



OSSERVATORIO
DONAZIONE
FARMACI

DONARE PER CURARE

Povert  Sanitaria e Donazione Farmaci

RAPPORTO 2014



OSSERVATORIO
DONAZIONE
FARMACI

DONARE PER CURARE

Povertà Sanitaria e Donazione Farmaci

RAPPORTO 2014

COMITATO SCIENTIFICO

Don Carmine Arice

Direttore Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute
CEI - Conferenza Episcopale Italiana

Gianni Bottalico

Presidente Nazionale ACLI

Salvatore Pagliuca

Presidente Nazionale UNITALSI

Don Francesco Soddu

Direttore Caritas Italiana

Paolo Gradnik

Presidente Fondazione Banco Farmaceutico onlus

EQUIPE DI RICERCA

Giancarlo Rovati

Professore ordinario di Sociologia Generale
Università Cattolica del Sacro Cuore
(coordinatore scientifico ODF - Osservatorio Donazione Farmaci)

Pier Alberto Bertazzi

Professore ordinario di Medicina del Lavoro
Università degli Studi di Milano
(coordinatore analisi epidemiologiche ODF)

Silvano Cella

Professore associato di Farmacologia
Università degli Studi di Milano
(responsabile analisi farmacologiche ODF)

Luca Pesenti

Ricercatore di Sociologia Generale
Università Cattolica del Sacro Cuore
(direttore della ricerca ODF)

Gisella Accolla

Statistica, ricercatrice Éupolis Lombardia

Antonello Rigamonti

Farmacologo clinico
Università degli Studi di Milano

Silvia Bini

Dottoranda in Farmacologia
Università degli Studi di Milano
(responsabile elaborazioni statistiche)

Per la parte di indagine farmaco-epidemiologica
si ringrazia



progettazione e impaginazione

BRUNO MONACO  COMUNICAZIONE NON CONVENZIONALE

IL RAPPORTO IN SINTESI	p. 10
parte prima	
LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA	
1. Povertà assoluta e povertà sanitaria in Italia	p. 17
2. Le dinamiche della povertà assoluta nell'ultimo triennio (2011-2013)	p. 18
3. La spesa sanitaria delle famiglie povere e non povere nelle regioni italiane	p. 20
4. La spesa sanitaria in Italia	p. 23
parte seconda	
DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE	
5. I farmaci raccolti e distribuiti: profilo sintetico	p. 28
6. Il bisogno di salute nella popolazione assistita: profili farmaco-epidemiologici	p. 30
parte terza	
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI	
7. Le donazioni aziendali	p. 46
8. Le farmacie	p. 49
9. Il profilo delle donazioni nella GRF 2014	p. 52
10. Gli enti non profit	p. 58
11. I beneficiari degli aiuti	p. 72
12. I volontari	p. 84
CONCLUSIONI	p. 94





DONAREPERCURARE

Povert  Sanitaria e Donazione Farmaci

Il **Rapporto sulla povert  sanitaria e la donazione dei farmaci** risulta arricchito da una base informativa pi  ampia grazie al supplemento di dati ottenuti dagli enti convenzionati con la **Fondazione Banco Farmaceutico**, da un lato, e dalla introduzione, in via esplorativa, di un inedito approfondimento sulle caratteristiche e gli effetti terapeutici dei farmaci donati agli indigenti, basato sull'utilizzo di una consolidata analisi farmacologica e epidemiologica.

I risultati raggiunti attraverso questa fase pilota sono promettenti e vanno a vantaggio di un'attivit  pi  efficace ed ampia da parte degli enti non profit direttamente a contatto con le persone assistite, insieme ad una pi  forte motivazione a raccogliere un maggior numero di informazioni sulle condizioni di salute dei beneficiari prima e dopo la distribuzione dei farmaci. A questo impegno aggiuntivo potrebbe, in particolare, corrispondere una programmazione pi  mirata e puntuale delle richieste di aiuto alle aziende farmaceutiche, con evidenti benefici sull'efficienza e l'efficacia delle donazioni finali.

Parliamo di "povert  sanitaria" per indicare anzitutto le conseguenze della scarsit  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. Tra chi fatica a sostenere le spese per curare la sua salute e chiede aiuto alle organizzazioni non profit figurano in maggior parte dei cittadini stranieri (56,3%), esclusi dal servizio SSN, ma l'elevata presenza di cittadini italiani (con una maggiore incidenza di anziani rispetto alla popolazione straniera) segnala l'esistenza di un problema aperto di accesso alla salute, dovuto all'aumento dei ticket delle prestazioni sanitarie e dei farmaci da prescrizione a carico degli utenti.

Chi manca delle risorse necessarie per pagare le cure sanitarie a suo carico ha di fronte una duplice alternativa: trascurare o rinviare le cure, con il rischio di peggiorare il suo stato di salute, oppure chiedere aiuto a chi glielo pu  offrire, come accade nel caso degli enti che

aderiscono alla rete della Fondazione Banco Farmaceutico. L'intervento di questi enti non sempre è sufficiente a risolvere i problemi, ma è innegabile che formi una rete di protezione che evita il peggioramento della situazione che può favorire un processo di recupero della persona e dei suoi familiari.

La povertà sanitaria non è un artificio statistico ma un dato di fatto, documentato dalle migliaia di richieste di aiuto rivolte alle organizzazioni pubbliche e alle organizzazioni non profit impegnate nel sostegno degli indigenti e dalla quantità di aiuti effettivamente erogati. A questa attività pratica corrisponde una accumulazione di informazioni sulle caratteristiche sociali e sanitarie degli assistiti, che costituisce un patrimonio conoscitivo non meno importante di quello economico e organizzativo, in quanto permette di monitorare i bisogni e di programmare al meglio gli interventi sul campo.

L'Osservatorio Donazione Farmaci (ODF) si avvale di questo patrimonio conoscitivo e nello stesso tempo contribuisce alla sua implementazione qualitativa e quantitativa: al servizio di chi partecipa alla filiera del dono (farmacie, aziende farmaceutiche, volontari, organizzazioni non profit, beneficiari) così come di coloro che hanno la responsabilità di promuovere politiche pubbliche sempre più consistenti ed efficaci.

Nel valutare le informazioni contenute in questo Rapporto non va dimenticato che esse si riferiscono principalmente a un complesso insieme di organizzazioni non profit – con dimensioni e capacità operative molto differenziate – gestite in via principale da volontari part-time che non traggono alcun reddito da questo impegno ed investono gratuitamente il loro tempo e la loro professionalità.

In queste condizioni è inevitabile che gli enti si concentrino anzitutto sugli aspetti operativi più urgenti - coincidenti con l'approvvigionamento e la distribuzione dei farmaci agli indigenti – senza poter curare con lo stesso impegno tutti gli aspetti informativi che consentirebbero una più dettagliata attività di monitoraggio e valutazione.

Incoraggiare e accompagnare gli enti non profit ad andare in questa direzione è un compito non secondario dell'Osservatorio Donazione Farmaci (ODF) avviato nel 2013 dalla Fondazione Banco Farmaceutico con l'obiettivo di offrire a tutti i decision makers e all'intera opinione pubblica un profilo aggiornato della povertà sanitaria nel nostro paese, insieme alle iniziative intraprese per contrastarla.



PROLUSIONE

al Rapporto Povertà Sanitaria e Donazione Farmaci

Come in tutte le disgrazie della vita, la sensibilità umana si misura quando non ci toccano direttamente. Così, quando parliamo di povertà, siamo orientati a pensare che non sia un problema del nostro Paese, perché non esiste davvero o non sia un problema così grave da riguardarci personalmente.

Eppure negli ultimi anni abbiamo assistito a un impoverimento tale della maggioranza delle fasce sociali che è impossibile rimanere indifferenti e non essere portati ad agire.

I dati del presente Rapporto parlano chiaro: in Italia la povertà assoluta è cresciuta arrivando a interessare il 7,9 % delle famiglie. Una famiglia povera nel 2012 ha speso in media 16 euro al mese per la sanità (di cui 11 per i farmaci), rispetto ai 93 euro spesi da una famiglia di reddito medio (di cui 42 per i farmaci).

E' dunque evidente come un crescente numero di persone è costretto a rinunciare alle spese sanitarie e ai farmaci per problemi economici.

L'aumento dell'incidenza percentuale della povertà assoluta non consente dunque di curarsi adeguatamente, di accedere ai servizi sanitari a pagamento, di prendersi cura di sé stessi e dei propri figli. L'art. 32 della nostra Costituzione è minato dalle sue radici.

Un lavoro¹ pubblicato su Science nel mese di agosto del 2013 riporta come la povertà incide sulla capacità di prendere decisioni sulla vita in generale e quindi, forse dovremo dire soprattutto, sulla salute. La povertà produce un danno cognitivo (sulle capacità decisionali e sulle conseguenti strategie comportamentali) assimilabile alla perdita di 13 punti del quoziente intellettivo; il che equivale alla differenza cognitiva osservata tra adulti normali e individui affetti da alcolismo cronico. La povertà è desolante non solo perché colpisce ogni aspetto

1 Anandi et al. "Poverty Impedes Cognitive Function" Science Science 30 August 2013: Vol. 341 no. 6149 pp. 976-980

della vita ma perché ha ripercussioni particolarmente gravi e sfavorevoli sulla salute umana.

