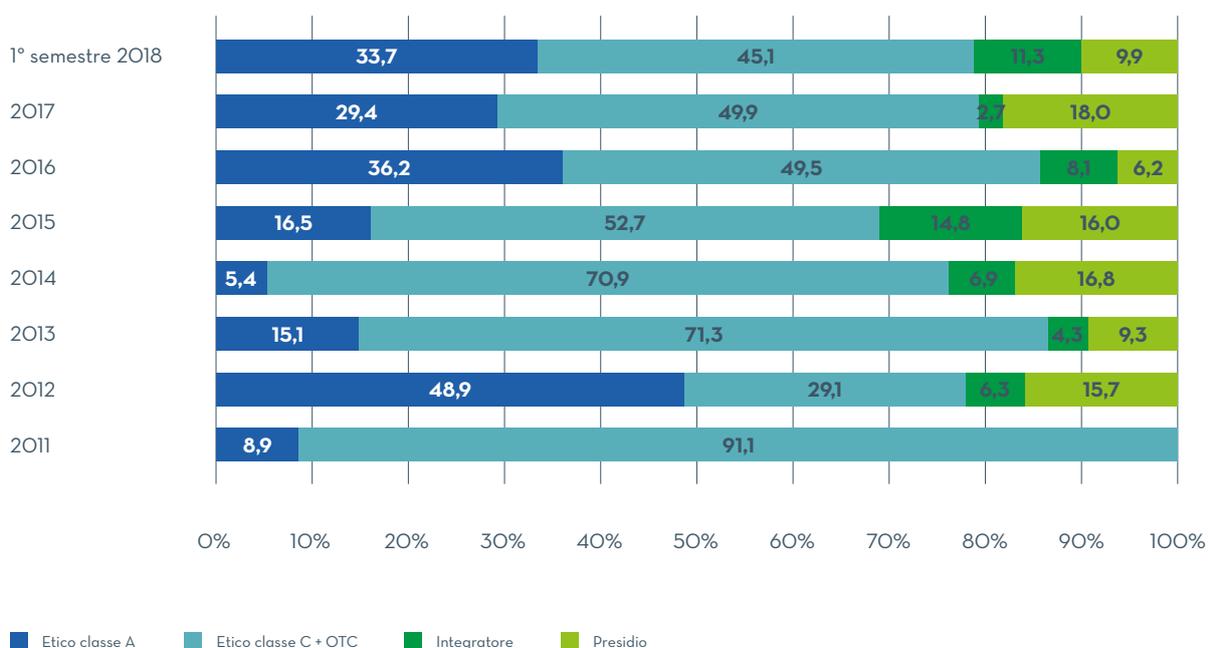
Questa nuova formula è già stata peraltro sperimentata, in modo incoraggiante, in alcuni progetti del Banco Farmaceutico a favore di emergenze all’estero⁶, così come in quello avviato recentemente (11 maggio 2018) con lo Stato Maggiore della Difesa per fornire farmaci alla popolazione che vive nei teatri di crisi ove l’esercito italiano svolge attività di *peace keeping* e di *peace enforcing*.

L’estensione del principio “*produrre per donare*” richiede un cambio di passo anche al Banco Farmaceutico, sia sul piano progettuale che comunicativo: occorre in pratica avviare ulteriori progetti mirati, verificabili nei loro obiettivi e nei loro effetti, considerabili dalle aziende come “buone cause” a cui legare esplicitamente il loro brand.

Tornando al profilo delle donazioni aziendali nel corso degli anni, merita osservare la composizione percentuale delle diverse classi farmacologiche e le loro variazioni, legate alle contestuali variazioni della domanda, perché i dati si riferiscono ai farmaci accettati dagli enti non profit, su input del Banco Farmaceutico (fig. 6.1).

È importante sottolineare che (escludendo i farmaci di Classe A, rimborsabili dal SSN) il 66% delle donazioni aziendali è rappresentato da prodotti che sarebbero a totale carico del cittadino.

FIGURA 6.1. Distribuzione percentuale per classe di farmaco delle confezioni ricevute (accettate) dalle aziende. Italia, anni 2011-2018.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

⁶ Tra gli interventi di questo tipo si segnalano quelli effettuati ad Haiti, Uganda, Somalia, Burkina Faso, Siria. In quest’ultimo caso sono stati donati antidolorifici, antibiotici, antinfiammatori, antipiretici e farmaci per l’ipertensione, in collaborazione con il progetto “Cuore in Siria” di Milano.

Al numero di farmaci donati nei diversi anni corrispondono dei valori monetari definiti in base ai valori di acquisto nel circuito del commercio al dettaglio, pari mediamente a 8,1 euro nel 2017 e a 13,9 euro nel primo semestre 2018 (**tab. 6.2**).

L'aumento, nel biennio 2017-18, del valore medio dei farmaci donati dalle aziende non dipende tanto dalla lievitazione dei prezzi, quanto dalla più costosa tipologia dei farmaci donati (in buona parte di tipo specialistico) appartenenti per 1/3 alla classe A (**fig. 6.1**).

Le donazioni aziendali vengono assegnate dal Banco Farmaceutico solo agli enti caritativi più strutturati (78

in tutto nel corso del 2017) con attività continuative che si avvalgono di personale sanitario stabile⁷. Nel primo semestre 2018, gli enti che hanno usufruito delle donazioni aziendali sono stati 67, operanti nel 15% dei casi anche all'estero (**tab. 6.3**). Questo sottogruppo di enti ha ricevuto peraltro il 73% delle confezioni provenienti dalle aziende, a conferma della loro specificità e del loro fabbisogno di prodotti altamente differenziati.

254.784 confezioni di farmaci raccolte nel 1° semestre 2018.

TABELLA 6.2. Valore monetario dei farmaci donati dalle aziende. Italia, anni 2012-2018.

	Valore monetario farmaci donati (euro)	N. farmaci raccolti	Valore medio confezione (euro)
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
1° semestre 2018	3.545.251	254.784	13,9
<i>Di cui destinati a enti operanti all'estero</i>	2.778.653	185.765	15,0

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).
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

⁷ 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.

TABELLA 6.3. Numero di confezioni ricevute (accettate e ripartite) dalle donazioni aziendali ripartite agli enti e numero di enti destinatari dei farmaci. Regioni dell'ente, 1° semestre 2018.

Regione dell'ente	N. di enti destinatari di donazioni aziendali		Numero di confezioni ricevute
	N. assoluto	% sul totale degli enti	
Piemonte	15	9%	25.321
Lombardia	20	5%	97.812
Veneto	4	3%	4.889
Friuli-Venezia Giulia	2	2%	2.200
Liguria	4	6%	2.831
Emilia-Romagna	6	3%	20.443
Toscana	2	2%	21.828
Umbria	1	2%	19.611
Lazio	5	7%	5.820
Abruzzo	1	4%	29.509
Campania	1	3%	400
Basilicata	1	3%	1.605
Sicilia	5	8%	22.515
Italia	67	5%	254.784
<i>Di cui destinati a enti operanti all'estero</i>	23	61%	185.765

Nota: La data di riferimento è quella del riparto.

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

7. I PROTAGONISTI DELLE DONAZIONI: LE FARMACIE

Nella storia ventennale del BF, la collaborazione dei titolari delle farmacie è sempre stata fondamentale, a cominciare dalle fasi di avvio, fino agli sviluppi più recenti.

Il ruolo delle farmacie è in particolare determinante per la realizzazione della GRF, che permette a migliaia di cittadini di acquistare e donare farmaci da banco, non coperti dal SSN e dunque interamente a carico di chi ne ha bisogno, senza distinzione tra poveri e non poveri.

Dalla prima edizione della GRF (nel lontano 2000) fino al 2018 il numero delle farmacie partecipanti alla GRF

è cresciuto continuamente, con un incremento degno di nota tra il 2017-2018, sia in generale che nelle singole ripartizioni macro-regionali (dopo la contrazione avvenuta nel 2016 rispetto al 2015 nelle ripartizioni Sud e Isole) (**tab. 7.1**).

Rapportato al totale delle farmacie, anche il tasso di partecipazione ha raggiunto nel 2018 il suo livello massimo (22%), con incrementi relativi più elevati nelle regioni del Centro, del Sud e delle Isole, dove il potenziale di crescita appare maggiore (**fig. 7.1**).

TABELLA 7.1. Numero di farmacie totale e numero di farmacie partecipanti alla GRF. Ripartizioni italiane, anni 2013-2018.

Ripartizione	N. totale Farmacie 2018	Farmacie aderenti alla GRF					
		GRF 2013	GRF 2014	GRF 2015	GRF 2016	GRF 2017	GRF 2018
Nord Ovest	5.339	1.413	1.508	1.537	1.549	1.600	1.707
Nord Est	3.448	898	928	956	984	1.015	1.090
Centro	3.583	497	513	559	563	578	664
Sud	4.556	326	372	391	379	436	470
Isole	2.041	232	235	220	203	219	241
Totale	18.967	3.366	3.556	3.663	3.678	3.848	4.175

Nota: Nel totale sono conteggiate anche le farmacie della Repubblica di San Marino (3 nel 2018).
Fonte: sistema di monitoraggio FBF e Federfarma.

FIGURA 71. Tasso di partecipazione delle farmacie alla GRF. Ripartizioni italiane, anni 2013-2018.

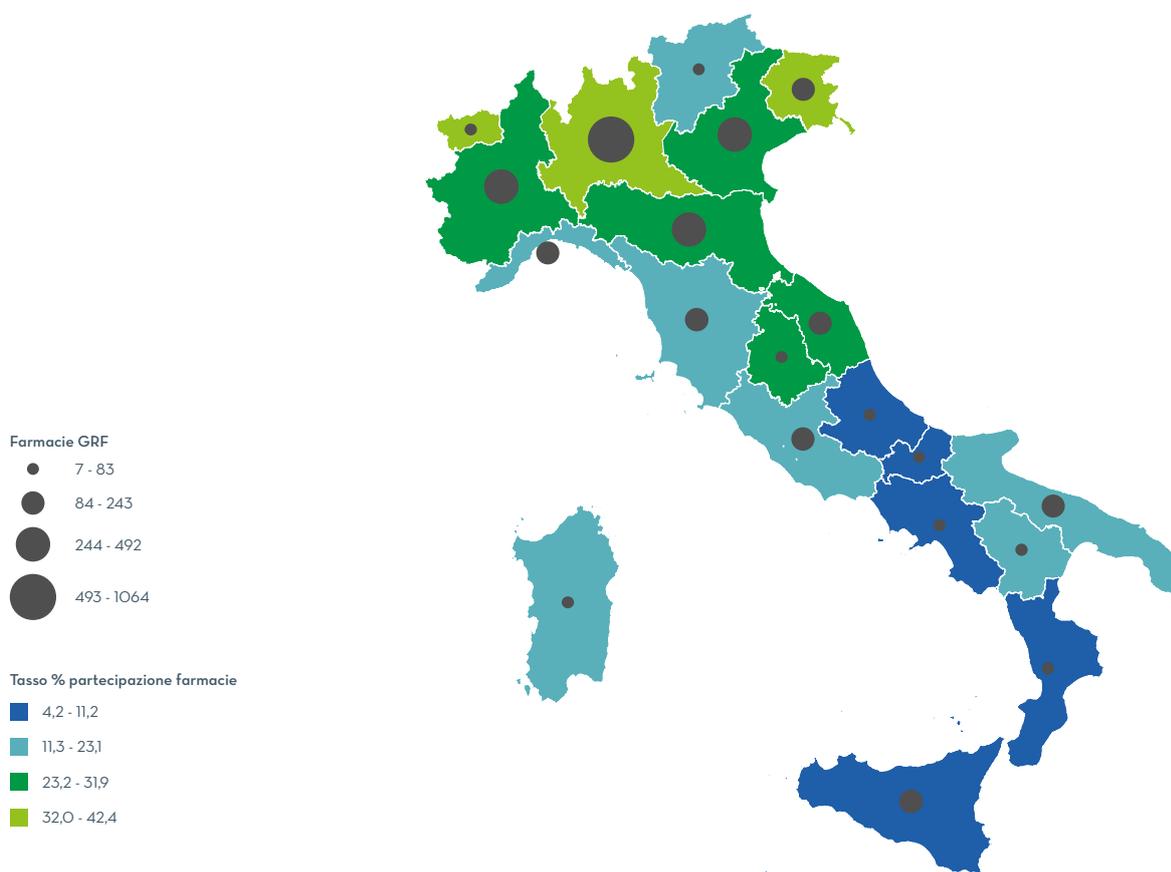


Fonte: sistema di monitoraggio FBF e Federfarma.

Il tasso di partecipazione varia sensibilmente nelle singole regioni: il livello più elevato si registra nel Friuli Venezia Giulia (42,4%), quello più basso in Campania (5%). Al di sopra del tasso medio di partecipazione

(22%) si trovano 9 regioni tra cui merita segnalare la Basilicata (23,1%), vera e propria leader tra le regioni del Mezzogiorno (**mappa 71**).

MAPPA 71. Numero di farmacie partecipanti alla GRF e tasso di partecipazione. Regioni italiane, anno 2018.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Ogni farmacia ha un proprio bacino d'utenza che mediamente è di 3.194 residenti (con 8 regioni al di sopra di questo valore); pertanto al crescere del numero di

farmacie aderenti alla GRF cresce anche la popolazione potenzialmente in grado di partecipare a questa iniziativa, donando almeno 1 farmaco da banco (**tab. 7.2**).

TABELLA 7.2. **Bacino d'utenza delle farmacie aderenti alla GRF. Regioni italiane. Anno 2018.**

Regione	Numero farmacie GRF	N. medio abitanti per farmacia (aderenti e non alla GRF)	N. abitanti nel bacino d'utenza delle farmacie aderenti alla GRF	Distribuzione % per regione dei residenti nel bacino d'utenza delle farmacie aderenti alla GRF
Piemonte	492	2.640	1.298.880	9,5
Valle d'Aosta	19	2.440	46.360	0,3
Lombardia	1.064	3.325	3.537.800	26,3
Trentino-Alto Adige	55	7.315	402.325	3,0
Veneto	439	3.463	1.520.257	11,2
Friuli-Venezia Giulia	172	3.000	516.000	3,9
Liguria	132	2.566	338.712	2,5
Emilia-Romagna	424	3.348	1.419.552	10,4
Toscana	219	3.103	679.557	5,0
Umbria	83	3.268	271.244	2,0
Marche	126	3.034	382.284	2,9
Lazio	236	3.691	871.076	6,3
Abruzzo	45	2.608	117.360	0,9
Molise	7	1.859	13.013	0,1
Campania	83	3.520	292.160	2,2
Puglia	243	3.264	793.152	5,8
Basilicata	48	2.742	131.616	1,0
Calabria	44	2.552	112.288	0,8
Sicilia	164	3.466	568.424	4,2
Sardegna	77	2.840	218.680	1,6
Italia	4.172	3.194	13.334.950	101,2

Nota: Nel totale sono conteggiate anche le farmacie della Repubblica di San Marino (3 nel 2018).