Il cosiddetto stress da povertà ha effetti negativi sul corpo e soprattutto sul cervello e, in ultimo, emargina dalla società. Johannes Haushofer e Ernst Fehr nel loro recente articolo "On the Psychology of Poverty"² hanno dimostrato che individui sotto la soglia della povertà preferiscono prendere delle decisioni immediate piuttosto che a lungo termine, e questo spiegherebbe perché le persone povere tendano ad automedicarsi (per esempio con alcolici) piuttosto che rivolgersi ad un medico. La povertà, infatti, genera vergogna ed è quindi evidentemente un nostro dovere, un dovere etico e morale, intervenire per fornire supporto, per prenderci cura di chi ha bisogno anche se non lo chiede.

Da questo punto di vista, sebbene le donazioni di farmaci siano aumentate nel corso del tempo, l'incremento della domanda è largamente superiore all'offerta e non stiamo facendo ancora abbastanza. Dobbiamo fare di più, e non possiamo chiedere questo impegno aggiuntivo solo alle Onlus, ma anche alle Istituzioni che possono coordinare la filiera distributiva e sensibilizzare alla donazione.

Come AIFA, abbiamo il dovere di tutelare la salute garantendo accesso ai farmaci da parte di tutti i cittadini e, maggiormente, per coloro che non hanno neppure il coraggio di chiederlo. Abbiamo deciso non solo di non tirarci indietro ma, in accordo con il nostro modo di fare pro-attivo, di stimolare la donazione da parte delle aziende agli enti nel rispetto di tutte le condizioni che assicurino un prodotto integro e sicuro.

Come AIFA intendiamo favorire tale pratica nell'ambito di politiche di responsabilità sociale ed etica delle aziende perché crediamo che si possa fare di più, potenziando la collaborazione tra industrie produttrici, grossisti, distributori, farmacie, enti e Istituzioni al fine di ridurre le domande di farmaci rimaste inevase.

Per tutti questi motivi AIFA saluta con particolare soddisfazione la versione aggiornata del Rapporto dell'Osservatorio Donazione Farmaci poiché crediamo che i dati in esso contenuti siano non solo una ricchezza ma possano contribuire a identificare per tempo problemi di salute e bisogni non colmati e servire come base per future programmazioni di politiche farmaceutiche in questo ambito.

Prof. Luca Pani

Direttore Generale AIFA

Dott.ssa Silvia Cammarata

Segreteria Scientifica

Direzione Generale AIFA

² Johannes Haushofer, Ernst Fehr "On the psychology of poverty " Science 23 May 2014: Vol. 344 no. 6186 pp. 862-867

IL RAPPORTO IN SINTESI



Con **ODF** - Osservatorio nazionale sulla Donazione Farmaci, la **Fondazione Banco Farmaceutico** (FBF) propone la prima fonte di conoscenza pubblica permanente sui temi della povertà sanitaria.

Colmando un vuoto non riempito dalle fonti ufficiali, ODF utilizza informazioni innovative, sfruttando i dati provenienti dalla **Giornata di Raccolta del Farmaco** annuale (GRF), dalle donazioni delle aziende farmaceutiche, dai sistemi di monitoraggio dei quasi 1.600 enti caritativi che fanno parte della rete servita da Banco Farmaceutico.

Per la prima volta viene presentata un'analisi farmaco-epidemiologica, per comprendere il bisogno di salute della popolazione indigente aiutata dalla rete di Banco Farmaceutico.

1. POVERTA' SANITARIA IN ITALIA

Dal 2007 al 2013 la povertà assoluta è **cresciuta di circa il 93%**, arrivando a interessare il 7,9% delle famiglie e il 9,9% della popolazione, ovvero **oltre 6 milioni di persone**.

Nelle famiglie povere si spendono in **media 15,89 euro** al mese per la sanità (pari all'1,8% dell'intero budget familiare), rispetto agli 88,15 euro spesi in media dalle famiglie italiane (pari al 3,6% dell'intero budget familiare). Nel 2006 le famiglie povere spendevano poco meno di 12 euro al mese, pari all'1,7% dell'intero budget di spesa.

All'interno di questa spesa, circa 11,20 euro sui 16 complessivi (70%) sono dedicati all'acquisto di farmaci. Si tratta di un'incidenza decisamente superiore rispetto alla media delle famiglie italiane, che spendono invece 40,38 euro al mese (46%) in farmaci.

Complessivamente ogni mese le famiglie povere italiane spendono dunque **22,7 milioni** di euro per acquistare farmaci (+1 mln rispetto all'anno precedente), pari al 3,4% della spesa privata farmaceutica complessiva.

2. LE DONAZIONI

Negli ultimi anni sono cresciuti moltissimi i quantitativi di farmaci donati: sono già **915.000** nei primi sei mesi del 2014, un dato simile a quanto raccolto in tutto il 2013 e quasi raddoppiato rispetto al 2012.

**UNA FONTE PER
COMPRENDERE LA
POVERTÀ SANITARIA...**

**...GRAZIE ALLE
INFORMAZIONI DI
QUASI 1.600 ENTI
CARITATIVI**

**PER LA PRIMA VOLTA
UN'ANALISI FARMACO-
EPIDEMIOLOGICA**

**6 MILIONI DI POVERI
ASSOLUTI...**

**...CHE SPENDONO
L'1,8% DEL LORO
BUDGET PER LA
SANITÀ...**

**...MA LA
CONCENTRANO
SOPRATTUTTO
SUI FARMACI...**

**...SPENDENDO
22,7 MILIONI AL MESE**

**SONO GIÀ 915MILA
LE CONFEZIONI
RACCOLTE NEI PRIMI
SEI MESI 2014**

IL RAPPORTO IN SINTESI

Questo aumento è dovuto da un lato alla crescita delle donazioni durante la **GRF (+20%)**, dall'altro alla forte crescita delle **donazioni aziendali (+127%)**.

Nel I semestre 2014 sono stati raccolti farmaci per un valore di 6,7 milioni di euro (erano 4 milioni nel 2012)

3. IL BISOGNO DI SALUTE

Un'analisi su un campione di enti permette per la prima volta di analizzare il **profilo farmaco-epidemiologico** della popolazione assistita dalla rete Banco Farmaceutico.

Nel I semestre 2014 sono state dispensate **875mila dosi giornaliere** di farmaci (DDD).

Le **malattie respiratorie** sono le più frequentemente dichiarate dagli enti (46% dei casi) e presentano il maggior numero di dosi giornaliere dispensate (20,5 DDD/1000 pazienti/die). Seguono le **malattie gastrointestinali** (31% con 6,1 DDD) e quelle **cardiovascolari** (27% con 6 DDD).

Gli indigenti presentano dunque un profilo epidemiologico differente rispetto alla media della popolazione, dove la massima diffusione è delle patologie cardiovascolari.

Tra le patologie che gli enti non riescono a trattare ci sono soprattutto quelle psichiatriche e gine/urologiche.

4. LE DONAZIONI AZIENDALI

Nel solo I semestre 2014 la Fondazione Banco Farmaceutico ha ricevuto, accettato e distribuito oltre 540mila confezioni dalle 23 aziende convenzionate. In tutto il 2013 erano state 571mila.

Se nel 2011 si trattava quasi esclusivamente di farmaci non rimborsati dal SSN e di farmaci da banco, nel 2014 si registra una maggior varietà: 8,6% rimborsati, 52,7% non rimborsati (con prescrizione e da banco), 9,4% integratori, 29,4% prodotti non farmacologici (garze, bende, siringhe ecc).

5. LA GRF 2014 E LE FARMACIE

Nel 2014 hanno aderito alla GRF **3.558 farmacie**, distribuite in tutte le regioni a eccezione del Molise. Rispetto al 2013 sono

**DAL 2012 GRF +20%,
DONAZIONI AZIENDALI
+127%...**

**...PER UN VALORE DI
6,7 MILIONI DI EURO**

**875MILA DOSI
GIORNALIERE...**

**...PER CURARE
MALATTIE
RESPIRATORIE,
GASTROINTESTINALI
E CARDIOVASCOLARI**

**LE MALATTIE
DELLA POVERTÀ**

**QUEL CHE ANCORA
NON SI RIESCE A
CURARE**

**540MILA CONFEZIONI
DONATE, ACCETTATE
E DISTRIBUITE**

**MAGGIOR VARIETÀ
DI FARMACI RISPETTO
AL PASSATO**

**3.558 FARMACIE
DIFFUSE SOPRATTUTTO**

creciute del 5,7%. Il tasso di adesione delle farmacie è risultato più consistente al Nord (circa il 29%), rispetto ad una media nazionale di 19,7 farmacie aderenti ogni 100.

Complessivamente nelle farmacie sono state raccolte circa 360mila confezioni, con una crescita del 3,1% rispetto al 2013. Il valore del donato è stato di quasi **2,5 milioni**. Quasi metà delle confezioni è stata raccolta nel Nord-ovest, dove si registra il più elevato tasso di partecipazione delle farmacie. Ciò nonostante, l'aumento di raccolto più significativo si è registrato al Sud (+22,3%).

Il trend di forte crescita della povertà ha però aumentato la forbice tra bisogno e capacità di risposta attraverso le donazioni. Se nel 2007 la GRF riusciva a coprire quasi il 55% delle richieste, nel 2013 la copertura della domanda degli enti è scesa al **44%**. Il picco di capacità di risposta è stato raggiunto del 2011 (65,1%).