Fonte: sistema di monitoraggio FBF e elaborazioni Federfarma su dati ISTAT (numero medio abitanti per farmacia).

A questa variabile si lega, in effetti, il numero complessivo dei farmaci raccolti, ma la variabile dirimente è la propensione effettiva alla donazione (cfr. cap. 11). Una prima verifica di entrambe queste correlazioni giunge dal confronto tra la variazione percentuale del numero delle farmacie in ciascuna ripartizione e la corrispondente variazione percentuale del numero di confezioni donate (fig. 7.2).

Malgrado l'aumento del numero di farmacie in tutte le ripartizioni, nel Nord Est e nel Sud il numero dei farmaci donati ha un saldo percentuale negativo. Anche nei casi più favorevoli, come nel Centro, l'incremento dei farmaci raccolti non è proporzionale all'incremento delle farmacie. Ciò significa che in media le donazioni per farmacia si sono ridotte rispetto all'anno precedente (cfr. tab. 8.1).

In pratica, la partecipazione delle farmacie alla GRF è aumentata, ma nel frattempo è diminuita la propensione

al dono tanto della popolazione residente nei singoli ambiti territoriali, quanto di coloro che si sono recati nelle farmacie aderenti alla GRF (cfr. infra mappa 7.1).

Si tratta di un segnale sintomatico non solo della sfavorevole congiuntura economico-sociale in cui versano molti cittadini, ma anche del clima di sfiducia che si è diffuso nei confronti di tutte le organizzazioni non profit a causa dell'amplificazione mediatica e politica di circoscritti comportamenti illeciti.

Nel 2018, 4.175 farmacie aderiscono alla GRF (+8,4% rispetto al 2017).

FIGURA 7.2. **Variazione % N. farmacie partecipanti e N. confezioni donate nella GRF. Ripartizioni italiane. Anni 2017-2018.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

8. LE DONAZIONI DURANTE LA GRF 2018

L'andamento delle donazioni effettuate durante la GRF 2018 assume segno positivo quando considera il periodo (medio-lungo) che va dal 2013 al 2018; diventa invece ambivalente quando si considera solo l'ultimo biennio. In quest'ultimo caso il saldo complessivo è solo leggermente positivo (+0,4%), a causa di sensibili contrazioni nel Nord Est (-2,6%) e nel Sud (-2,8%).

L'andamento più favorevole si registra nel Centro, in costante aumento sia nel lungo periodo (+22%) che nel breve periodo (+8,5%); nel Sud la variazione di lungo periodo è più elevata (+38%), con però fasi alterne nel 2016 e nel 2018 (**tab. 8.1**).

La roccaforte delle donazioni resta la Lombardia, che contribuisce per il 29% al totale dei farmaci raccolti nella GRF 2018; se però si considerano i farmaci donati mediamente in ognuna delle farmacie aderenti alla GRF, ovvero la propensione al dono dei partecipanti alla giornata, le distanze tra le regioni si riducono: Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia e Molise sono infatti a pari merito (media compresa tra 100-104 confezioni); anche il Piemonte e la Basilicata (con 97 e 94 confezioni) superano la media nazionale, mentre le restanti 13 regioni sono al di sotto di tale valore (**tab. 8.2**).

TABELLA 8.1. **Variazione dei farmaci raccolti durante la GRF (numero di confezioni) dal 2013 al 2018. Ripartizioni italiane.**

Ripartizioni	2018	2017	2016	2015	2014	2013	Variazione % 2018-2013	Variazione % 2018-2017
Nord Ovest	172.215	171.946	164.013	165.332	172.022	168.863	2,0%	0,2%
Nord Est	91.159	93.554	89.844	87.522	88.800	88.877	2,6%	-2,6%
Centro	56.498	52.075	50.466	49.737	47.212	46.292	22,0%	8,5%
Sud	36.984	38.051	31.918	32.785	32.598	26.758	38,2%	-2,8%
Isole	19.836	19.614	17.610	18.689	19.257	19.729	0,5%	1,1%
Italia	376.692	375.240	353.851	354.065	359.889	350.519	7,5%	0,4%

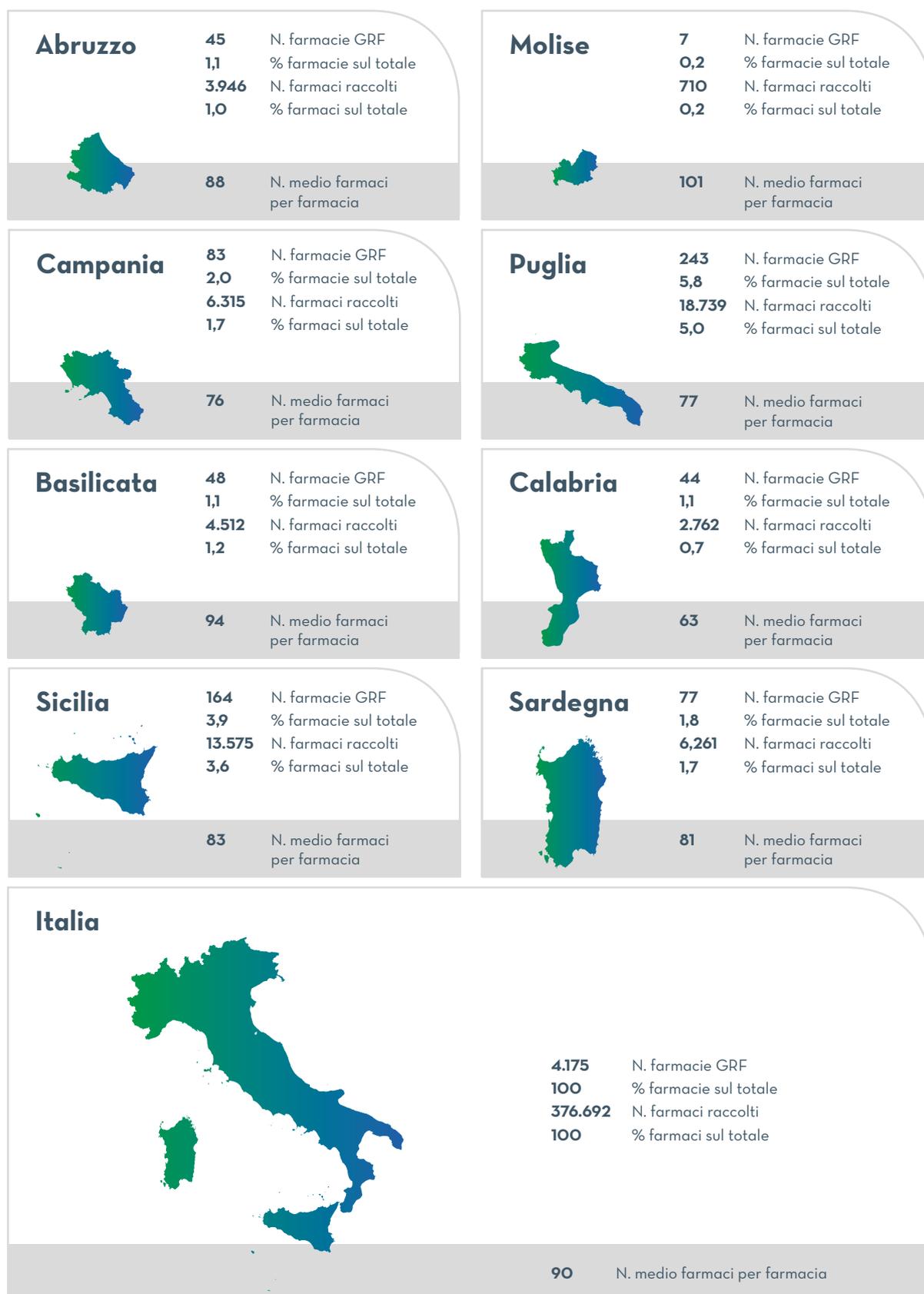
Note: 1 Il territorio dei farmaci raccolti è quello dell'ente a cui sono stati destinati i farmaci raccolti (necessario per comparabilità con bisogno espresso da enti in GRF).

2 Nel 2017 sono considerate anche 110 confezioni destinate a un ente rumeno (riceve farmaci da una farmacia di Bergamo).

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

TABELLA 8.2. Farmaci raccolti in occasione della GRF (valori assoluti, percentuali e per farmacia). Regioni italiane, anno 2018.

Piemonte 	492 N. farmacie GRF 11,8 % farmacie sul totale 47.646 N. farmaci raccolti 12,6 % farmaci sul totale	97 N. medio farmaci per farmacia
Valle d'Aosta 	19 N. farmacie GRF 0,5 % farmacie sul totale 1.957 N. farmaci raccolti 0,5 % farmaci sul totale	103 N. medio farmaci per farmacia
Lombardia 	1.064 N. farmacie GRF 25,5 % farmacie sul totale 110.917 N. farmaci raccolti 29,4 % farmaci sul totale	104 N. medio farmaci per farmacia
Trentino-Alto Adige 	55 N. farmacie GRF 1,3 % farmacie sul totale 5.542 N. farmaci raccolti 1,5 % farmaci sul totale	101 N. medio farmaci per farmacia
Veneto 	439 N. farmacie GRF 10,5 % farmacie sul totale 32.230 N. farmaci raccolti 8,6 % farmaci sul totale	73 N. medio farmaci per farmacia
Friuli-Venezia Giulia 	172 N. farmacie GRF 4,1 % farmacie sul totale 17.177 N. farmaci raccolti 4,6 % farmaci sul totale	100 N. medio farmaci per farmacia
Liguria 	132 N. farmacie GRF 3,2 % farmacie sul totale 11.695 N. farmaci raccolti 3,1 % farmaci sul totale	89 N. medio farmaci per farmacia
Emilia-Romagna 	424 N. farmacie GRF 10,2 % farmacie sul totale 36.210 N. farmaci raccolti 9,6 % farmaci sul totale	85 N. medio farmaci per farmacia
Toscana 	219 N. farmacie GRF 5,2 % farmacie sul totale 18.838 N. farmaci raccolti 5,0 % farmaci sul totale	86 N. medio farmaci per farmacia
Umbria 	83 N. farmacie GRF 2,0 % farmacie sul totale 6.816 N. farmaci raccolti 1,8 % farmaci sul totale	82 N. medio farmaci per farmacia
Marche 	126 N. farmacie GRF 3,0 % farmacie sul totale 10.708 N. farmaci raccolti 2,8 % farmaci sul totale	85 N. medio farmaci per farmacia
Lazio 	236 N. farmacie GRF 5,7 % farmacie sul totale 20.136 N. farmaci raccolti 5,3 % farmaci sul totale	85 N. medio farmaci per farmacia



Note: 1 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).

2 Nel totale del numero di farmacie sono conteggiate anche 3 farmacie della Repubblica di San Marino.

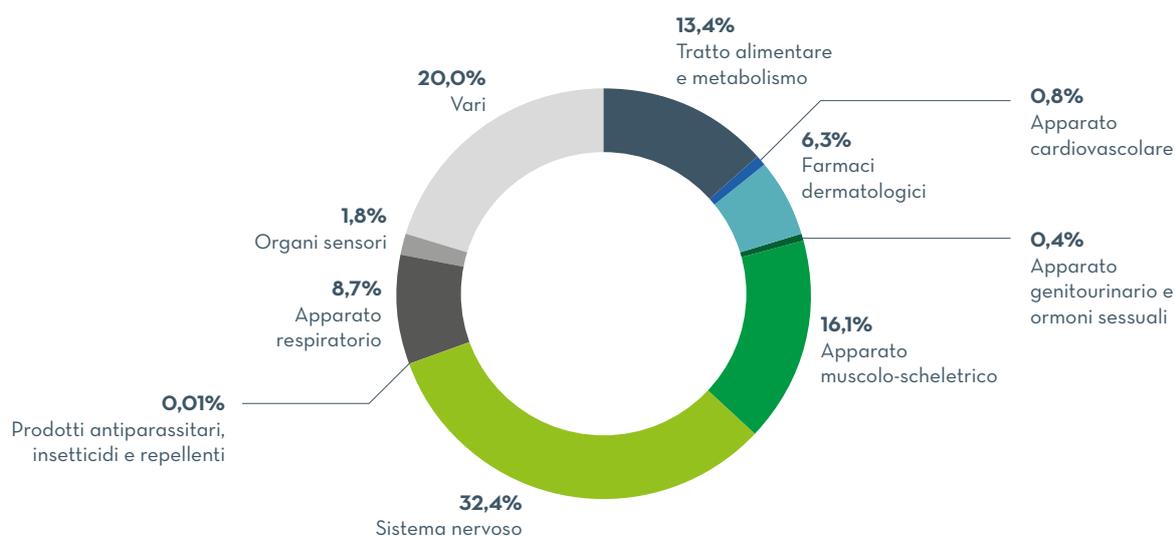
3 Sono considerate anche le confezioni destinate a un ente rumeno (riceve farmaci da una farmacia di Bergamo).

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Il numero di confezioni raccolte va rapportato alla loro composizione per tipologia terapeutica (fig. 8.1). Le tipologie terapeutiche più rappresentate riguardano il sistema nervoso (32%), l'apparato muscolo-scheletrico (16%), il tratto alimentare e metabolico (13,4%), l'apparato respiratorio (8,7%), le patologie dermatologiche (6,3%), mentre la componente residuale (coincidente con i farmaci vari) rappresenta il 20% del totale.

Al valore terapeutico derivante dalla quantità di farmaci da banco raccolti durante la GRF 2018 corrisponde anche un importante valore monetario, che si traduce in risparmio netto sia per gli enti che ricevono i prodotti della GRF (nell'ipotesi che li debbano acquistare) sia per i beneficiari finali, esentati da una spesa necessaria per loro difficile da sostenere (tab. 8.3).

FIGURA 8.1. Distribuzione percentuale dei farmaci raccolti in occasione della GRF per 1° livello di ATC. Italia, anno 2018.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

TABELLA 8.3. Valore monetario dei farmaci raccolti nella GRF. Ripartizioni italiane, anno 2018.