Il maggior numero di donatori si è avuto in Valle d'Aosta (573 ogni 10mila abitanti), al Sud sventa l'Abruzzo con un valore (342 donatori ogni 10mila abitanti) che supera quello di quasi tutte le regioni del Nord.

Nella GRF le due categorie di farmaci più donate sono stati gli analgesici e antipiretici (32,8%) e antiinfiammatori orali (12,2%).

6. LE ORGANIZZAZIONI NON PROFIT E I LORO ASSISTITI

Le donazioni raccolte dalla FBF sono state utili per rispondere ai bisogni di 1.576 enti caritativi, diffusi soprattutto nel Nord ovest (37,7%) e Nord est (28%). Gli enti sono cresciuti del 4,6% rispetto al 2013, con aumenti molto rilevanti nel Centro e nel Sud. Si tratta del 20,2% del totale degli enti di identica tipologia censiti dall'ISTAT.

Questi enti hanno aiutato nel 2014 oltre 410mila persone assistite, con una prevalenza al Nord ovest (35,4%).

Il 51,2% sono uomini e il 56,3% sono stranieri. Cambia dunque il trend, che negli ultimi due anni aveva visto una presenza maggioritaria di donne e italiani.

I minori di 18 anni sono quasi il 21% del totale, gli anziani il 18,5%: più diffusi i minorenni tra gli stranieri (23,2%), mentre tra gli italiani c'è una presenza di ultra 65enni di 9 punti sopra la media (27,5%).

AL NORD

**360MILA CONFEZIONI
DONATE PER UN
VALORE DI 2,5 MILIONI
DI EURO**

**LA GRF RIESCE A
COPRIRE IL 44% DELLE
NECESSITÀ DEGLI ENTI**

**UNA SOLIDARIETÀ
SENZA CONFINI
REGIONALI**

**1.576 ENTI
CARITATIVI...**

**...AIUTANO 410MILA
PERSONE**

**MASCHI E STRANIERI
SOPRATTUTTO**

**PIÙ MINORENNI
TRA GLI STRANIERI,
PIÙ ANZIANI
TRA GLI ITALIANI**

I malati cronici, di lunga durata o con patologie di tipo degenerativo sono il 25,6%.

7. I VOLONTARI

Nel 2014 hanno partecipato alla GRF 13mila volontari. Il record di partecipazione si è avuto nel Nord ovest (42,4%), dove però era anche maggiore la partecipazione delle farmacie.

Si tratta in prevalenza di adulti tra i 35 e i 64 anni (54,4%) e di anziani (16,9%). I giovani sotto i 25 anni sono più presenti nelle Isole (25,1%) e del Nord ovest (17,8%).

Quasi il 33% dei volontari sono laureati, il 40% sono invece diplomati.

Si tratta in prevalenza di persone con un lavoro dipendente (43,3%) o pensionati (22,4%). Il 16,3% sono studenti. Infine, l'8,2% dei volontari alla GRF risultava essere disoccupato: la risposta al bisogno viene anche da chi è in difficoltà a causa della crisi.

**13MILA VOLONTARI
COINVOLTI...**

**...IN PREVALENZA
ADULTI...**

**...DIPENDENTI E
PENSIONATI,
MA ANCHE MOLTI
STUDENTI...
E DISOCCUPATI**

PARTE PRIMA

LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA



1. POVERTÀ ASSOLUTA E POVERTÀ SANITARIA

La diffusione della povertà assoluta coincide con la difficoltà di un numero crescente di persone a soddisfare i bisogni quotidiani fondamentali, tra cui balzano in primo piano quelli legati all'alimentazione, all'abbigliamento, all'abitazione, all'istruzione e cultura, ai trasporti e comunicazioni, alla cura della persona. Meno immediato è però, secondo alcuni, l'impatto della scarsità di reddito sulla cura della salute nell'ipotesi – destituita come si vedrà tra breve, di fondamento – che per gli indigenti le spese sanitarie siano coperte interamente dal welfare pubblico, ovvero, dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il problema venne discusso anche nell'ambito della Commissione Livi Bacci - Brandolini (2006-07) incaricata dall'Istat di rivedere il paniere di beni da utilizzare per la stima delle soglie di povertà assoluta e in quella sede si concluse – su proposta dell'allora Presidente della Commissione di indagine sull'esclusione sociale (CIES) - di inserire in tale paniere anche una quota forfettaria di spesa per l'acquisto dei medicinali (e delle cure) non mutuabili come nel caso dei farmaci da banco (OTC)¹.

Al calare del reddito disponibile tutte le voci di spesa subiscono una o più o meno ampia compressione fino al caso limite – proprio di chi è in povertà assoluta – di compromettere seriamente il proprio benessere fisico oltre che economico e sociale.

Dato che la soglia di povertà assoluta identifica una linea spartiacque tra la possibilità di scegliere tra consumi alternativi e lo stato di necessità (con gradi di libertà assai ridotti) non deve sorprendere che anche le cure sanitarie a pagamento subiscano contraccolpi inevitabili, con progressivi deficit di benessere fisico e psichico. Diversamente da quanto accade per chi è in povertà relativa, che possiede ancora margini di manovra per l'allocazione delle sue pur scarse risorse, chi vive in povertà assoluta sperimenta una diffusa situazione di indigenza che dal livello alimentare giunge fino al livello sanitario. La povertà è causata, come noto, da molti fattori (solo in parte economici, anche se quelli economici sono più facili da quantificare) ed ha caratteristiche multidimensionali che nei casi più gravi si cumulano, rendendo più difficili gli interventi di sostegno. Così come si parla di "povertà alimentare" per indicare la dimensione alimentare della povertà è legittimo e opportuno parlare anche di "povertà sanitaria" per indicare il deficit di salute e l'incapacità di ottenere cure adeguate da parte di chi è materialmente povero. Alla luce di queste precisazioni, l'espressione "povertà sanitaria" non intende indicare un deficit di capacità e/o di risorse terapeutiche del nostro sistema sanitario, quanto la difficoltà di accesso a tali risorse da parte dei cittadini economicamente e socialmente più svantaggiati, specie per le spese che sono a loro carico. E' innegabile che un intervento più efficace a favore dei poveri potrebbe essere garantito da maggiori trasferimenti economici come previsto dalle diverse proposte di "reddito minimo" avanzate nel corso degli anni e tuttora in discussione². In ogni caso resta altrettanto innegabile il contributo positivo (anche se parziale) al contrasto della povertà nelle sue molteplici manifestazioni dato dalle migliaia di organizzazioni non profit che quotidianamente aiutano le persone più vulnerabili.

1 Istat (2009), La povertà assoluta in Italia nel 2007, "Statistiche in breve", 22 aprile; Istat (2009), La stima della povertà assoluta, Metodi e Nome, n. 39.

2 Tra le proposte più recenti si rinvia a: Reddito di inserimento sociale (Reis) elaborato nella sua prima versione (luglio 2013) dalle ACLI in collaborazione con la Caritas italiana e successivamente rivisto ed ampliato nell'ambito del network "Alleanza contro la povertà in Italia" (ottobre 2014); Sostegno per l'inserimento attivo (Sia) elaborato da un gruppo di esperti nominati dal Ministro del lavoro Enrico Giovannini e presentato nell'ottobre 2013; Reddito di autonomia elaborato dalle Caritas Lombarde in collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore e presentato nel giugno 2010.

2. LE DINAMICHE DELLA POVERTÀ ASSOLUTA NELL'ULTIMO TRIENNIO (2011-2013)

Gli ultimi dati ufficiali sulla povertà in Italia segnalano, per il terzo anno consecutivo, un sensibile peggioramento della situazione in tutto il territorio nazionale, con picchi allarmanti nelle regioni meridionali. Nel 2013 l'incidenza della povertà assoluta è arrivata al 7,9% su base familiare e al 9,9% su base individuale, con un incremento sull'anno precedente rispettivamente di 1,1 e 1,9 punti percentuali che in valori assoluti equivalgono a 303 mila famiglie povere in più e a 1 milione 206 mila persone povere in più che vivono alla soglia degli standard richiesti per un tenore di vita minimamente accettabile (Tabella 1, Figura 1).

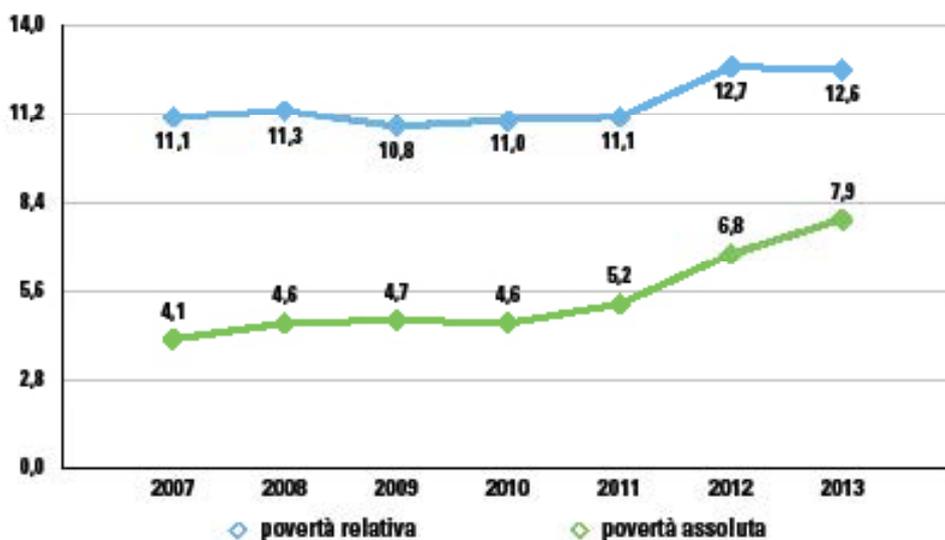
TABELLA 1
INDICATORI DI POVERTÀ ASSOLUTA PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA.
 ANNI 2012-2013, V.A. E %.