	Valore monetario farmaci donati (euro)	Quota % valore monetario	N. farmaci raccolti	Valore medio confezione
Nord Ovest	1.224.523	46,3	172.215	7,1
Nord Est	644.145	24,4	91.159	7,1
Centro	395.194	15,0	56.498	7,0
Sud	242.936	9,2	36.984	6,6
Isole	135.717	5,1	19.836	6,8
Italia	2.642.517	100	376.692	7,0

Note: (1) 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). (2) Nel totale del valore di farmaci raccolti sono considerati anche 667 euro di valore per confezioni destinate a un ente rumeno (riceve farmaci da una farmacia di Bergamo).

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

9. I DONATORI DELLA GRF 2018

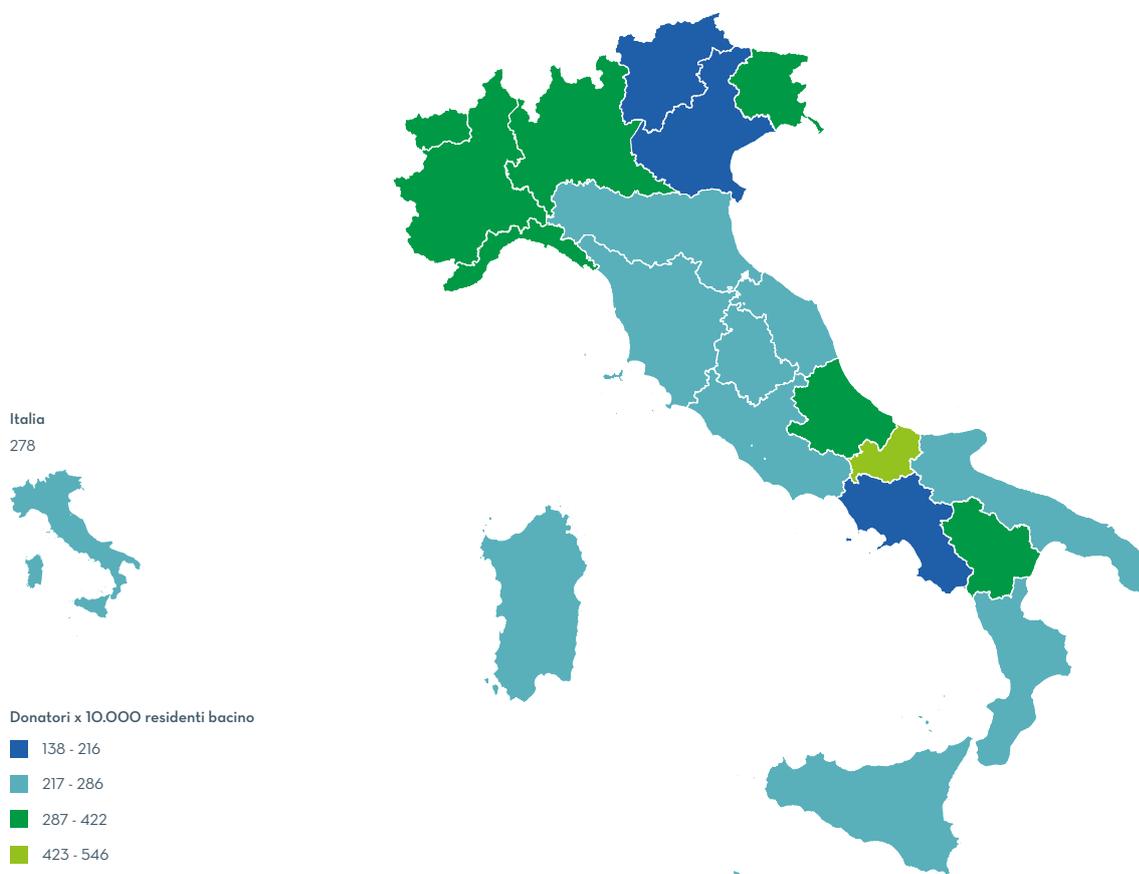
Come si è già osservato nel capitolo 8, il risultato finale della GRF dipende, in ultima istanza, dalla propensione al dono dei cittadini che si recano nelle farmacie aderenti all'iniziativa.

Per stimare il peso di questa variabile decisiva è utile partire dal numero dei potenziali donatori residenti nel bacino d'utenza delle farmacie aderenti alla GRF e calcolare il rapporto tra questo dato e le confezioni effettivamente raccolte.

A fronte di un indice medio di propensione al dono pari a 278, si constata che 10 regioni superano tale valore, tra cui spiccano il Molise (546) e la Valle d'Aosta (422) (**mappa 9.1**).

In generale, la situazione economica della popolazione residente in ciascuna regione spiega solo in piccola parte la diversa propensione al dono, mentre appare più importante l'attività di comunicazione e di sensibilizzazione effettuata in ciascuna area da parte di tutti gli attori coinvolti.

MAPPA 9.1. Propensione al dono nella GRF 2018: n. donatori x 10.000 residenti nel bacino utenza delle farmacie aderenti.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

10. I VOLONTARI DEL GRF

Sulla propensione al dono dei cittadini che si recano nelle farmacie aderenti alla GRF esercitano un influsso diretto anche i volontari che in quel giorno coadiuvano i farmacisti nella classificazione e nello stoccaggio dei farmaci donati.

I volontari hanno infatti il compito di pubblicizzare la GRF all'ingresso delle farmacie aderenti e di spiegare ai potenziali donatori lo scopo e il funzionamento di tale iniziativa. Una parte dei volontari collabora solo in questa occasione con il 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 macroregioni dei volontari e quella degli enti non profit (**tab. 10.1**).

La partecipazione dei volontari alla GRF ha registrato un aumento significativo nel corso degli anni sia a livello nazionale sia nelle singole macroregioni, raggiungendo nel 2018 il numero di oltre 18.000 unità (**fig. 10.1**).

TABELLA 10.1. Numero di volontari partecipanti alla GRF e distribuzione percentuale dei volontari e del numero di enti per ripartizione. Anno 2018.

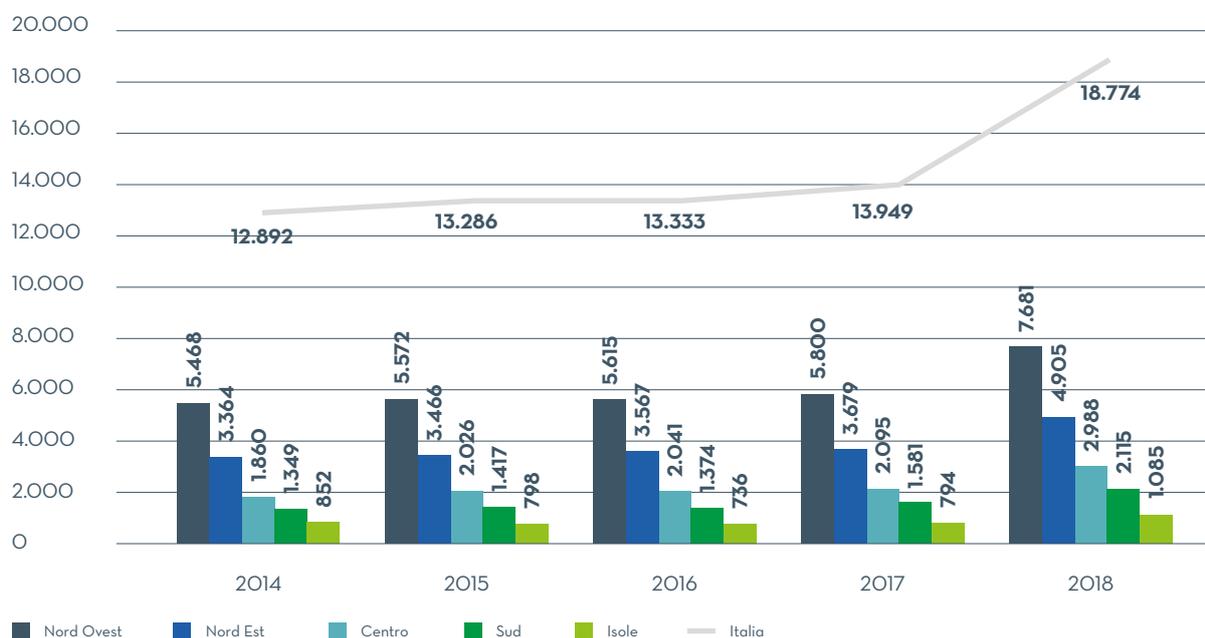


Nota: 1 Il numero di volontari è stimato utilizzando il moltiplicatore di 4,5 volontari medi per farmacia (lo stesso utilizzato nei precedenti anni).

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

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

FIGURA 10.1. Numero di volontari partecipanti alla GRF. Italia e Ripartizioni italiane, anni 2014-2018⁸.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Il profilo anagrafico dei volontari mostra la prevalenza degli adulti (35-64 anni) tanto a livello nazionale (57,6%)⁹ quanto a livello delle singole ripartizioni e in subordinate degli anziani (over 65 anni), limitatamente al

dato nazionale (25,1%) e ai risultati raggiunti in alcune ripartizioni (Nord Ovest, Nord Est), mentre in altri casi (Centro, Sud, Isole) la loro presenza è più ridotta rispetto a quella dei giovani e dei giovanissimi (fig. 10.2).

FIGURA 10.2. Composizione dei volontari partecipanti alla GRF per classe d'età (valori %). Ripartizioni italiane, anno 2018.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

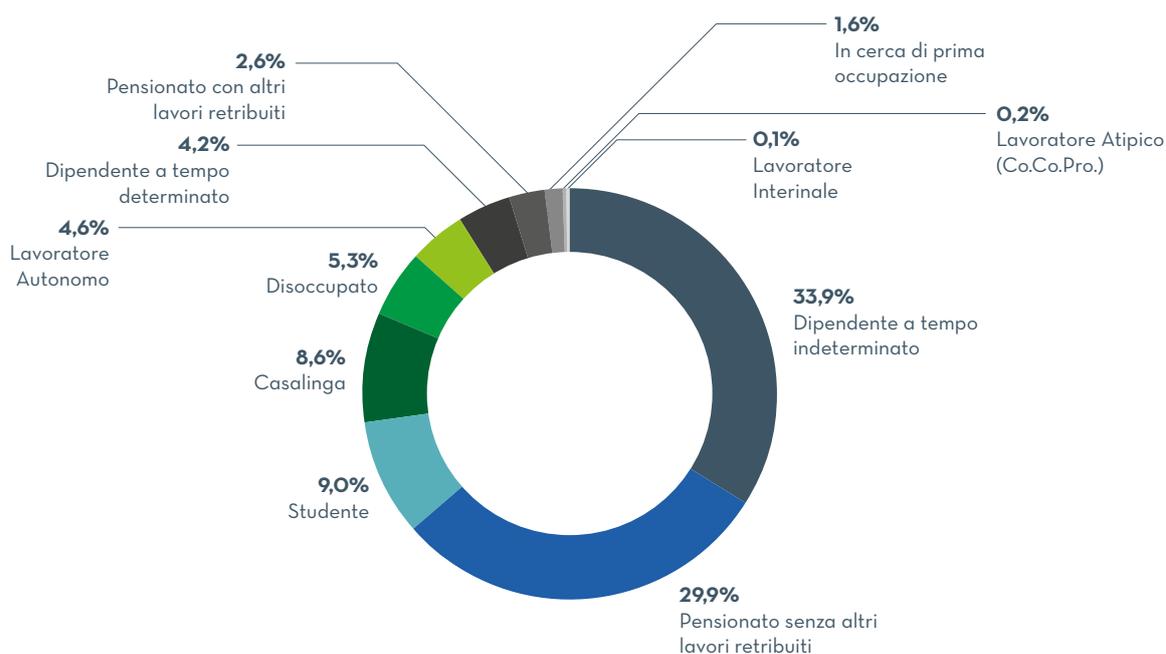
⁸ Il numero di volontari è stimato utilizzando il moltiplicatore di 3,6 volontari medi per farmacia, per gli anni 2014-2017, e di 4,5 volontari medi per farmacia per il 2018, corrispondente alla rilevazione campionaria effettuata nei comuni capoluogo di provincia.

⁹ La classe di età 35-64 rappresenta il 43,4% della popolazione residente in Italia al 1° gennaio del 2018 e il 51,7% della popolazione residente maggiorenne (18 anni e più). Anche nell'ipotesi che i volontari appartengano tutti alla classe dei maggiorenne, il peso percentuale dei volontari adulti (35-64 anni) supera i valori dell'universo di riferimento.

La distribuzione percentuale per classi di età influisce anche sulla distribuzione percentuale della condizione occupazionale, rappresentata per il 34% da lavoratori dipendenti a tempo indeterminato e per il 29,9% da pensionati (tab. 10.2).

Il livello culturale dei volontari è medio-alto, con un numero di diplomati e di laureati quasi equivalente (fig. 10.3), ma va sottolineato che rispetto all'istruzione della popolazione totale i laureati sono qui rappresentati in misura di gran lunga superiore alla media generale¹⁰.

TABELLA 10.2. **Distribuzione percentuale dei volontari partecipanti alla GRF per condizione occupazionale. Italia, anno 2018.**



Nota: Si tratta di dati stimati a partire dalle informazioni di profilatura disponibili per il 69% dei volontari. Le informazioni sono state pesate per regione, in modo da correggere la distorsione dovuta alla differente distribuzione territoriale fra i profili rilevati e quelli dell'universo dei volontari.

FIGURA 10.3. **Distribuzione percentuale dei volontari partecipanti alla GRF per titolo di studio. Italia, anno 2018.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

¹⁰ 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).

II. LE DONAZIONI DEL RECUPERO FARMACI VALIDI

Insieme ai due più consolidati canali di approvvigionamento dei farmaci - rappresentati dalle donazioni aziendali e dalla GRF - nel 2013 ha preso avvio l'iniziativa del Recupero Farmaci Validi (RFV) per impulso - anche in questo caso - di alcuni farmacisti disposti a sensibilizzare i loro clienti e a organizzare la redistribuzione di quanto è stato "restituito" al circuito terapeutico e "sottratto" allo smaltimento dei rifiuti speciali (con conseguente risparmio economico e beneficio ambientale).

Dopo la prima fase di sperimentazione - avvenuta quasi interamente a Roma - l'iniziativa si è estesa via via in altre province, divenute 9 nel 2018, con un totale di 321 farmacie coinvolte (**tab. 11.1**).

All'estensione delle farmacie aderenti alla RFV si deve il progressivo aumento delle confezioni consegnate dai cittadini, pari a oltre 113.000 pezzi nell'intero anno 2017 e a 73.000 nel primo semestre del 2018, con un prevedibile raddoppio su base annuale (**tab. 11.2**).

TABELLA 11.1. Numero di farmacie aderenti al Recupero Farmaci Validi. Province italiane, anni 2013-2018.

Province	2013	2014	2015	2016	2017	2018
LU	-	-	-	-	-	6
MB	-	2	6	10	12	16
MC	-	-	3	3	3	6
MI	1	58	56	59	70	78
MN	-	-	5	7	8	12
RM	42	35	35	53	54	54
TO	-	100	114	114	131	134
VA	-	4	3	4	4	7
VR	-	-	2	12	12	14
Italia	43	199	224	262	294	327

Note: 1 Il periodo di riferimento è relativo alla data di scarico dei farmaci dal contenitore.

2 I dati 2018 sono aggiornati al 1° luglio.

3 Il numero delle farmacie aderenti per il 2018 non coincide con quello della tabella 2 in quanto delle 321 farmacie aderenti solo in 286 al 1° luglio era già stato fatto almeno un ritiro.

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

TABELLA 11.2. Numero di confezioni di farmaci raccolti mediante il recupero di farmaci validi (contenitori nelle farmacie) e valore commerciale. Italia, trimestri 2013-2018.

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	149.611	12,5
Totale 2013		18.804	240.613	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	449.328	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	1.445.893	13,7
2017	1	29.521	375.462	12,7
	2	33.550	459.678	13,7
	3	18.898	287.082	15,2
	4	31.492	489.872	15,6
Totale 2017		113.461	1.612.092	14,2
1° semestre 2018	1	35.797	539.779	15,1
	2	38.144	620.456	16,3
Totale 1° semestre 2018		73.941	1.160.235	15,7

Nota: Il periodo di riferimento è relativo alla data di scarico dei farmaci dal contenitore.
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Il valore medio delle confezioni di “farmaci validi” (13-14 euro nell’ultimo biennio) supera sensibilmente quello dei farmaci da banco derivanti dalla GRF e si avvicina a quello delle donazioni aziendali perché entrambe queste fonti coprono patologie e terapie più costose.

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

Diversamente dalla GRF, nella RFV i donatori non debbono sostenere alcun esborso monetario; debbono semplicemente evitare lo spreco per ridare valore a un bene già in loro possesso.

I dati definitivi del 1° semestre 2018 - che tengono conto solo di ciò che è già stato distribuito agli enti caritativi - permettono di comparare gli andamenti per singola provincia della RFV (**tab. 11.3**): in termini assoluti il primato spetta alle province di Torino e di Milano, se però si considera il numero medio di confezioni raccolte in ciascuna provincia, il primato spetta alla provincia di Macerata, con 593 pezzi per farmacia, a fronte di un dato medio complessivo di 241 pezzi (**fig. 11.1**).

113.000 confezioni di farmaci raccolti nel 2017, 73.000 nel 1° semestre 2018.

TABELLA 11.3. Numero di confezioni di farmaci raccolti mediante il Recupero di Farmaci Validi e relativo numero di farmacie (in cui è avvenuto lo scarico dei contenitori). Province italiane, 1° semestre 2018.

Provincia	Numero di confezioni	Numero di farmacie
LU	1.219	6
MB	9.485	16
MC	1.618	4
MI	20.578	66
MN	3.371	12
RM	10.055	47
TO	21.362	131
VA	1.227	4
VR	5.026	12
Totale	73.941	298

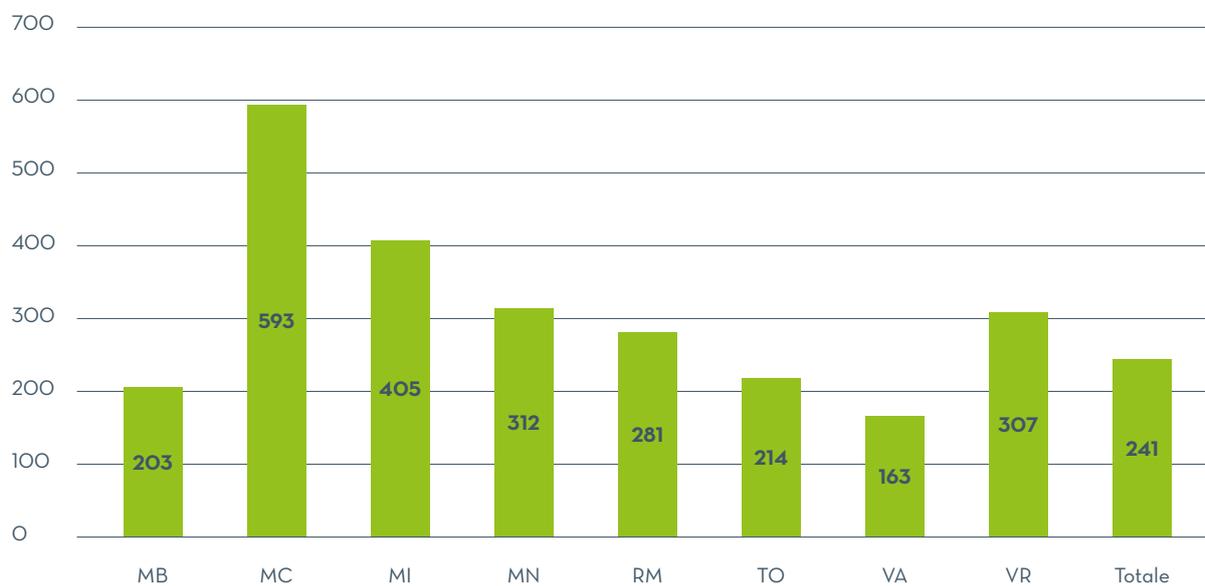
Note: 1 Il periodo di riferimento è relativo alla data di scarico dei farmaci dal contenitore.

2 Il numero di farmacie si riferisce alle sole farmacie in cui al 1° luglio 2018 è stato già fatto nel corso dell’anno almeno uno scarico.

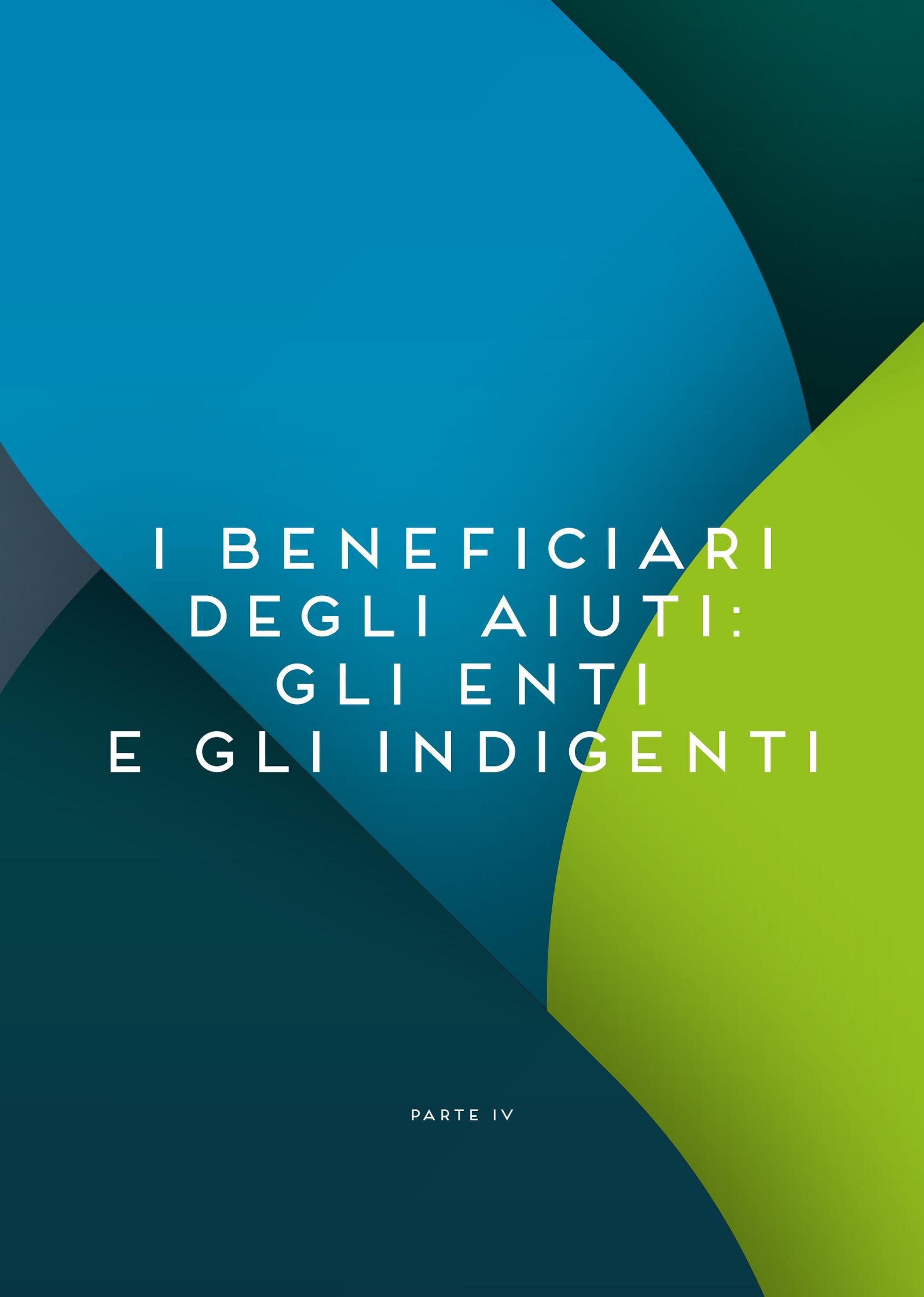
3 Nella provincia di MB è conteggiata anche una farmacia di LC che fa capo alla gestione della sede territoriale di MB.

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

FIGURA 11.1. Numero medio di confezioni raccolte per farmacia mediante il recupero di farmaci validi. Province italiane, 1° semestre 2018.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.



I BENEFICIARI DEGLI AIUTI: GLI ENTI E GLI INDIGENTI

PARTE IV

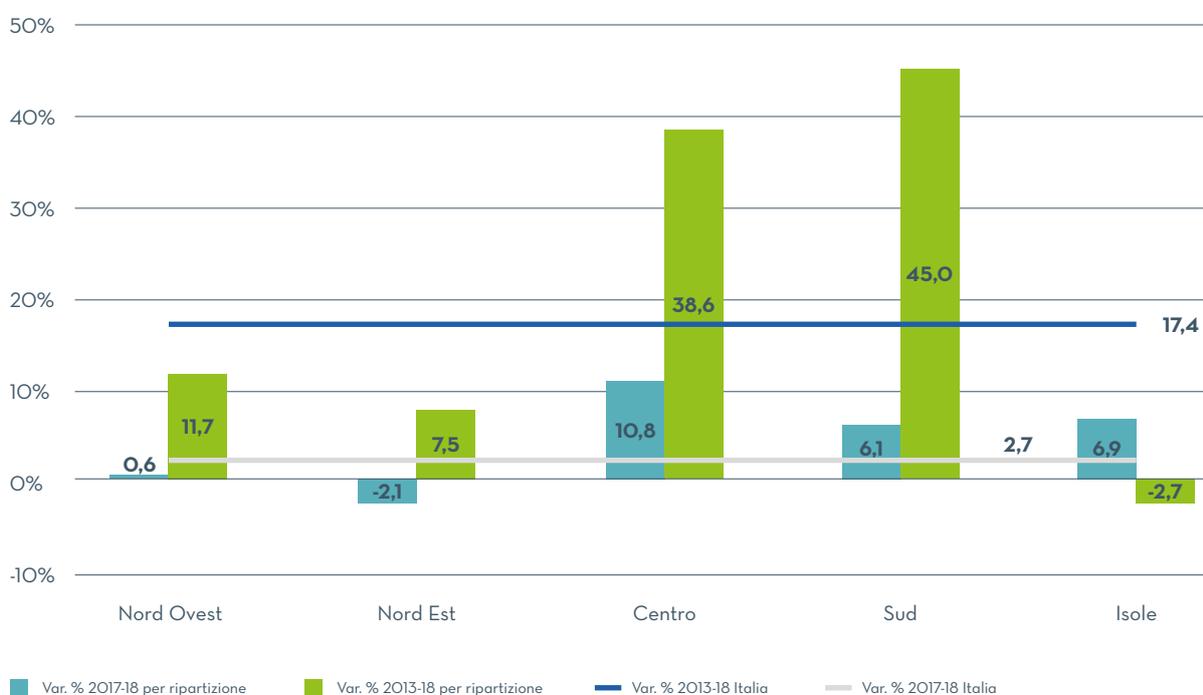
12. GLI ENTI NON PROFIT

Mentre le farmacie aderenti alla GRF 2018 sono aumentate sensibilmente rispetto all'anno precedente (+8,4%), il numero degli enti non profit convenzionati con il Banco Farmaceutico è aumentato in misura più ridotta (+2,7%), con variazioni non omogenee nelle singole ripartizioni. Al risultato nazionale contribuiscono soprattutto il Centro Italia (+10,8%), il Sud (+6,1%) e le Isole (+6,9%), compensando la leggera diminuzione (-2,1%) nel Nord Est (**fig. 12.1**).

La variazione percentuale degli enti risulta più sensibile se si considera il lungo periodo (2013-2018: +17,4%), anche in questo caso grazie ai notevoli passi avanti

registrati nel Sud (+45%) e nel Centro (+38,6%). Questi andamenti esprimono una situazione ambivalente, dalle conseguenze paradossali: l'aumento degli enti convenzionati con la GRF segna, da un lato, il crescente interesse per questo evento benefico, legato alla sua reputazione e ai suoi risultati positivi; dall'altro lato produce un aumento delle richieste di farmaci che per essere esaudite richiedono un incremento almeno proporzionale delle donazioni. Nei fatti, questa circostanza si è verificata parzialmente solo in alcune aree territoriali, lasciando aperto il gap tra aspettative e realizzazioni¹¹, come documenta l'elaborazione sintetizzata nella **figura 12.2**.