	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Valori assoluti (in migliaia)								
Famiglie povere	677	699	256	315	792	1014	1.725	2.028
Famiglie residenti	12.267	12.325	5.037	5.242	8.080	8.083	25.384	25.650
Persone povere	1.783	2.038	684	910	2.347	3.072	4.814	6.020
Persone residenti	27.693	27.802	11.947	12.017	20.810	20.787	60.450	60.605
Incidenza (%)								
Famiglie	5,5	5,67	5,1	6,01	9,8	12,55	6,8	7,91
Persone	6,4	7,33	5,7	7,57	11,3	14,78	8,0	9,93

Fonte: dati Istat, indagine campionaria "I consumi delle famiglie".

PARTE PRIMA
LA POVERTÀ SANITARIA IN ITALIA

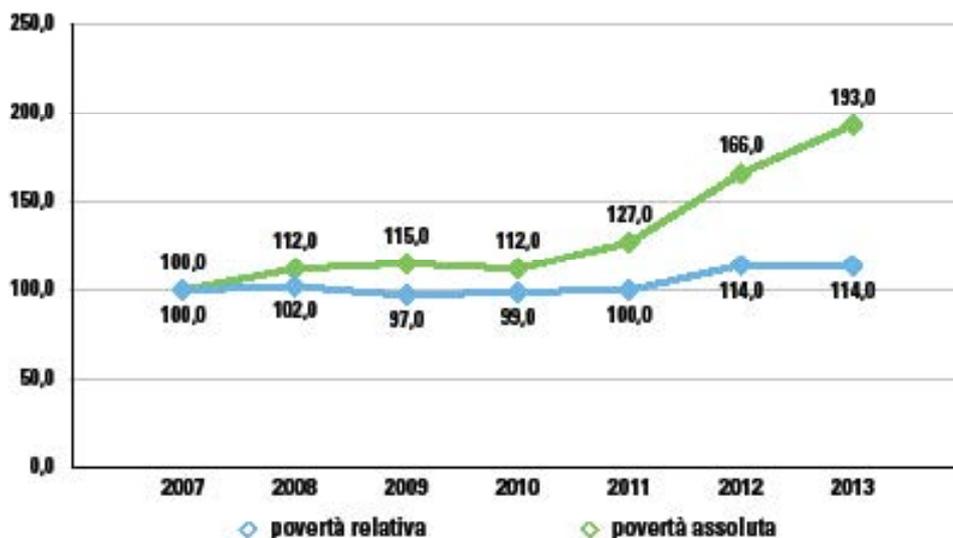
FIGURA 1
ANDAMENTO POVERTÀ ASSOLUTA E RELATIVA IN ITALIA:
2007-2013 (VALORI %).



Fonte: dati Istat, indagine campionaria "I consumi delle famiglie".

Tradotta in numeri indici (con base 100 nel 2007, cio  prima della grande crisi) la diffusione della povert  assoluta risulta quasi raddoppiata nell'arco degli ultimi sette anni (da 100 a 193 punti), con un'accelerazione pi  accentuata nel triennio 2011-2013, mentre la povert  relativa – che risente dell'andamento medio dei consumi in un'epoca di stagnazione/recessione economica - ha avuto una diffusione pi  contenuta (da 100 a 114 punti) (Figura 2).

FIGURA 2
ANDAMENTO POVERT  ASSOLUTA E RELATIVA IN ITALIA: 2007-2013.
NUMERI INDICE : BASE 100 = ITALIA 2007



Fonte: elaborazioni su dati Istat, indagine campionaria "I consumi delle famiglie".

3. LA SPESA SANITARIA DELLE FAMIGLIE POVERE E NON POVERE

Chi è in povertà assoluta incontra gravi difficoltà a sostenere le spese necessarie per vivere, di cui fanno parte anche le spese sanitarie non coperte dal SSN, come viene documentato dalle specifiche elaborazioni dell'indagine Istat sui consumi predisposte per questo Rapporto, di cui ci limitiamo a confrontare i dati del 2006 e del 2011-12 (Tabella 2).

TABELLA 2
LA SPESA MEDIA MENSILE PER CONSUMI E LA SPESA SANITARIA DELLE FAMIGLIE
AL VARIARE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA.
ITALIA, ANNI 2006, 2011 E 2012.

	Spesa complessiva in euro			Spesa sanitaria in euro		
	2006	2011	2012	2006	2011	2012
Famiglie non povere	2.536,49	2.579,58	2.532,77	88,59	96,58	93,42
Famiglie povere	694,37	801,03	862,71	11,83	16,34	15,89
Totale famiglie	2.460,80	2.487,91	2.419,27	85,44	92,45	88,15
% spesa famiglie povere su famiglie non povere	27,4	31,0	34,1	13,4	16,9	17,0
% spesa famiglie povere su totale famiglie	28,2	32,2	35,7	13,9	17,7	18,0

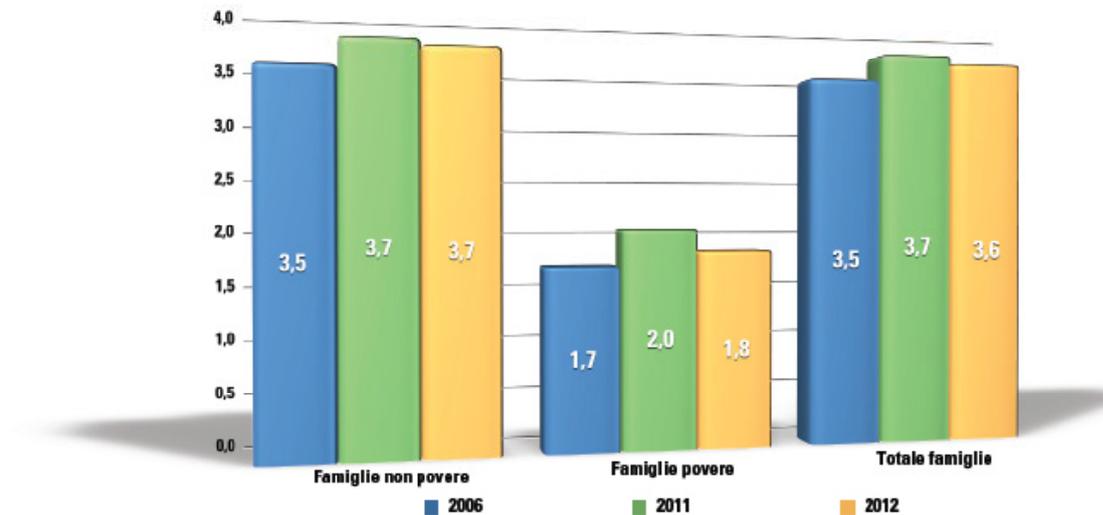
Fonte: elaborazioni su dati Istat, indagine campionaria "I consumi delle famiglie".

Nel 2006 la spesa complessiva delle famiglie povere equivale al 27,4% di quella delle famiglie non povere e al 28,2% del totale, mentre si attesta al 34-35% nel 2012 con un miglioramento sia assoluto sia relativo dovuto al fatto che nel frattempo le famiglie non povere e il totale delle famiglie hanno ridotto la loro spesa media attestandosi su valori nominali e reali di sotto del punto di partenza (anno 2006) che tradotti in numero indice equivalgono a 99,8 punti su 100. Nello stesso periodo la spesa sanitaria delle famiglie povere passa dal 13,4% al 17% della corrispondente spesa della famiglie non povere, con un numero indice che va da 100 a 134 a fronte della sostanziale stabilità del primo sottoinsieme (da 100 a 105 punti). Il leggero miglioramento relativo non riduce significativamente il gap tra i due sottogruppi quando si considera la spesa sanitaria effettiva e l'incidenza di tale spesa sul budget mensile disponibile.

Nel 2012 le famiglie povere – che sono mediamente più numerose – spendono per i loro bisogni sanitari circa 16 euro a fronte degli oltre 93 euro delle famiglie non povere e degli 88 euro del totale delle famiglie. Lo svantaggio sanitario dei poveri e soprattutto la loro strategia di contenimento delle spese sanitarie risulta ancor più evidente osservando che nel 2012 la spesa sanitaria di costoro è pari all'1,8% della loro spesa complessiva, mentre quella dei non poveri corrisponde al 3,7% del totale (Figura 3).

PARTE PRIMA
LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA

FIGURA 3
IL PESO PERCENTUALE MEDIO DELLA SPESA SANITARIA SUL BILANCIO DI SPESA DELLE FAMIGLIE
AL VARIARE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA.
ITALIA, ANNI 2006, 2011 E 2012.



Fonte: elaborazioni su dati Istat, indagine campionaria "I consumi delle famiglie".

A queste tendenze generali corrispondono sensibili differenze regionali, con un gap tra famiglie povere e non povere particolarmente accentuato in Veneto, Emilia Romagna e Trentino A.A. dove la spesa sanitaria media delle famiglie non povere raggiunge i valori massimi (121-115 euro). Dove il gap è minore (Campania, Sicilia, Sardegna, Calabria, Molise, Abruzzo) si segnala però, per le famiglie povere, un'incidenza della spesa sanitaria superiore alla media (dall'1,8% al 2,5-2,7%), per ragioni riconducibili alla incomprimibilità delle spese sanitarie necessarie pur in presenza di un minor reddito disponibile, così come ad una minor efficacia della copertura sanitaria per le fasce economicamente più svantaggiate (Tabella 3).

TABELLA 3
LA SPESA SANITARIA MEDIA MENSILE DELLE FAMIGLIE E IL PESO PERCENTUALE MEDIO
SUL BILANCIO DI SPESA AL VARIARE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA.
REGIONI ITALIANE, ANNO 2012.

Regione	Spesa sanitaria in euro				Peso % della spesa sanitaria		
	Fam. non povere	Fam. povere	Totale fam.	Gap povere/non povere	Fam. non povere	Fam. povere	Totale fam.
Piemonte e Valle d'Aosta	102,79	15,37	96,59	-87,42	3,7	1,8	3,7
Lombardia	104,62	13,64	100,17	-90,98	3,5	1,3	3,5
Trentino Alto Adige	115,90	18,35	111,13	-97,55	3,8	2,0	3,8
Veneto	121,38	18,18	115,86	-103,20	4,1	1,8	4,1
Friuli Venezia Giulia	105,26	15,42	100,52	-89,85	4,1	1,7	4,1
Liguria	90,30	17,05	84,82	-73,24	3,8	1,9	3,7

PARTE PRIMA
LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA

Emilia Romagna	118,77	15,84	113,78	-102,93	4,0	1,8	4,0
Toscana	93,00	20,81	89,65	-72,19	3,5	2,5	3,5
Umbria	95,61	24,51	90,42	-71,11	3,7	2,6	3,7
Marche	97,96	12,53	92,94	-85,43	3,8	1,3	3,7
Lazio	92,28	10,87	88,36	-81,40	3,6	1,2	3,6
Abruzzo	81,10	17,69	77,81	-63,41	3,5	2,5	3,5
Molise	76,56	22,16	73,58	-54,40	3,4	2,8	3,3
Campania	62,19	16,27	58,18	-45,93	3,1	1,9	3,1
Puglia	74,40	13,90	68,61	-60,50	3,7	1,8	3,6
Basilicata	98,41	15,35	91,43	-83,06	4,9	2,1	4,8
Calabria	71,19	16,98	64,82	-54,22	3,7	2,4	3,7
Sicilia	62,30	15,86	56,46	-46,43	3,6	2,1	3,5
Sardegna	68,98	21,64	65,07	-47,35	3,5	2,7	3,5
ITALIA	93,42	15,89	88,15	-77,53	3,7	1,8	3,6

Fonte: elaborazioni su dati Istat, indagine campionaria "I consumi delle famiglie".

Se dalla spesa sanitaria complessiva si passa all'analisi della spesa per i soli medicinali (Tabella 4), si constata che questa spesa varia tra gli 11,20 e i 42,51 euro per le famiglie povere e non povere con un rapporto di quasi 1 a 4. Da sottolineare è peraltro che la spesa per i medicinali rappresenta rispettivamente il 77% (nel 2006) e il 70% (nel 2012) della spesa sanitaria totale delle famiglie povere a fronte degli equivalenti valori del 46-45% per le famiglie non povere (cfr. Tabella 2); in pratica, la spesa per la salute dei più poveri è quasi interamente dovuta all'acquisto dei medicinali non coperti dal SSN, a conferma di un'area di bisogno e di vulnerabilità non adeguatamente tutelata a cui provvede meritoriamente (anche se parzialmente) la rete delle organizzazioni non profit convenzionate con il Banco Farmaceutico.

TABELLA 4
LA SPESA MEDIA MENSILE PER MEDICINALI DELLE FAMIGLIE
AL VARIARE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA.
ITALIA, ANNI 2006, 2011 E 2012.

	2006	2011	2012
Famiglie non povere	41,17	44,04	42,51
Famiglie povere	9,08	12,47	11,20
TOTALE FAMIGLIE	39,85	42,41	40,38

Fonte: elaborazioni su dati Istat, indagine campionaria "I consumi delle famiglie".

La spesa farmaceutica delle famiglie povere è particolarmente contenuta in Trentino A.A. (€ 4,07 euro), Friuli V.G. (€ 5,65 euro), Abruzzo (€ 6,44), Basilicata (€ 7,12); se però si considera il corrispondente gap tra famiglie povere e non povere i valori più contenuti (inferiori alla media di € 31,31) si registrano in Calabria (€ 17,84), Umbria (€ 20,83), Sardegna (€ 21,99), Campania (€ 22,23), Sicilia (€ 22,70), Molise (€ 23,27), Liguria (€ 26,54), Puglia (€ 27,20), per effetto principalmente di una minor spesa media delle famiglie non povere (Sardegna,

PARTE PRIMA
LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA

Sicilia, Calabria, Puglia, Campania, Molise, Abruzzo, Trentino) più che di una spesa minore delle famiglie povere.

TABELLA 5
LA SPESA MEDIA MENSILE PER MEDICINALI DELLE FAMIGLIE
AL VARIARE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA.
REGIONI ITALIANE, ANNO 2012.

	Spesa per medicinali in euro			
	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie	Gap povere/non povere
Piemonte e Valle d'Aosta	43,91	12,07	41,65	-31,84
Lombardia	47,04	9,57	45,21	-37,47
Trentino Alto Adige	37,46	4,07	35,83	-33,39
Veneto	52,22	13,23	50,14	-38,99
Friuli-Venezia Giulia	45,63	5,65	43,52	-39,98
Liguria	42,51	15,97	40,53	-26,54
Emilia Romagna	48,87	10,80	47,02	-38,07
Toscana	45,70	12,48	44,16	-33,22
Umbria	40,28	19,45	38,76	-20,83
Marche	45,93	10,64	43,85	-35,28
Lazio	41,01	8,27	39,44	-32,74
Abruzzo	36,63	6,44	35,06	-30,18
Molise	37,69	14,41	36,41	-23,27
Campania	34,34	12,10	32,39	-22,23
Puglia	37,44	10,23	34,83	-27,20
Basilicata	42,57	7,12	39,59	-35,44
Calabria	33,15	15,31	31,05	-17,84
Sicilia	33,17	10,47	30,32	-22,70
Sardegna	34,48	12,49	32,66	-21,99
ITALIA	42,51	11,20	40,38	-31,31

Fonte: elaborazioni su dati Istat, indagine campionaria "I consumi delle famiglie".

4. LA SPESA SANITARIA IN ITALIA

Le difficoltà sanitarie dei più poveri si inseriscono all'interno di un trend generale della spesa sanitaria in Italia contraddistinto da una riduzione della spesa pubblica per questo comparto e di una parallela necessità di tutti gli italiani di provvedere con maggiori mezzi propri alla cura della loro salute. A fronte dei risparmi derivanti, almeno in parte, dalla razionalizzazione della spesa pubblica, sembra in realtà prevalere uno spostamento assoluto e relativo di maggiori oneri a carico delle famiglie, anche perché non sono intervenuti cambiamenti equivalenti nella cultura sanitaria degli operatori di base e dei singoli cittadini. Vi è infatti chi sostiene

PARTE PRIMA
LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA

che la nostra spesa sanitaria e farmaceutica risente di modelli terapeutici e di stili di consumo che richiederebbero sensibili cambiamenti per ridurre gli sprechi e raggiungere una maggior sostenibilità individuale e collettiva.

Il Rapporto AIFA-OsMed 2014 (Tabella 6) indica che nei primi nove mesi del 2013 la spesa territoriale farmaceutica complessiva in Italia è stata pari a 14.810 milioni di euro, di cui 8.799 milioni di euro a carico della spesa pubblica (per una spesa pro capite di 16,46 euro al mese) e 6.011 milioni di euro a carico della spesa privata delle famiglie (per compartecipazione, acquisti privati, acquisti con ricetta, acquisti di prodotti per automedicazione), con una spesa media mensile pro capite di 11,25 euro al mese)³. Nell'arco degli ultimi 6 anni la quota percentuale della spesa complessiva a carico del SSN è scesa costantemente, passando dal 65,9% al 59,4% (Figura 4), con un simmetrico incremento della spesa a carico delle famiglie. Rispetto al 2012 il valore della spesa pubblica e della spesa privata ha subito una variazione del 3,8%, ma è il caso di sottolineare che la spesa per automedicazione (interamente a carico dei privati) è salita del 9%, segno di un fabbisogno crescente che comporta un inevitabile aggravio anche per le famiglie indigenti.

TABELLA 6
SPESA PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE PUBBLICA E PRIVATA.
CONFRONTO FRA I PRIMI 9 MESI DEL PERIODO 2008-2013.