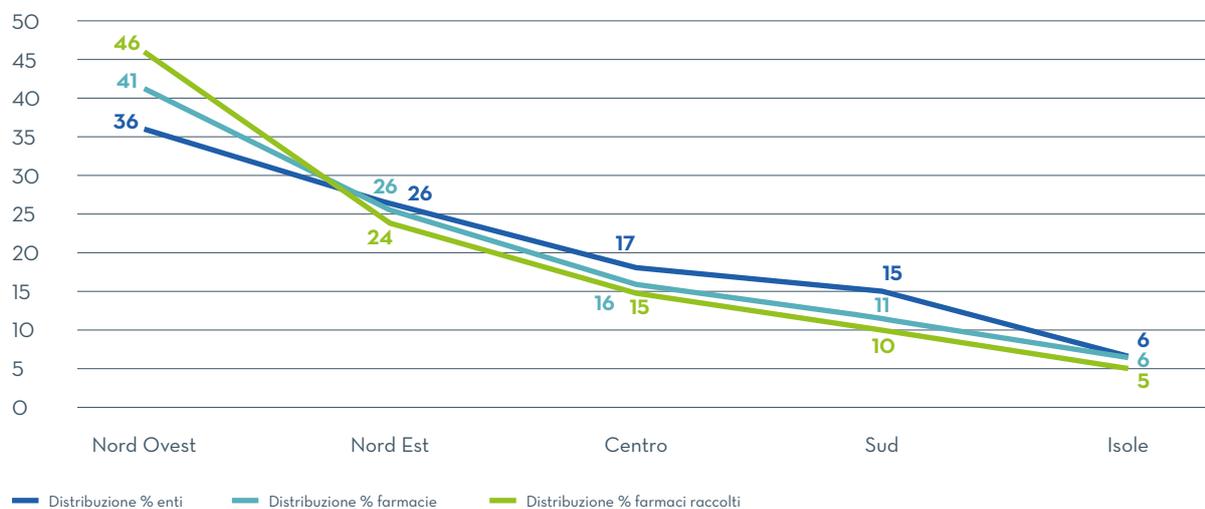
FIGURA 12.1. **Variazione percentuale degli enti nell'ultimo biennio (2017-2018) e sul lungo periodo (2013-2018). Ripartizioni italiane.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF

¹¹ Dalla tabella 10.1 sappiamo che l'incremento dei farmaci raccolti nel periodo 2013-2018 è stato solo del 7,5%, insufficiente a soddisfare la richiesta di farmaci aumentata nello stesso periodo del 22% (cfr. tab. 12.2), a fronte di un concomitante aumento del 17,4% del numero di enti convenzionati per la GRF.

FIGURA 12.2. GRF 2018: distribuzione percentuale per ripartizione degli enti, delle farmacie e dei farmaci raccolti. Anno 2018.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

La situazione risulta favorevole nel Nord Ovest perché la quota dei farmaci raccolti in questa area (46%) supera sia la quota delle farmacie aderenti alla GRF (41%) sia la quota degli enti (36%); risulta invece sfavorevole - sia pure di poco - nelle altre ripartizioni dove gli enti hanno un peso percentuale più che proporzionale rispetto al peso dei farmaci raccolti e delle farmacie. Questi dati offrono, indirettamente, informazioni anche sulla propensione al dono, più soddisfacente nel Nord Ovest e più contenuta in tutte le altre ripartizioni.

In generale, possiamo dire che quando la percentuale dei farmaci raccolti in una determinata area supera la corrispondente percentuale delle farmacie e degli enti, i risultati finali della GRF risultano comparativamente più vantaggiosi dei casi in cui si raggiunge un risultato inverso.

Le variazioni intervenute nell'ultimo biennio hanno modificato leggermente la distribuzione percentuale degli enti nelle diverse ripartizioni, senza però modificare la tradizionale graduatoria che vede la maggiore concentrazione nel Nord Ovest e quella minore nelle Isole (fig. 12.3).

FIGURA 12.3. Numero di enti e distribuzione percentuale per ripartizione. Anno 2018.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

MAPPA 12.1. Numero di enti. Comuni italiani, anno 2018.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

MAPPA 12.2. Addensamento degli enti intorno alle farmacie partecipanti alla GRF. Comuni italiani, anno 2018.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Per comprendere il tipo di servizio reso agli indigenti e all'intera collettività dagli enti non profit convenzionati con il Banco Farmaceutico è necessario andare oltre il loro profilo quantitativo, concentrandosi anche sul loro profilo qualitativo. Molti di questi enti erogano più tipi di servizi ai loro assistiti, dimostrando di saper rispondere a bisogni complessi e di possedere una organizzazione altrettanto complessa (**tab. 12.1**).

All'assistenza propriamente sanitaria appartiene la distribuzione di farmaci (praticata nel 60% dei casi), l'assistenza medica (31%) e infermieristica (30%); all'assistenza propriamente sociale appartiene invece l'erogazione di servizi mensa e la distribuzione di pacchi alimentari (praticata nel 52% dei casi), la distribuzione di abbigliamento (36%), la presenza di un segretariato sociale (33%).

TABELLA 12.1. **Servizi offerti dagli enti (numero e quota % di enti). Italia, anno 2018.**

Provincia	N. Enti	Quota % di enti
Servizio mensa o distribuzione cibo e pacchi alimentari	862	52%
Assistenza infermieristica	502	30%
Assistenza medica	510	31%
Distribuzione farmaci	1006	60%
Dormitorio	187	11%
Casa di accoglienza o comunità	839	50%
Distribuzione abbigliamento	597	36%
Servizi per l'igiene (docce)	235	14%
Erogazione di contributi monetari o pagamento utenze	407	24%
Servizio di segretariato sociale e ascolto	550	33%
Accompagnamento	406	24%
Sportello Lavoro	171	10%
Servizio Legale	158	10%
Altro	165	10%

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

Nell'ambito della vocazione sociale di molti enti rientrano anche i servizi di accompagnamento (24%) e l'erogazione di aiuti monetari (24%) a cui si aggiunge la gestione di sportelli lavoro (10%), di servizi legali (10%) e di supporti vari. Il 50% degli enti convenzionati gestisce case o comunità di accoglienza, assiste dunque ospiti fissi, per un periodo più o meno lungo. Gli enti convenzionati con il Banco Farmaceutico svolgono, in sintesi, funzioni di tipo socio-sanitario, ovvero integrano tra loro due dimensioni essenziali per dare efficacemente aiuto a chi è povero di mezzi economici oltre che povero di salute. La dibattuta questione sulla necessità di integrare tra loro i servizi sanitari e i servizi sociali trova in questo caso un'attuazione pratica, dotata di valore simbolico oltre che di valore operativo. Se aggiungiamo a queste due dimensioni anche la dimensione dell'accesso a bassa soglia, di tipo universale, si può a ragione sostenere che gli enti caritativi qui considerati praticano in via teorica e in via pratica un vero e proprio **servizio sanitario solidale**.

In tema di servizi sanitari è molto importante sottolineare che in quasi la metà degli enti (47,2%) è presente un medico, specialmente in quelli localizzati nelle regioni del Centro (53,7%) e del Sud (52,9%), ove prevalgono anche le strutture comunitarie e residenziali (**fig. 12.4**).

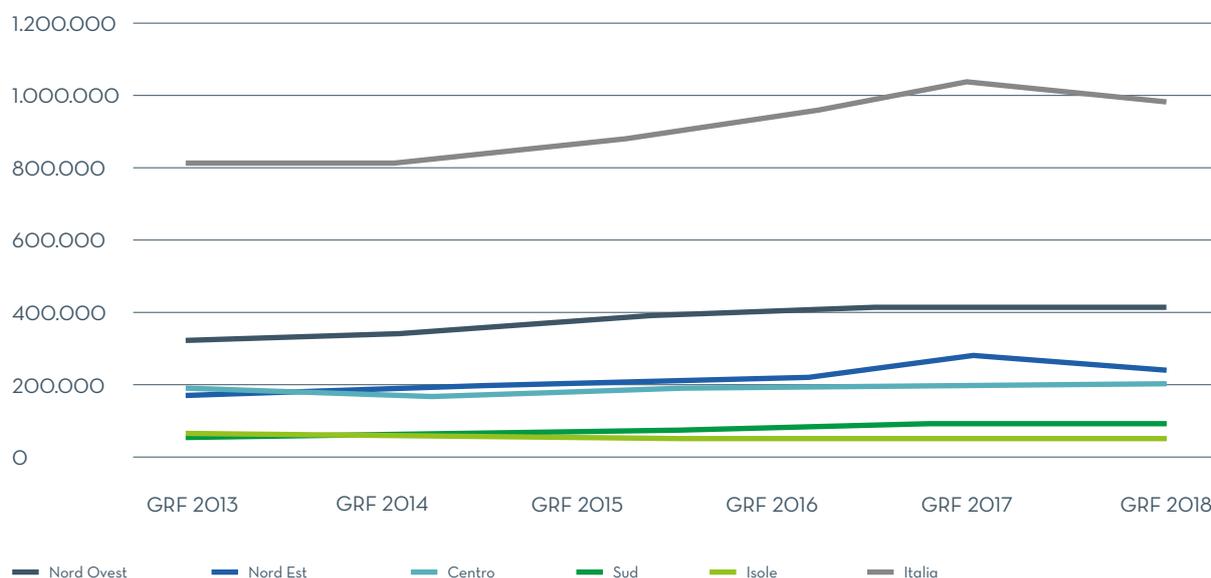
All'aumento del numero di enti convenzionati (+17% nel periodo 2013-18 e +2,7% nel biennio 2017-2018), corrisponde, come già anticipato, anche l'aumento del fabbisogno e dunque delle richieste di aiuto sotto forma di numero di farmaci. Nel lungo periodo questa richiesta è cresciuta in effetti del 22% su base nazionale, con un picco positivo del 52% nelle regioni del Sud, controbilanciato, in parte, dalla contrazione (-21,9%) registrata nelle Isole (**tab. 12.2**). All'interno di questo andamento di lungo periodo si colloca, in modo sintomatico, la leggera contrazione a livello nazionale della richiesta di farmaci nell'ultimo biennio (-4%), decisamente accentuata nel Nord Est (-12,1%), più ridotta nel Nord Ovest (-2,9%) e nel Centro (-1,1%), assente nelle Isole e nel Sud dove anzi le richieste sono state in aumento (rispettivamente +8% e +1,4%).

FIGURA 12.4. **Presenza del medico negli enti (valori %). Ripartizioni italiane, anno 2018.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

TABELLA 12.2. Richieste degli enti in occasione della GRF (Numero di confezioni). Ripartizioni italiane, anni 2013-2018.



Ripartizione	Variazione % 2013-18	Variazione % 2017-18
Nord Ovest	27,7%	-2,9%
Nord Est	37,7%	-12,1%
Centro	5,2%	-1,1%
Sud	52,0%	1,4%
Isole	-21,9%	8,0%
Italia	22,2%	-4,1%

Nota: 1 Il dato 2013 non corrisponde con quello pubblicato nel 1° rapporto perché era stata usata la sede legale e non la sede operativa quando diversa dalla legale.

2 Per il 2017 sono considerati anche i 164 farmaci richiesti da un ente rumeno (riceve farmaci da una farmacia di Bergamo).

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

La spiegazione di questo andamento imprevisto va ricercata nella capacità degli enti di valutare meglio il loro fabbisogno, grazie ad alcune innovazioni gestionali (verificatesi negli enti di maggiori dimensioni) e alla autolimitazione delle richieste sulla base dei risultati storici.

Ci riferiamo in questo caso al *tasso di copertura delle richieste* (rapporto tra confezioni richieste e confezioni ricevute) garantito dalla GRF, che nel corso degli anni si è attestato attorno al 35-37%.

Nella GRF 2018 il tasso di copertura delle richieste ha raggiunto il 37,9% su base nazionale, con picchi particolarmente elevati in Puglia (59,2%), Valle d'Aosta (58%) Sardegna (57,8%), Emilia-Romagna 50,3%, Lombardia (49,9%), Friuli-Venezia Giulia (46,4%), Toscana 49,8%) e Marche (45,4%) (**tab. 12.3**).

TABELLA 12.3. Richieste degli enti in occasione della GRF e copertura rispetto alle confezioni ripartite. Regioni italiane, anno 2018.

Regione	N. di confezioni richieste	N. di confezioni ripartite	Tasso di copertura %
Piemonte	133.382	47.646	35,7%
Valle d'Aosta	3.373	1.957	58,0%
Lombardia	222.220	110.917	49,9%
Trentino-Alto Adige	28.424	5.542	19,5%
Veneto	104.592	32.230	30,8%
Friuli-Venezia Giulia	37.032	17.177	46,4%
Liguria	48.070	11.695	24,3%
Emilia-Romagna	72.036	36.210	50,3%
Toscana	37.854	18.838	49,8%
Umbria	18.519	6.816	36,8%
Marche	23.589	10.708	45,4%
Lazio	121.576	20.136	16,6%
Abruzzo	9.906	3.946	39,8%
Molise	4.618	710	15,4%
Campania	23.740	6.315	26,6%
Puglia	31.657	18.739	59,2%
Basilicata	11.919	4.512	37,9%
Calabria	7.483	2.762	36,9%
Sicilia	42.245	13.575	32,1%
Sardegna	10.829	6.261	57,8%
Italia	993.064	376.692	37,9%

Nota: Sono considerati anche i farmaci richiesti e ripartiti a un ente rumeno (riceve farmaci da una farmacia di Bergamo).
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Una specifica attenzione merita la situazione dei 38 enti non profit che operano all'estero, pur avendo la loro sede in Italia; nel 1° semestre del 2018 hanno richiesto 64 mila confezioni di farmaci, ottenendone poco più di 10 mila, con un tasso di copertura abbastanza modesto (15,6%) (tab. 12.4).

Questo ridotto tasso di copertura dipende dal tipo di farmaci richiesti, a cui possono rispondere solo le aziende

farmaceutiche, che non a caso risultano le principali donatrici per gli enti che operano all'estero.

Gli enti assistenziali hanno bisogno di 993.064 confezioni di farmaci.

TABELLA 12.4. **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 italiane sede dell'ente, anno 2018.**

Sede italiana dell'ente operante all'estero	N. Enti	N. di confezioni richieste	N. di confezioni ripartite	Tasso di copertura %
Nord Ovest	11	16.227	3.821	23,5%
Nord Est	10	9.229	1.737	18,8%
Centro	12	31.353	2.983	9,5%
Sud	3	7.059	1.441	20,4%
Isole	2	443	54	12,2%
Italia	38	64.311	10.035	15,6%
% sul totale enti (operanti in Italia o all'estero)	2,1%	6,5%	2,7%	-

Nota: Si tratta di enti con sede italiana che operano all'estero ad eccezione di un ente con sede in Romania.
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

13. I RICHIEDENTI AIUTO: POVERI DI REDDITO, POVERI DI SALUTE

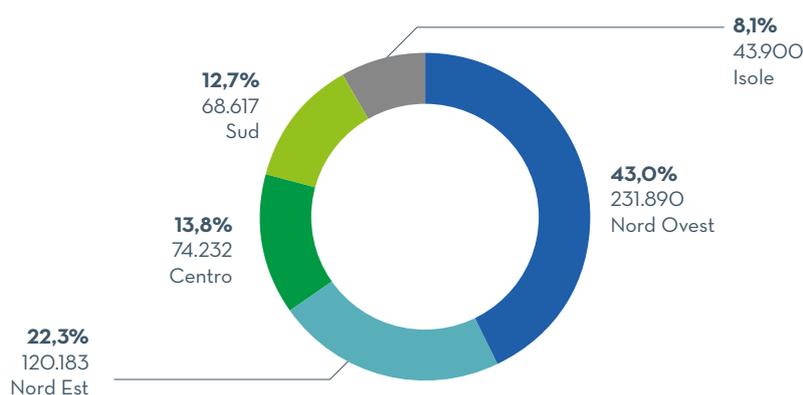
Lo sbocco finale della filiera solidale fin qui esaminata è rappresentato dai beneficiari degli aiuti farmaceutici e sanitari erogati dagli enti caritativi che nel loro insieme gestiscono un Servizio Sanitario Solidale.