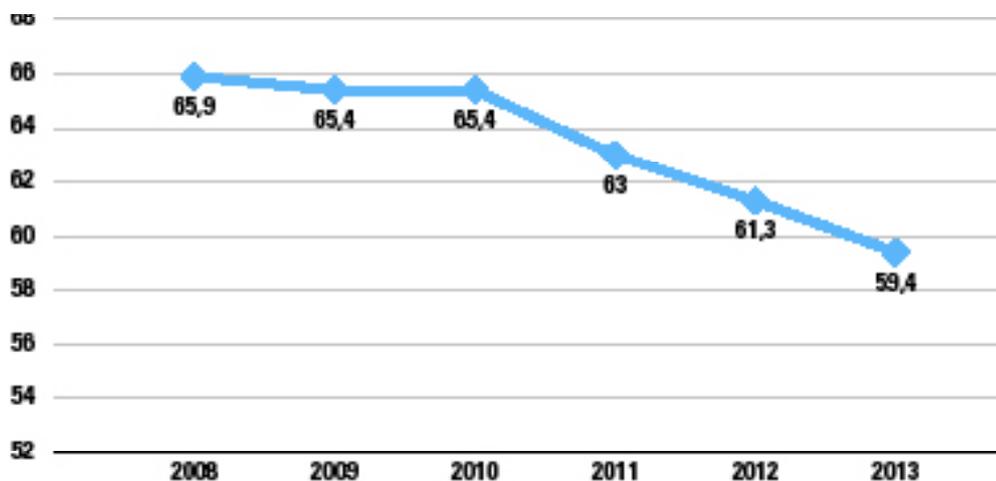
	2008 (milioni)	2009 (milioni)	2010 (milioni)	2011 (milioni)	2012 (milioni)	2013 (milioni)
Spesa convenzionata netta	8.535	8.509	8.423	7.776	7	6.682
Distribuzione diretta e per conto di fascia A	1.238	1.325	1.608	2.124	2.124	2.117
TOTALE SPESA PUBBLICA	9.773	9.834	10.031	9.900	9.153	8.799
Compartecipazione del cittadino	468	615	714	975	1.052	1.074
Acquisto privato di fascia A	706	679	708	810	852	947
Classe C con ricetta	2.329	2.385	2.338	2.421	2.275	2.238
Automedicazione (SOP e OTC)	1.554	1.530	1.550	1.610	1.608	1.752
TOTALE SPESA FARM. PRIVATA	5.057	5.209	5.310	5.816	5.787	6.011
TOTALE SPESA FARM. COMPLESSIVA	14.830	15.043	15.341	15.716	14.940	14.810

Fonte: rapporto AIFA OsMed 2014.

3 AIFA OsMed (2013), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale gennaio – settembre 2013, (luglio 2014) consultabile sul sito www.agenziafarmaco.gov.it.

PARTE PRIMA
LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA

FIGURA 4
QUOTA % DELLA SPESA PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE A CARICO DEL SSN.
ITALIA, ANNI 2008-2013.



Fonte: rapporto AIFA OsMed 2014.

Considerando che nel 2013 risultano in povertà assoluta 2 milioni 028 mila famiglie (cfr. Tabella 1) e che anche coloro sostengono una spesa media mensile di 11,20 euro⁴ per l'acquisto di farmaci non coperti dal SSN, si può facilmente calcolare la spesa media complessiva sostenuta ogni mese dalle famiglie povere italiane: si tratta complessivamente di 22 milioni 713 mila euro, pari al 3,4% della spesa farmaceutica mensile a carico degli italiani⁵.

4 Viene utilizzato il dato 2012 presentato in Tabella 4

5 Calcolo effettuato utilizzando il valore di spesa privata su 9 mesi presentato in Tabella 6.

PARTE SECONDA

DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE



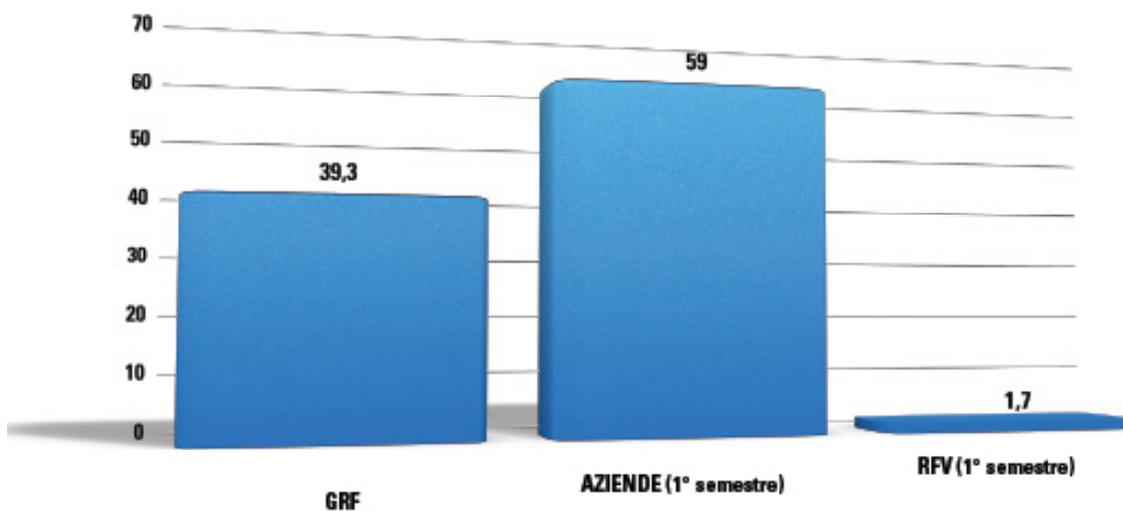
5. I FARMACI RACCOLTI E DISTRIBUITI: PROFILO SINTETICO

La distribuzione gratuita di farmaci coordinata dalla Fondazione Banco Farmaceutico (FBF) presuppone un'attività, altrettanto intensa, di approvvigionamento gratuito dei farmaci che si avvale di tre distinte fonti: la Giornata di Raccolta del Farmaco (GRF), che si svolge ogni anno a metà febbraio con la determinante collaborazione di migliaia di farmacie, volontari e di cittadini-donatori; le donazioni provenienti da aziende del settore farmaceutico; il Recupero di Farmaci Validi (RFV) effettuato presso farmacie aderenti all'iniziativa.

Rimandando ai contenuti della parte quarta del Rapporto per ogni approfondimento relativo alla filiera della raccolta farmaci, presentiamo i dati complessivi relativi all'anno in corso, utili per cogliere i grandi flussi di approvvigionamento di farmaci e per introdurre in questo modo l'innovativa analisi farmaco-epidemiologica che presentiamo per la prima volta al lettore.

Il bilancio provvisorio dell'anno 2014, comprensivo dei dati consolidati della Giornata di Raccolta del Farmaco (GRF) e dei dati relativi ai primi sei mesi di raccolta da donazioni aziendali e da Recupero Farmaci Validi (attivata solo in alcune grandi città) registra una raccolta complessiva di 915 mila 601 confezioni di farmaci, provenienti per il 39,3% dalla GRF, per il 59% dalle donazioni aziendali e per l'1,7% dal RFV (Figura 5).

FIGURA 5
FARMACI RACCOLTI NEL 2014 PER CANALE
(VALORI %)



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Il trend delle donazioni risulta in crescita sia per la GRF sia per gli altri due canali che nei soli primi sei mesi del 2014 hanno già quasi raggiunto i livelli dell'intero 2013 (Tabella 7).

PARTE SECONDA

DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE

TABELLA 7
FARMACI RACCOLTI PER CANALE,
PERIODO 2012-2014.

Anno	Quantità raccolte e ripartite (N confezioni)			
	GRF	Aziende	Recupero Farmaci Validi	TOTALE
2012	298.395	238.002	-	536.397
2013	350.519	571.161	19.558	941.238
2014 (primi 6 mesi)	359.737	540.350	15.514	915.601

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Le confezioni raccolte nel 2014 sono state distribuite a 1576 enti convenzionati con FBF e, attraverso questi enti, hanno contribuito alla cura di 410.845 indigenti, distribuiti per un terzo nel Nord Ovest (35,4%), per circa un quinto nel Nord Est (22,2%) e nel Centro (22,6%) e per circa un decimo nel Sud (11,2%) e nelle Isole (8,6%) (Tabella 8). Dato che i numeri relativi agli utenti rappresentano il numero di coloro i quali sono assistiti dagli enti caritativi convenzionati con Banco Farmaceutico, la maggior presenza di tali enti registrata storicamente nelle regioni del Nord Italia permette dunque una più elevata copertura del bisogno rispetto a quanto accade nelle altre parti del Paese.

TABELLA 8
NUMERO DI BENEFICIARI E NUMERO ENTI BENEFICIARI.
ANNO 2014

	Numero Enti	Numero utenti	Distribuzione % utenti
Nord Ovest	594	145.552	35,4
Nord Est	441	91.015	22,2
Centro	235	92.771	22,6
Sud	196	46.128	11,2
Isole	111	35.379	8,6
ITALIA	1.576	410.845	100,0

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Complessivamente nel corso del primo semestre del 2014 sono stati raccolti farmaci per un valore di circa 6.7 milioni di euro, distribuiti come da Tabella 9.

TABELLA 9
VALORE COMPLESSIVO DEI FARMACI RACCOLTI
(IN EURO).

Anno	Valore in euro del raccolto			
	GRF	Aziende	Recupero (RFV)	TOTALE
2012	1.826.920	2.196.822	-	4.023.742
2013	2.079.219	4.685.033	250.216	7.014.468
2014 (primi 6 mesi)	2.478.186	4.092.385	216.656	6.787.227

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

6. IL BISOGNO DI SALUTE NELLA POPOLAZIONE ASSISTITA: PROFILI FARMACO-EPIDEMIOLOGICI

La conoscenza dello stato di salute di una popolazione costituisce un elemento essenziale per aumentare l'efficienza e l'efficacia dei servizi offerti ottimizzando gli interventi, riducendo gli sprechi e migliorando la risposta alle necessità. Ciò riveste un significato peculiare se applicato ad una popolazione disagiata, caratterizzata da una maggiore fragilità nei confronti delle malattie e dell'accesso alle cure.

Il "bisogno di salute" è una variabile dinamica che richiede l'utilizzo di indicatori flessibili e capaci di accertarne le evoluzioni temporali per intraprendere rapidamente ed in modo mirato azioni di risposta. La scelta degli indicatori deve inoltre soddisfare requisiti di qualità in grado di predire le future necessità di dati per migliorare l'accuratezza analitica e cogliere i progressi in campo diagnostico e terapeutico.

Per le caratteristiche generali della rete Banco Farmaceutico e per l'organizzazione delle informazioni al suo interno, l'attuale sistema di rilevazione consente di ottenere dati molto dettagliati sui farmaci dispensati, mentre non vengono acquisite informazioni circa le patologie da cui è affetta l'utenza, poiché nella maggior parte dei casi non è prevista la registrazione dei pazienti al loro ingresso nel sistema.

Nell'auspicio che questi vincoli possano con il tempo essere superati, presentiamo qui una prima proposta di analisi farmaco-epidemiologica relativa all'utenza dei centri di assistenza sanitaria della rete Banco Farmaceutico, utilizzando i flussi delle donazioni relativi al primo semestre del 2014.

6.1 - Il campione analizzato.

La popolazione oggetto di analisi è rappresentata da tutti gli individui assistiti da un campione di 46 Enti dispensatori di farmaci selezionati in base alla completezza ed alla qualità dei dati forniti. Per dare particolare rilievo ad eventuali differenze territoriali nella dispensazione dei farmaci, gli Enti sono stati aggregati in tre sottogruppi in base alla loro collocazione geografica nel Nord, Centro e Sud (comprendente la porzione insulare) del Paese (Tabella 10). La suddivisione in fasce di età dimostra che in tutte le aree geografiche gli assistiti sono prevalentemente adulti, mentre sono meno numerosi i bambini e gli anziani. Globalmente la popolazione assistita è composta soprattutto da soggetti immigrati e in misura inferiore da italiani. Tale differenza è più sfumata al Nord e si accentua nelle regioni italiane centrali. La ripartizione in base al sesso evidenzia una prevalenza di maschi, con l'eccezione dell'Italia centrale dove è maggiormente rappresentata la popolazione femminile (Tabella 11).

TABELLA 10
NUMEROSITÀ DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA DAGLI ENTI SELEZIONATI.

	Numero Assistiti	Numero assistiti per Ente (Media ± DS)	Distribuzione per territorio (%)
Nord	62.624	2020.1 ±664.7	53.8
Centro	44.149	4415±2016.3	37.9
Sud	9.600	1920±1035.1	8.3
TOTALE	116.373	2.529.8±641.1	100

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

TABELLA 11
CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE STUDIATA.

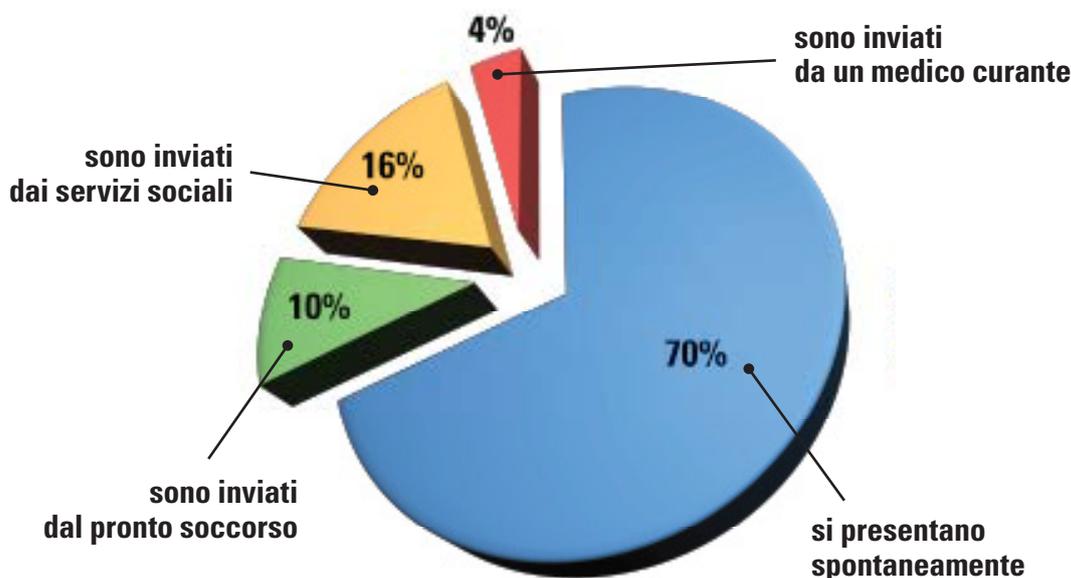
	MINORI (%)	ADULTI (%)	ANZIANI (%)	ITALIANI (%)	STRANIERI (%)	MASCHI (%)	FEMMINE (%)
Nord	18.2	73.3	8.5	46.2	53.8	65.6	34.4
Centro	26.6	41.9	31.5	30.0	70.0	36.8	63.2
Sud	25.6	48.1	26.3	42.8	57.2	60.9	39.1
TOTALE	22.0	59.3	18.7	39.8	60.2	54.3	45.7

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Per rendere più accurata l'interpretazione dei dati raccolti, è stata commissionata a DoxaPharma un'indagine telefonica (con metodo CATI) su un campione di 52 enti aderenti alla rete FBF, volta ad approfondire alcuni aspetti qualitativi relativi all'attività degli Enti. Il campione di Enti intervistato da DoxaPharma coincide per il 54% con quello selezionato per l'analisi della dispensazione dei farmaci, così da permettere un confronto di informazioni con un campione di controllo.

Il campione analizzato da DoxaPharma ha permesso di evidenziare come la modalità prevalente con cui i pazienti approdano agli Enti è rappresentata dal contatto spontaneo, mentre quote progressivamente inferiori sono inviate dai Servizi Sociali, da un Pronto Soccorso o da un Medico curante (Figura 6).

FIGURA 6
RIPARTIZIONE PERCENTUALE DEI PAZIENTI IN BASE ALLE MODALITÀ DI APPRODO AGLI ENTI.



(Fonte DoxaPharma)

La maggior parte dei pazienti (60%) è affetta da patologie in rapida evoluzione (in fase acuta), mentre una percentuale inferiore presenta processi morbosi cronici richiedenti un'assistenza medica continuativa. Inoltre, tra la popolazione assistita è prevalente la necessità di terapie farmacologiche multiple (56%).

6.2 - La classificazione dei farmaci .

Per l'analisi dei dati i farmaci dispensati sono stati classificati secondo il codice internazionale anatomico-terapeutico-chimico (ATC)⁶. Tale sistema prevede la suddivisione in 5 livelli gerarchici in base ai quali ogni composto è indicato da un codice alfa-numerico. Il primo livello indica il gruppo anatomico principale, cioè l'apparato su cui agisce il farmaco, ed è contraddistinto da una lettera dell'alfabeto⁷.

È stata poi calcolata la quantità erogata mediante l'indicatore rappresentato dalla dose definita giornaliera (Daily Defined Dose, DDD)⁸. La DDD è l'unità tecnica di misura che rappresenta la dose giornaliera di mantenimento della terapia, espressa di norma in termini ponderali, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della

6 E' un acronimo formato dalle iniziali dei termini Anatomico, Terapeutico e Chimico, definito e controllato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

7 A: Tratto alimentare e metabolismo; B: Sangue e organi emopoietici; C: Apparato cardiovascolare; D: Farmaci dermatologici; G: Apparato genito-urinario; H: Preparazioni ormonali sistemiche, esclusi ormoni sessuali e insulina; J: Anti-infettivi per uso sistemico; L: Antineoplastici e immunomodulatori; M: Apparato muscolo-scheletrico; N: Sistema nervoso; P: Prodotti antiparassitari, insetticidi e repellenti; R: Apparato respiratorio; S: Organi di senso; V: Vari.

8 I consumi di farmaci dermatologici per i quali non è stata definita la DDD sono stati analizzati usando come unità di misura il numero di confezioni dispensate.

sostanza. Si tratta quindi di un'unità standard e non della dose raccomandata per il singolo paziente, la quale può variare in base a numerosi fattori, come ad esempio età, determinanti genetici, presenza di co-morbidità, trattamenti farmacologici multipli, ecc. I valori di DDD sono assegnati e costantemente aggiornati a livello internazionale dal Centro Collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per le Statistiche sui Farmaci di Oslo. Poiché il numero assoluto di DDD per ogni principio attivo è scarsamente significativo se non è in qualche modo legato alla realtà nella quale si esegue la rilevazione, la DDD viene inserita in una formula che concretizzi questo legame ed esprima i dati ottenuti in DDD/1000 soggetti/die, cioè il numero di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1000 persone appartenenti ad una determinata popolazione. Nel nostro caso, la popolazione di riferimento è rappresentata dagli utenti del Banco Farmaceutico che afferiscono agli Enti selezionati. I principali limiti di questa metodologia risiedono nella natura stessa della DDD, cioè nel fatto che essa esprime un valore medio convenzionale. In diversi casi, infatti, la rilevazione non rispecchia necessariamente l'esatto valore numerico della popolazione esposta al farmaco. In particolare: a) le prescrizioni che si discostano dai valori della DDD possono produrre una sovrastima o una sottostima della popolazione esposta al farmaco; b) non è possibile conoscere il numero di soggetti diversi che ricevono il farmaco, bensì solo il numero di giornate di terapia; c) i valori espressi sono usualmente rapportati alla popolazione generale, mentre la prescrizione di alcuni farmaci è talora concentrata in specifici gruppi o fasce di età; d) nel caso di prescrizioni di più farmaci ad un medesimo paziente gli individui esposti risultano tanti quanti sono i farmaci prescritti.