Nel primo semestre 2018 il loro numero ha raggiunto le 538 mila unità¹², proseguendo il trend positivo degli anni precedenti e confermando la loro distribuzione territoriale,

di gran lunga più elevata nel Nord Ovest (43%), seguita a notevole distanza dalle altre ripartizioni (**fig. 13.1**).

Sul totale dei richiedenti aiuto, l'11% si trova all'estero, con quote variabili nelle singole ripartizioni: praticamente assenti nel Sud e maggiormente concentrate nel Centro (15,2%) e nel Nord Ovest e Nord Est a pari merito (13,5%) (**tab. 13.1**).

FIGURA 13.1. Numero di beneficiari e distribuzione percentuale per ripartizione. Anno 2018.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

TABELLA 13.1. Numero di beneficiari totali e numero beneficiari di enti che operano all'estero per ripartizione della sede italiana dell'ente. Anno 2018.

Ripartizioni	Numero totale beneficiari	Numero di beneficiari di enti che operano all'estero	Quota % di beneficiari di enti che operano all'estero
Nord Ovest	231.890	31.414	13,5
Nord Est	120.183	16.028	13,3
Centro	74.232	11.248	15,2
Sud	68.617	161	0,2
Isole	43.900	290	0,7
Italia	538.822	59.141	11

Note: 1 Ai 6 enti con informazione mancante è stato applicato il dato medio di 337 individui assistiti.

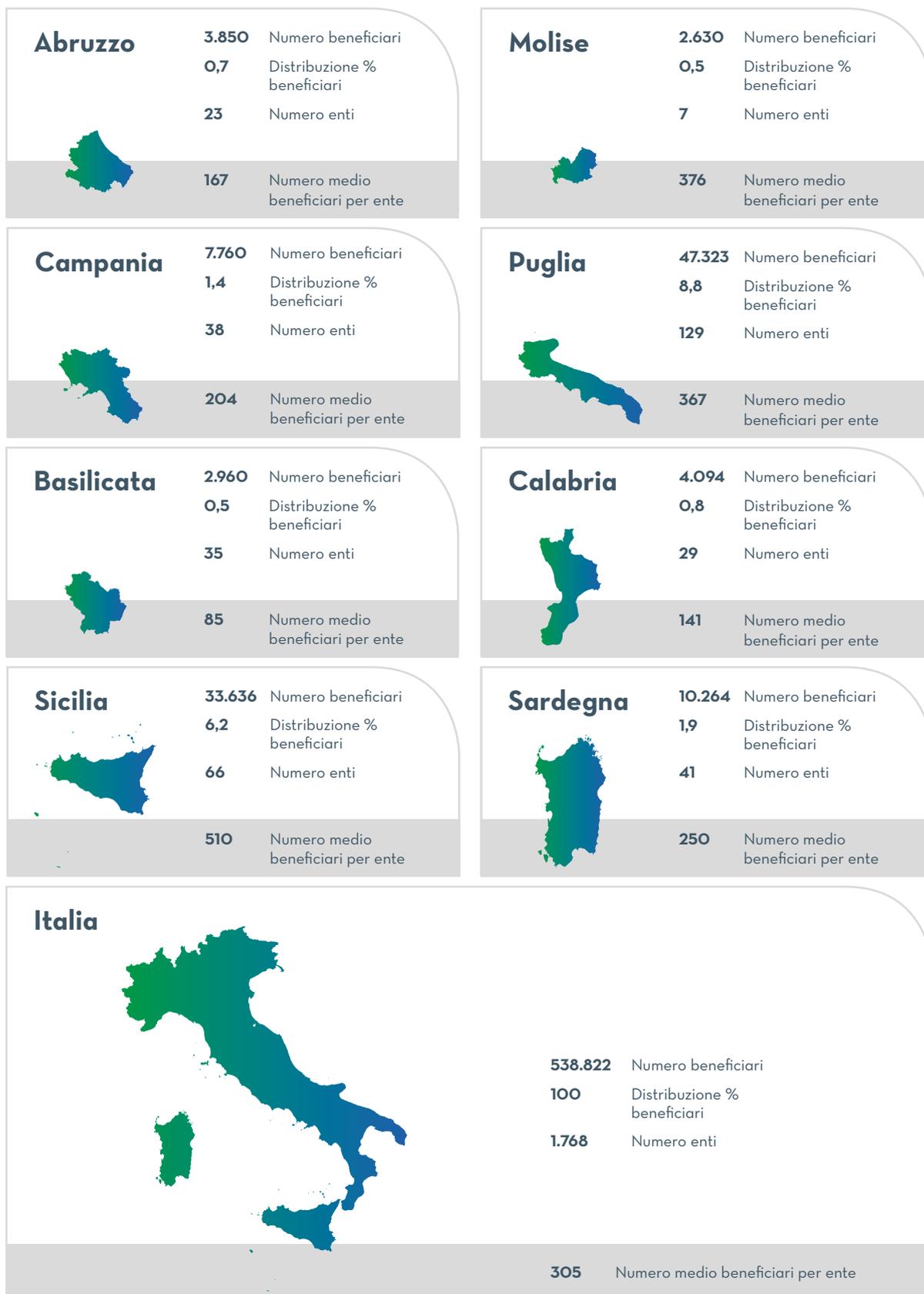
2 Gli enti che operano all'estero hanno sede italiana a eccezione di un ente con sede in Romania.

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

12 32 enti, con sede prevalentemente al Sud (27 enti), non hanno segnalato il numero dei beneficiari.

TABELLA 13.2. Distribuzione dei beneficiari e numero medio di beneficiari per ente. Regioni italiane. Anno 2018.

Piemonte 	41.336 Numero beneficiari 7,7 Distribuzione % beneficiari 171 Numero enti	242 Numero medio beneficiari per ente
Valle d'Aosta 	867 Numero beneficiari 0,2 Distribuzione % beneficiari 9 Numero enti	96 Numero medio beneficiari per ente
Lombardia 	139.465 Numero beneficiari 25,9 Distribuzione % beneficiari 382 Numero enti	365 Numero medio beneficiari per ente
Trentino-Alto Adige 	11.770 Numero beneficiari 2,2 Distribuzione % beneficiari 20 Numero enti	589 Numero medio beneficiari per ente
Veneto 	35.978 Numero beneficiari 6,7 Distribuzione % beneficiari 135 Numero enti	267 Numero medio beneficiari per ente
Friuli-Venezia Giulia 	11.963 Numero beneficiari 2,2 Distribuzione % beneficiari 94 Numero enti	127 Numero medio beneficiari per ente
Liguria 	50.222 Numero beneficiari 9,3 Distribuzione % beneficiari 70 Numero enti	717 Numero medio beneficiari per ente
Emilia-Romagna 	60.472 Numero beneficiari 11,2 Distribuzione % beneficiari 209 Numero enti	289 Numero medio beneficiari per ente
Toscana 	19.002 Numero beneficiari 3,5 Distribuzione % beneficiari 111 Numero enti	171 Numero medio beneficiari per ente
Umbria 	6.129 Numero beneficiari 1,1 Distribuzione % beneficiari 46 Numero enti	133 Numero medio beneficiari per ente
Marche 	7.583 Numero beneficiari 1,4 Distribuzione % beneficiari 82 Numero enti	92 Numero medio beneficiari per ente
Lazio 	41.518 Numero beneficiari 7,7 Distribuzione % beneficiari 71 Numero enti	585 Numero medio beneficiari per ente



Note: 1 Ai 6 enti con informazione mancante è stato applicato il dato medio di 337 individui assistiti.

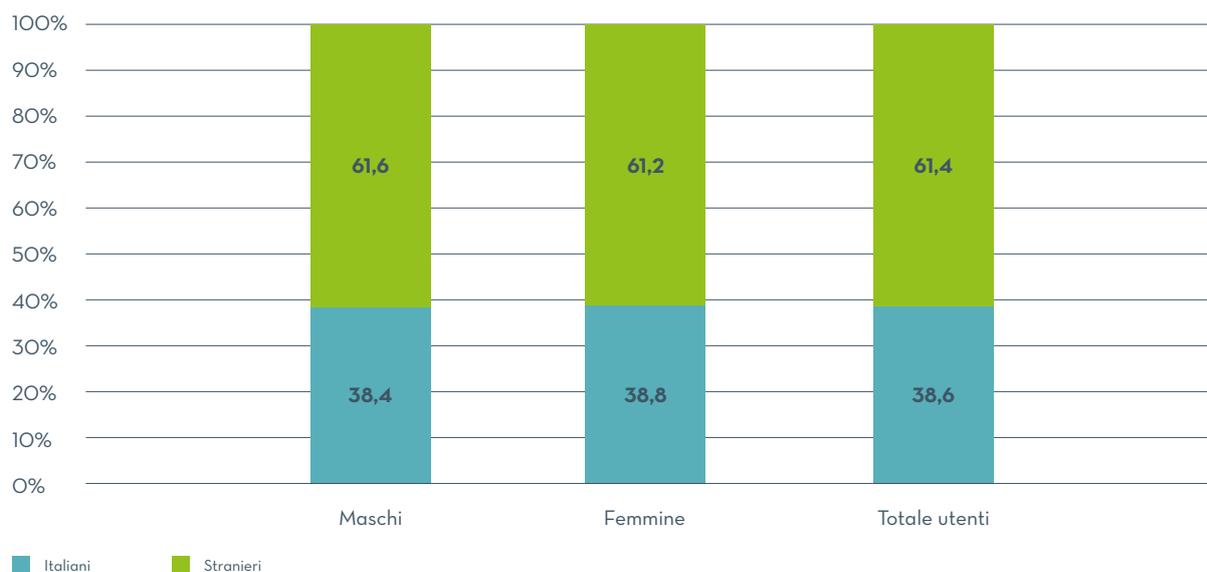
2 Sono considerati anche gli assistiti di 1 ente con sede in Romania (riceve farmaci da una farmacia di Bergamo).

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

I beneficiari finali delle donazioni distribuite dagli enti caritativi sono, in via prevalente, cittadini di nazionalità straniera (61,4%), ripartiti equamente tra maschi e femmine (61,6% e 61,2%). Analogamente identica è la composizione di genere degli italiani (38,4% e 38,8%), che nel loro insieme pesano per il 38,6% sul totale dei richiedenti aiuto (fig. 13.2).

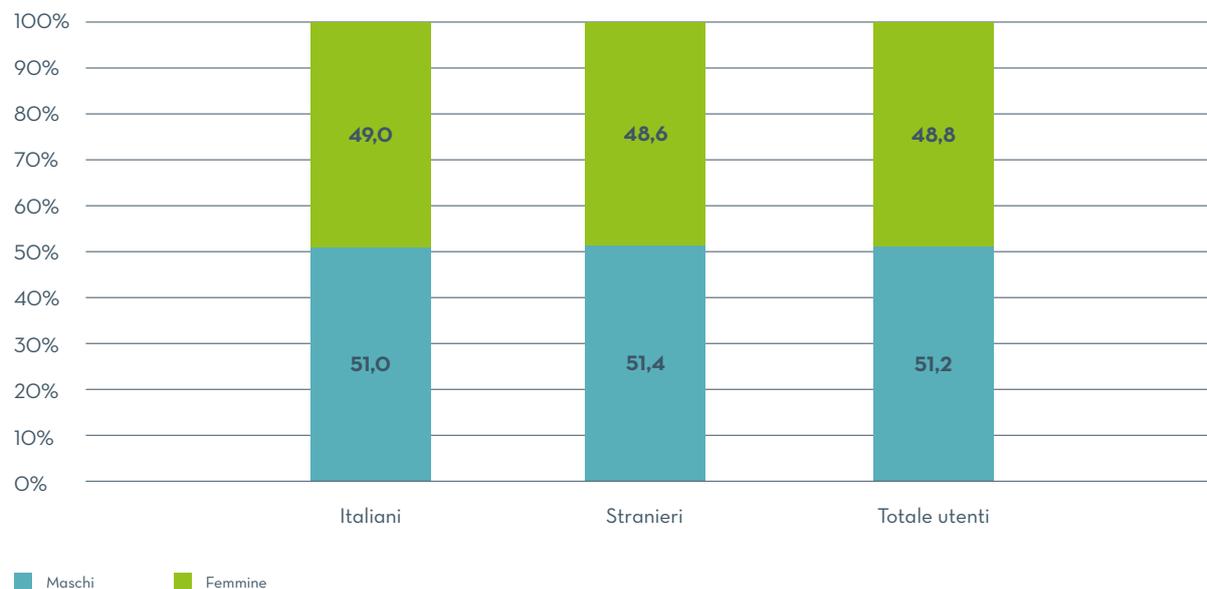
Nell'insieme dei richiedenti aiuto prevalgono leggermente i maschi (51,2%) sulle femmine (48,8%), sia tra gli italiani (51% vs. 49%) che tra gli stranieri (51,4% vs. 48,6%) (fig. 13.3).

FIGURA 13.2. **Composizione per cittadinanza dei beneficiari differenziati fra maschi e femmine (valori %). Italia, anno 2018.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

FIGURA 13.3. **Composizione per genere dei beneficiari differenziati fra italiani e stranieri (valori %). Italia, anno 2018.**



Decisamente sintomatica è la composizione dei richiedenti aiuto per fasce d'età, se si considera che i minori di 18 anni sono un quarto del totale (25,6%) e ben più numerosi degli anziani (14,9%). Questo dato è direttamente correlato alla composizione per classe d'età degli immigrati che vivono nel nostro Paese, nel cui ambito i più giovani e gli adulti, superano ampiamente i più anziani (fig. 13.4).

Alle classi di età degli assistiti è verosimilmente correlato il loro stato di salute e il tipo di supporto farmaceutico e sanitario di cui hanno bisogno: a livello nazionale, il 62,6% ha problemi legati a malattie acute, il 22,8% soffre di malattie croniche (necessita dunque di terapie di lunga durata), e solo il 14,6% ha problemi di salute legati all'età (anziana) (fig. 13.5).

FIGURA 13.4. **Composizione per età dei beneficiari differenziati fra italiani e stranieri (valori %). Italia, anno 2018.**

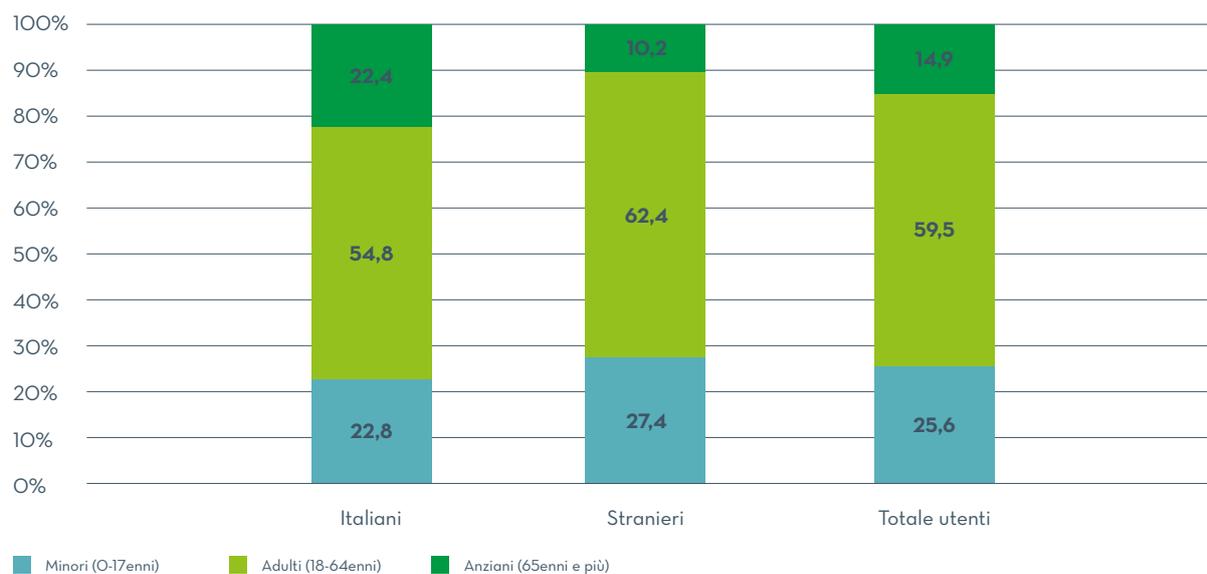
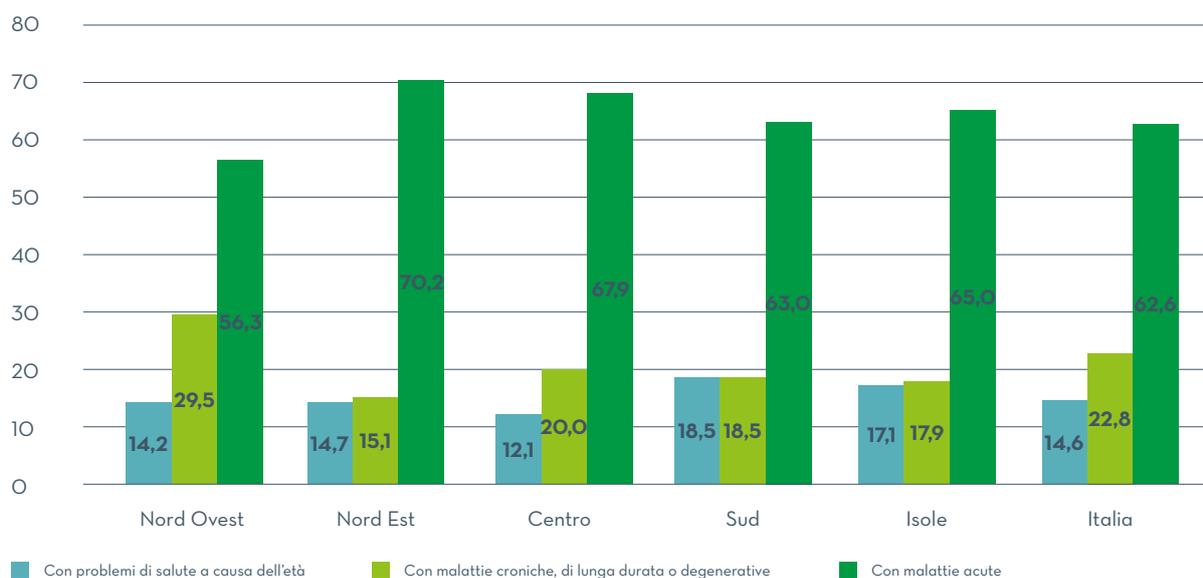


FIGURA 13.5. **Composizione dei beneficiari per stato di salute (valori %). Ripartizioni italiane, anno 2018.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF

Gli assistiti con malattie croniche si concentrano principalmente nel Nord Ovest (29,5%) non tanto per ragioni epidemiologiche quanto perché qui risiedono gli enti con più risorse, capaci di erogare terapie di lunga durata. Anche in questo, il profilo degli aiuti e degli interventi è guidato dall'offerta (risorse e capacità operative degli enti) 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 (352 mila, pari al 18,3% di 1 milione e 928 mila poveri residenti in questa area), mentre nel Mezzogiorno - dove risiedono 2 milioni 359 mila poveri, ovvero il 46,6% del totale nazionale - gli assistiti dagli enti caritativi sono solo il 4,8% dei potenziali bisognosi (fig. 13.6). Questa limitata capacità degli enti caritativi operanti nel Mezzogiorno di far fronte alla domanda potenziale di aiuto dipende dalla loro limitata diffusione sul territorio e dalla scarsità delle risorse materiali, organizzative e umane di cui dispongono anche nei luoghi in cui già operano.

A livello generale, si deve notare che gli interventi degli enti caritativi sostenuti da Banco Farmaceutico nel 1° semestre del 2018 hanno dato una copertura assistenziale inferiore a quella raggiunta del 2017 (10,7% vs. 12,1%) a causa della maggiore incidenza della povertà assoluta.

Non va dimenticato che la filiera della solidarietà promossa e sostenuta dal Banco Farmaceutico esprime la volontà dei diversi attori coinvolti di impegnarsi a sostegno degli indigenti (in base al principio di sussidiarietà), ma anche la loro consapevolezza di poter dare solo un contributo parziale alla vastità dei problemi, che solo una più stretta alleanza tra il settore pubblico e il settore privato-sociale sarebbe in grado di affrontare. Questa prospettiva risulta tanto più evidente e urgente nell'attuale congiuntura perché la povertà assoluta continua a crescere in tutto il Paese e i necessari investimenti economico-sociali ristagnano invece che aumentare.

FIGURA 13.6. **Potenziale copertura dei bisogni farmaceutici e sanitari. Ripartizioni italiane, anni 2017 e 2018.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF



BISOGNI DI SALUTE, BISOGNI DI CURE

PARTE V

14. PATOLOGIE CRONICHE NELLA POPOLAZIONE INDIGENTE: IL CASO DEL DIABETE MELLITO¹³

14.1 Il Disegno della ricerca

L'Europa esercita una potente attrattiva per un numero sempre maggiore di stranieri che lasciano la propria patria in cerca di condizioni di vita migliori (i migranti economici) e per coloro che fuggono da guerre, persecuzioni sociali, religiose e politiche o da carestie e povertà estrema (i migranti forzati). Questo flusso continuo e apparentemente inarrestabile di persone sta progressivamente mutando la composizione delle popolazioni dei Paesi ospitanti e la loro epidemiologia, fatto del quale si deve necessariamente tener conto nel pianificare adeguati interventi sanitari di cura e prevenzione.

Per anni è stato avallato il cosiddetto “Teorema del Migrante Sano” (*Healthy Migrant Effect*), secondo il quale gli stranieri che si muovono in cerca di nuove opportunità di vita sarebbero in prevalenza giovani che godono di una salute migliore di quella degli omologhi nati nel Paese di destinazione. Questo concetto, tuttavia, è stato recentemente sottoposto a una profonda revisione critica, poiché diversi studi hanno dimostrato che la differenza viene rapidamente persa con la durata della permanenza, soprattutto per il mutamento delle abitudini alimentari, per l'esposizione a sostanze inquinanti e per l'aderenza a stili di vita impropri con cui vengono in contatto al loro arrivo [nota 1 e 2]. Il risultato è un aumento del carico di malattie croniche non trasmissibili (*Non Communicable Diseases, NCD*) che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, rappresentano attualmente la principale causa di morte, di disabilità e di spesa sanitaria a livello

planetario [3]. Si tratta di condizioni come le neoplasie, il diabete mellito, le patologie cardiovascolari, le malattie ostruttive polmonari croniche e le affezioni psichiatriche. Alcuni autori hanno addirittura formulato il concetto di “contagio sociale” e hanno ravvisato la necessità di cambiare la denominazione delle NCD mutandola in “Malattie Socialmente Trasmesse” (*Socially Transmitted Conditions*), per sottolineare che esse colpiscono soprattutto le fasce più vulnerabili della popolazione e che la loro prevenzione non può basarsi principalmente o esclusivamente su interventi volti a modificare lo stile di vita dei singoli individui, bensì richiede politiche sanitarie nazionali finalizzate al loro contenimento [4].

L'analisi dei grandi database sanitari di molti Paesi europei ha dimostrato inequivocabilmente che le NCD sono estremamente diffuse tra le persone in condizioni di disagio e marginalità sociale [5], che spesso oltretutto rinunciano alle cure perché impossibilitati a partecipare alle spese del Servizio Sanitario Nazionale mediante il pagamento dei ticket per l'acquisto dei farmaci o per altre prestazioni mediche. Si tratta dei nativi più poveri a cui si aggiungono gli stranieri, soprattutto quelli non in regola con le leggi sull'immigrazione, che incontrano ulteriori ostacoli nel rivolgersi alle strutture di cura per il timore di essere identificati, per la scarsa conoscenza delle procedure o a causa di barriere linguistiche, culturali e psicologiche. La situazione si è aggravata negli ultimi anni con l'aumento degli arrivi dei migranti forzati provenienti dalle aree geografiche meno sviluppate del pianeta, dove queste malattie si stanno diffondendo in modo “epidemico” e sono ormai responsabili di un numero di morti superiore a quello causato dalle patologie infettive.

¹³ **Silvano G. Cella**, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano e Osservatorio Donazione Farmaci del Banco Farmaceutico, con la collaborazione di: **Gianfrancesco Fiorini**, Istituti Clinici Zucchi, Gruppo San Donato; **Antonello E. Rigamonti**, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano; **Silvia Badalamenti**, Osservatorio Donazione Farmaci del Banco Farmaceutico.

Nel loro insieme questi elementi pongono nuove sfide ai Servizi Sanitari dei Paesi europei, chiamati a garantire la qualità e la sostenibilità delle cure per tutti i residenti. Questo vale anche per l'Italia, poiché nel nostro Paese la normativa riguardante la tutela della salute è molto inclusiva e comprende (a parità di condizioni con i nativi) anche gli stranieri con regolare permesso di soggiorno ed è parzialmente estesa agli irregolari grazie ai codici amministrativi STP (Straniero Temporaneamente Presente) ed ENI (Europeo Non Iscritto). Tuttavia, nonostante il lodevole intento inclusivo del legislatore, in Italia per i motivi sopra esposti è in aumento il numero di coloro che non possono beneficiare di adeguati percorsi di prevenzione, diagnosi e cura delle NCD. Per tutte queste persone svantaggiate la principale possibilità di ricevere gratuitamente assistenza medica primaria e terapie farmacologiche è rappresentata dagli ambulatori degli Enti Caritativi diffusamente presenti sul territorio, che svolgono un ruolo sussidiario fondamentale, integrandosi o sostituendosi efficacemente all'intervento pubblico qualora quest'ultimo non sia in grado di fornire una risposta adeguata al bisogno di salute.

Gli Enti Caritativi sono anche i principali depositari di informazioni attendibili sullo stato di salute dei migranti indigenti che, non essendo inseriti in alcun database sanitario e amministrativo, di fatto eludono ogni tipo di sorveglianza epidemiologica. Per questo motivo, coscienti che ogni forma di accoglienza debba basarsi innanzitutto sulla conoscenza del bisogno a cui si intende rispondere, abbiamo proseguito la collaborazione scientifica iniziata da alcuni anni con alcuni di questi Enti operanti a Milano, per indagare dal punto di vista epidemiologico la popolazione da essi assistita. In particolare, basandoci su precedenti osservazioni, abbiamo indirizzato la nostra attenzione sul diabete mellito di tipo 2 (T2DM) che affligge una rilevante percentuale di stranieri.

Il T2DM comporta un pesante fardello di disabilità e le sue complicanze occupano i primi posti tra le cause di morte, oltre a rappresentare una delle voci più rilevanti della spesa sanitaria nazionale e delle Regioni. Tuttavia, i dati attualmente disponibili relativi al suo impatto tra i migranti sono ancora molto scarsi. Fare riferimento all'epidemiologia dei Paesi di origine non sarebbe corretto, poiché questo approccio non terrebbe conto dell'influenza esercitata dalla migrazione stessa e dai determinanti di malattia incontrati nel Paese ospitante. È stata provata, infatti, l'esistenza di un legame tra diabete ed eventi stressanti, regimi alimentari incongrui e abitudini malsane quali fumo di sigaretta e consumo di alcool [6-8].

È noto da tempo che il T2DM non è un'entità clinica omogenea, bensì un ampio spettro di disordini metabolici accomunati da iperglicemia cronica e da complicanze che coinvolgono il sistema cardiovascolare, l'apparato renale, il sistema nervoso e l'occhio. Recentemente è stata proposta una nuova classificazione del T2DM in 5 sottogruppi, basandosi su presentazione clinica, riscontro di obesità, presenza di auto-anticorpi, grado di resistenza all'insulina, progressione della malattia, predisposizione allo sviluppo delle complicanze e necessità terapeutiche [9]. Si tratta di un approccio molto innovativo che, grazie alla facilità con cui può essere applicato in ambito clinico, consentirà di attuare una terapia sempre più personalizzata e appropriata per ogni singolo paziente. Nel nostro studio abbiamo seguito questa linea di pensiero con l'intento di ottenere informazioni sulle possibili differenze cliniche e di trattamento farmacologico del T2DM tra gli stranieri privi di documenti e gli italiani. Per realizzare il nostro obiettivo abbiamo confrontato le cartelle cliniche di un campione di circa 200 migranti assistiti dall'Ambulatorio Diabetologico di un grande Ente Caritativo di Milano con quelle di un campione di analoghe dimensioni di diabetici italiani curati presso un importante presidio ospedaliero metropolitano. Le cartelle cliniche di entrambi i gruppi di pazienti sono state selezionate in modo randomizzato dai rispettivi archivi.

14.2 I risultati

Per ogni paziente abbiamo analizzato i seguenti dati: storia familiare, età alla diagnosi, scolarità e stato socio-economico, abitudini voluttuarie come consumo di alcool e fumo di sigaretta, BMI (*Body Mass Index*, un indicatore di obesità rappresentato dal rapporto tra il peso espresso in chilogrammi ed il quadrato dell'altezza espressa in metri), la percentuale di HbA1c (emoglobina glicata, il cui valore è proporzionale alla concentrazione di glucosio nel sangue e che riflette i livelli medi di glicemia delle ultime 8-12 settimane), glicosuria e chetonuria (due indicatori di scarso controllo glicemico), complicanze del diabete, terapia anti-diabetica in atto e terapie farmacologiche per le malattie concomitanti. Per tutti i soggetti inclusi nello studio abbiamo inoltre calcolato l'indice Q (Q-score), un parametro il cui valore è direttamente proporzionale all'adeguatezza ed all'efficacia delle cure dei pazienti diabetici.

Nella popolazione migrante, il diabete sembra avere un esordio precoce rispetto agli italiani.

Nella **tabella 14.1** sono riassunte le principali caratteristiche demografiche e le differenze cliniche osservate tra i due gruppi di pazienti.

Come era lecito attendersi, tra i migranti sia il livello di scolarità, sia lo stato socio-economico (laddove noti) sono significativamente inferiori a quelli degli italiani. Questi ultimi, inoltre, hanno un'età anagrafica maggiore di quella degli stranieri.

Dalla nostra analisi è emerso che l'età di insorgenza del T2DM è più precoce nei migranti, anche se la malattia ha una durata media maggiore nel gruppo degli italiani esaminati. Inoltre, i migranti sono più raramente obesi, come evidenziato dai valori di BMI significativamente inferiori a quelli degli italiani e hanno una storia familiare positiva di diabete molto meno frequente.

Tra i diabetici migranti il controllo glicemico risulta meno soddisfacente rispetto agli italiani, come dimostrato dai valori più elevati di HbA1c e dalla più alta prevalenza di glicosuria e chetonuria.

Le abitudini malsane sono simili nei due gruppi, che presentano eguali percentuali di soggetti dediti al fumo di sigaretta o al consumo di alcool.

Una differenza rilevante è emersa dall'analisi delle complicanze del diabete: mentre tra gli italiani il coinvolgimento cardiovascolare è almeno sei volte più frequente rispetto a quanto osservato nei migranti, in questi ultimi prevalgono nettamente i danni a carico dell'apparato renale. Le complicanze neurologiche, oculari e cutanee (piede diabetico) sono invece simili nei due gruppi.

Infine, il valore di Q-score è significativamente inferiore nei migranti rispetto agli italiani, a indicare che tra gli stranieri l'adeguatezza e l'efficacia delle cure ricevute sono sub-ottimali.

Nella **tabella 14.2** sono riportate le differenze di trattamento farmacologico del T2DM e delle eventuali copatologie esistenti tra i due gruppi di pazienti.

TABELLA 14.1. **Caratteristiche demografiche e differenze cliniche osservate tra i migranti e gli italiani.**

	Migranti	Italiani
Età (anni±SD)	51.4±11.9	59.2±5.7
Età alla diagnosi (anni±SD)	43.8±11.5	48.0±8.7
Durata della malattia (anni±SD)	14.1±18.2	11.1±7.7
Storia familiare di diabete (%)	38.9	77.5
Scolarità (%)		
• Medio-bassa	2	443
• Alta		
• Ignota		
Stato socio-economico (%)		
• Basso	38	64.311
• Medio		
• Alto		
• Ignoto		
Consumo di alcool (%)	9.8	10.4
Abitudine al fumo (%)	22.2	27.0
BMI (kg/m²)	27.0±5.6	30.1±5.9
Hb1Ac (%)	9.0±2.1	7.1±1.0

	Migranti	Italiani
Glicosuria (%)	44.3	25.9
Chetonuria (%)	6.0	1.3
Complicanze cardio-vascolari (%)	6.1	41.0
Complicanze renali (%)	11.2	5.8
Retinopatia diabetica (%)	19.4	19.4
Neuropatia diabetica (%)	6.1	9.0
Ulcere (piede diabetico) (%)	2.2	1.3
Q-score	24.4±9.1	29.1±7.5

TABELLA 14.2. Differenze di trattamento farmacologico del T2DM ed eventuali copatologie esistenti tra i migranti e gli italiani (valori %).

	Migranti	Italiani
Nessuno o solo un farmaco anti-diabetico	40.5	27.6
Due farmaci anti-diabetici	45.2	33.8
Tre o più farmaci anti-diabetici	12.6	37.8
Solo farmaci ipoglicemizzanti orali	61.5	48.2
Insulina long-acting	32.1	49.5
Insulina fast-acting	23.1	18.9
Farmaci per concomitanti patologie cardiovascolari	47.9	87.8
Farmaci anti-trombotici	12.1	32.4
Farmaci anti-ipertensivi	38.9	63.9
Farmaci anti-dislipidemic	17.3	69.8
Uno o più farmaci per altre malattie (non cardiovascolari)	33.7	68.4

Nei pazienti della nostra casistica la terapia del T2DM si basa principalmente sulla somministrazione di farmaci ipoglicemizzanti orali (*Oral Hypoglycemic Drugs*, OAD) e di insulina (sia *fast-acting* che *long-acting*). Il pioglitazone e gli inibitori di DPP-4 (*dipeptidyl-peptidase-4*) sono solo marginalmente prescritti e i più recenti composti inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio (*sodium/glucose cotransporter-2*, SGLT-2) sono stati somministrati solo a 21 dei 222 pazienti italiani (9.5%) e a nessuno dei migranti.

Le differenze tra i due gruppi riguardano soprattutto la frequenza d'uso di questi diversi farmaci: a una percentuale maggiore di migranti sono prescritti solo gli OAD, mentre le insuline lente sono prescritte a una percentuale maggiore di italiani. Non abbiamo riscontrato differenze per quanto riguarda le insuline rapide.

In generale i pazienti migranti sono trattati meno intensivamente rispetto agli italiani: la maggior parte di essi riceve solo uno (o al massimo due) farmaci anti-diabetici, mentre circa il 40% degli italiani ne riceve tre o più concomitaneamente.

Anche il trattamento delle co-morbidità è diverso nei due gruppi: una percentuale significativamente maggiore di italiani (circa il doppio rispetto ai migranti) necessita di farmaci per la terapia delle malattie cardiovascolari. Tra questi, i composti maggiormente prescritti sono gli anti-trombotici, gli anti-ipertensivi e gli anti-dislipidemic.

14.3 Discussione dei risultati e conclusioni

Numerosi determinanti sono associati all'insorgenza del diabete, alle sue caratteristiche cliniche e alla sua progressione. Tra questi, l'appartenenza etnica è sicuramente uno dei più importanti [10], ma anche i fattori socio-economici esercitano un ruolo non marginale. Chiaramente lo stato di salute dei migranti presenti sul suolo europeo, soprattutto degli irregolari, risente di entrambi questi fattori. A ciò si somma la loro ridotta possibilità di accesso a regolari cure mediche e una scarsa aderenza alle indicazioni terapeutiche, un fenomeno che accomuna in generale tutti i pazienti diabetici.

Il rapido aumento del numero di stranieri irregolari provenienti da diverse aree geografiche contribuisce sicuramente a un mutamento dell'epidemiologia di questa malattia, ma per analizzare criticamente i dati

è necessario tener conto di numerosi possibili fattori confondenti. Il nostro studio, sebbene preliminare per il ridotto numero di pazienti per ora analizzato, rappresenta probabilmente il primo tentativo di fare chiarezza in questa situazione.

La prima conclusione importante che emerge dalla nostra analisi è che **nella popolazione migrante il diabete sembra avere un esordio più precoce rispetto agli italiani**. Questo dato conferma precedenti osservazioni indicanti che l'età di esordio della malattia è molto bassa in alcune popolazioni e acquisisce una rilevanza ancora maggiore se si considerano le condizioni di scarso benessere dei Paesi di origine dei migranti e le loro difficoltà di accesso alle cure in Italia, fatti che potrebbero aver ritardato la diagnosi della malattia. Tra i possibili fattori confondenti, l'urbanizzazione dei migranti potrebbe esercitare un ruolo rilevante, poiché è ormai noto che il cosiddetto "diabete urbano" presenta caratteristiche epidemiologiche, cliniche e prognostiche più sfavorevoli. Tuttavia, questo non sembra essere il nostro caso, poiché entrambi i gruppi di pazienti studiati risiedono nella stessa area metropolitana lombarda. Inoltre, l'aumento di prevalenza del diabete nelle città sembra essere conseguente a una maggiore prevalenza di obesità e sindrome metabolica, mentre i migranti da noi studiati hanno un BMI significativamente inferiore rispetto a quello degli italiani. Anche gli stili di vita insalubri potrebbero determinare un più precoce esordio del diabete, ma noi non abbiamo riscontrato differenze per quanto riguarda l'abitudine al fumo e il consumo di alcool tra i due gruppi.

Come era facilmente prevedibile, **il controllo glicemico è peggiore tra i migranti**, come indicato dai livelli più elevati di HbA1c. Anche la prevalenza della glicosuria è più elevata tra gli stranieri e ciò non può essere ascritto al trattamento, poiché nessuno dei migranti è in terapia con inibitori di SGLT-2.

La prevalenza delle complicanze del diabete è diversa tra i due gruppi, un'osservazione che può essere solo parzialmente spiegata dalle cure più adeguate riservate ai nativi. Infatti, le complicanze non sono in assoluto più frequenti tra i migranti come ci si sarebbe potuto attendere, bensì riguardano organi diversi: tra gli italiani è molto più usuale il riscontro di un coinvolgimento dell'apparato cardiovascolare, mentre una percentuale maggiore di migranti presenta

danni renali. Per spiegare questa osservazione non può neppure essere chiamata in causa l'età più avanzata dei pazienti italiani e la loro maggior durata di malattia, dato che essi presentano minori complicanze renali e percentuali analoghe di complicanze neurologiche, oculari e cutanee.

Negli studi futuri sarà necessario considerare il ruolo svolto dall'appartenenza etnica o ipotizzare che il T2DM degli italiani e quello dei migranti siano in realtà due entità cliniche diverse.

I diabetici migranti ricevono una terapia anti-diabetica meno intensiva rispetto agli italiani, soprattutto per quanto riguarda il numero di OAD e la prescrizione delle insuline. Ciò potrebbe essere dovuto alla minore disponibilità di alcuni farmaci presso gli Enti Caritativi, ma bisogna considerare anche altri fattori. Per esempio, l'insulina necessita di una conservazione refrigerata al domicilio, ma questo potrebbe rappresentare un problema di difficile soluzione per molti migranti irregolari che non dispongono delle condizioni abitative adeguate o che sono estremamente mobili sul territorio. È inoltre difficile convincere le persone meno acculturate o che non comprendono ancora pienamente la lingua italiana a fare un uso congruo della terapia insulinica,

che necessita di diverse iniezioni da praticare nell'arco della giornata.

I migranti ricevono un numero minore di farmaci per la terapia delle patologie concomitanti. Questa osservazione appare ovvia per quanto riguarda i farmaci cardiovascolari, dato che gli stranieri sono affetti in misura minore da queste patologie, ma probabilmente bisogna considerare anche il più elevato standard di cura di cui possono beneficiare gli italiani, come dimostrato dal loro più elevato valore dell'indice Q.

Nel loro insieme queste osservazioni consentono di ipotizzare che probabilmente ci troviamo di fronte a un mutamento di epidemiologia del T2DM, i cui effetti saranno proporzionali all'arrivo di stranieri sul nostro territorio e le cui conseguenze diventeranno evidenti nell'arco di un breve periodo di tempo. È pertanto necessario non farsi trovare impreparati e mettere in atto da subito le strategie necessarie per rispondere adeguatamente a questa nuova sfida. In particolare diventa importante sostenere l'attività degli Enti Caritativi che assistono gli indigenti, sia dal punto di vista economico e della disponibilità di farmaci, sia mediante la collaborazione professionale di chi dispone delle conoscenze più avanzate derivanti dalla ricerca clinica.

14.4 Riferimenti bibliografici

1. Hamilton TG, *The Healthy Immigrant (Migrant) Effect: In Search of a Better Native-Born Comparison Group*, Soc. Sci. Res., 54 (November) (2015), 353-365
2. Jatrana S et al. *Nativity, duration of residence and chronic health conditions: do trends converge toward the native-born population?* Soc Sci Med 2014; 119:53-63
3. WHO. *Global status report on non-communicable diseases 2010*. Geneva, Switzerland, 2011
4. Allen LN, Feigl AB. *Reframing non-communicable diseases as socially transmitted conditions*. Lancet Global Health 2017; 5:e644-e646
5. Bloom DE et al. *From burden to best buys: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries*. Geneva: World Economic Forum, 2011
6. Liu C et al. *Association of alcohol consumption with diabetes mellitus and impaired fasting glycemia among middle-aged and elderly Chinese*. Public Health 2010; 10:713
7. Willi C et al. *Active smoking and the risk of Type 2 Diabetes*. JAMA 2007; 298:22
8. Morabito RR et al. *La dieta mediterranea: mito, o una valida tradizione per prevenire il diabete o uno strumento efficace per migliorare la qualità della vita del paziente?* Media 2017; 16:168-173
9. Ahlqvist E et al. *Clustering of adult-onset diabetes into novel subgroups guides therapy and improves prediction of outcome*. BioRxiv 2017; doi: <http://dx.doi.org/10.1101/186387>
10. Fedeli U et al. *Prevalence of diabetes across different immigrant groups in North-eastern Italy*. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases 2015; 25:924-930

progettazione e impaginazione

Blossom | blossoming.it

© 2018 | Fondazione Banco Farmaceutico onlus

Finito di stampare nel mese di novembre 2018
presso CPZ SPA



via Giovanni Lorenzini, 10 | 20139 MILANO MI | tel +39 02 70104315 | fax +39 02 700503735
info@bancofarmaceutico.org | www.bancofarmaceutico.org