L'impiego combinato di questi due parametri consente in ogni caso di ottenere un prospetto sintetico, seppure approssimato, delle necessità terapeutiche della popolazione di riferimento (Ministero della Salute, 2013).

6.3 - L'analisi farmaco-epidemiologica.

Globalmente nel primo semestre del 2014 gli Enti selezionati hanno dispensato oltre 875.000 DDD di farmaci, indipendentemente dal codice ATC. In accordo con la distribuzione territoriale degli Enti, la maggior parte delle dispensazioni è avvenuta nelle regioni settentrionali (Tabella 12).

TABELLA 12
DDD DISPENSATE DAGLI ENTI NEL PRIMO SEMESTRE 2014
INDIPENDENTEMENTE DAL CODICE ATC.

	DDD dispensate	DDD dispensate per Ente (Media ± DS)
TOTALE	875036.5	19022.5 ± 5017.1
Nord	735576.0	23728.3 ± 7175.0
Centro	91091.4	9109.1 ± 4175.4
Sud	48369.2	9673.8 ± 5254.9

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Suddividendo i farmaci in base al loro codice ATC, è possibile constatare che la categoria maggiormente dispensata è quella dei farmaci per l'apparato respiratorio (20,5 DDD). Seguono, in ordine decrescente, i prodotti per il sistema gastrointestinale ed il metabolismo,

PARTE SECONDA
DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE

per l'apparato cardiovascolare, gli antimicrobici per uso sistemico e gli antiinfiammatori/antipiretici. Tuttavia, considerando le aggregazioni degli Enti in base alla loro localizzazione geografica, è possibile osservare sensibili differenze: a) nelle regioni settentrionali prevale in modo più consistente (35,5 DDD) la dispensazione dei farmaci per l'apparato respiratorio seguiti da quelli per l'apparato gastrointestinale ed il metabolismo; b) nel Centro Italia i farmaci cardiovascolari occupano il primo posto (4 DDD) e quelli per l'apparato respiratorio la seconda posizione; d) nel meridione sono maggiormente richiesti i preparati antiinfiammatori/antipiretici per il sistema muscolo-scheletrico (7,7 DDD) seguiti da quelli per l'apparato respiratorio (Tabella 13).

TABELLA 13
SUDDIVISIONE PER CODICE ATC PRINCIPALE DEI FARMACI DISPENSATI DAGLI ENTI

ATC	DDD / 1000 pazienti / die			
	TOTALE	Nord	Centro	Sud
A - Apparato gastrointestinale e metabolismo	6.1	9.3	1.6	5.8
B - Sangue e organi emopoietici	0.4	0.3	0.6	0.0
C - Sistema cardiovascolare	6.0	8.2	4.0	1.1
D - Dermatologici	0.9	1.6	0.1	0.2
G - Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	0.6	0.7	0.1	0.1
H - Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	0.3	0.2	0.4	0.1
J - Antimicrobici generali per uso sistemico	4.4	6.5	1.2	5.9
L - Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	0.1	0.1	0.1	0.0
M - Sistema muscolo-scheletrico	2.3	2.9	0.3	7.7
N - Sistema nervoso centrale	1.0	1.3	0.4	0.7
P - Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	0.0	0.0	0.0	0.0
R - Sistema respiratorio	20.5	35.5	2.3	6.6
S - Organi di senso	0.1	0.1	0.1	0.0
V - Vari	0.0	0.0	0.0	0.0

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Nella Tabella 14 sono identificati i principi attivi maggiormente dispensati dagli enti caritativi, suddivisi per ciascuna categoria ATC. Sono state successivamente analizzate nel dettaglio solo le categorie ATC che occupano le prime posizioni in termini di DDD/1000 pazienti/die dispensate dagli Enti, trascurando le richieste quantitativamente marginali.

PARTE SECONDA
DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE

TABELLA 14
PRINCIPI ATTIVI MAGGIORMENTE DISPENSATI DAGLI ENTI SELEZIONATI.

Categoria ATC	PRINCIPI ATTIVI MAGGIORMENTE DISPENSATI DAGLI ENTI SELEZIONATI
A – Apparato gastrointestinale e metabolismo	Antiulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo (Rabeprazolo sodico) Ipoglicemizzanti escluse le insuline (Gliclazide) Vitamine A e D comprese le loro associazioni (Colecalciferolo)
B – Sangue e organi emopoietici	Antitrombotici (Enoxaparina sodica, Warfarin sodico, Ticlopidina cloridrato)
C – Sistema cardiovascolare	Sostanze modificatrici dei lipidi non associate (Atorvastatina Calcio) ACE inibitori associazioni (Enalapril maleato/idroclorotiazide) Calcio antagonisti diidropiridinici (Manidipina cloridrato)
D – Dermatologici	Emollienti e protettivi (Acido Salicilico/Zinco Ossido) Antisettici e disinfettanti (Perossido di Idrogeno 30%) Antibiotici per uso topico (Gentamicina Solfato)
G – Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	Farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna (Repentina, Alfuzosina cloridrato, Tamsulosina cloridrato)
H – Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	Corticosteroidi sistemici non associati (Prednisone, Metilprednisolone) Preparati tiroidei (Levotiroxina sodica)
J – Antimicrobici generali per uso sistemico	Beta lattamici penicilline (Amoxicillina /potassio clavulanato, Amoxicillina) Chinolonic (Levofloxacina emiidrato)
L – Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	Antagonisti ormonali e sostanze correlate (Bicalutamide) Ormoni e sostanze correlate (Megestrol acetato) Immunosoppressori (Azatioprina)
M – Sistema muscolo-scheletrico	Antiinfiammatori ed antireumatici non steroidei (Ibuprofene, ketoprofene sale di lisina) Farmaci che agiscono su struttura ossea e mineralizzazione (Sodio ibandronato monoidrato)
N – Sistema nervoso centrale	Opioidi (Tramadolo cloridrato) Altri analgesici ed antipiretici (Paracetamolo) Antiepilettici (Topiramato)
P – Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	---
R – Sistema respiratorio	Preparati per il cavo faringeo (Diclorofenilcarbinolo/Amilmetacresolo/Sodio Ascorbato/Acido Ascorbico, Diclorofenilcarbinolo/Amilmetacresolo) Decongestionanti nasali (Xilometazolina Cloridrato) Farmaci sistemici per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (Montelukast Sodico) Altri farmaci per i disturbi ostruttivi vie delle respiratorie per aerosol (Flunisolide) Antistaminici per uso sistemico (Cetirizina Dicloridrato)
S – Organi di senso	Antiglaucoma e miotici (Acetazolamide, Timololo Maleato, Dorzolamide Cloridrato/Timololo Maleato)
V – Vari	---

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

FARMACI ATTIVI SUL SISTEMA RESPIRATORIO.

Questi composti occupano il primo posto in termini di DDD dispensate dagli Enti, soprattutto nelle regioni settentrionali (Tabella 13). I prodotti maggiormente richiesti sono quelli di automedicazione per le patologie del cavo faringeo ed i decongestionanti nasali, ma sono particolarmente rappresentati anche i farmaci per il trattamento dei disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, sia sistemici che per via inalatoria (Tabella 14). Probabilmente anche l'elevata dispensazione di antibiotici (vedi oltre) è, almeno in parte, correlata al trattamento di malattie respiratorie.

FARMACI ATTIVI SULL'APPARATO GASTROINTESTINALE E SUL METABOLISMO.

I farmaci attivi sull'apparato gastrointestinale e sul metabolismo rappresentano globalmente la seconda categoria ATC maggiormente richiesta dalla popolazione assistita dal Banco Farmaceutico, sebbene con evidenti diversità legate al territorio: essa occupa la seconda posizione nel Nord, la terza nelle regioni centrali e la quarta nell'Italia del Sud (Tabella 13). I principi attivi maggiormente dispensati appartengono agli inibitori di pompa protonica ed agli ipoglicemizzanti orali (Tabella 14).

FARMACI ATTIVI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE.

Considerando l'intera popolazione in studio questa categoria di farmaci è la terza in graduatoria, benché occupi solo la quinta posizione nel meridione (Tabella 13). Tra i singoli principi attivi prevale il consumo di statine, di ACE inibitori in associazione e di calcio-antagonisti diidropiridinici (Tabella 14).

ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO.

Gli antimicrobici generali per uso sistemico risultano la quarta categoria ATC maggiormente dispensata dagli Enti selezionati, soprattutto nel Nord e nel Sud del Paese ed in misura inferiore nell'Italia centrale (Tabella 13). Le sottocategorie più richieste appartengono alle penicilline (inclusi gli inibitori delle beta lattamasi) ed ai chinolonici (Tabella 14).

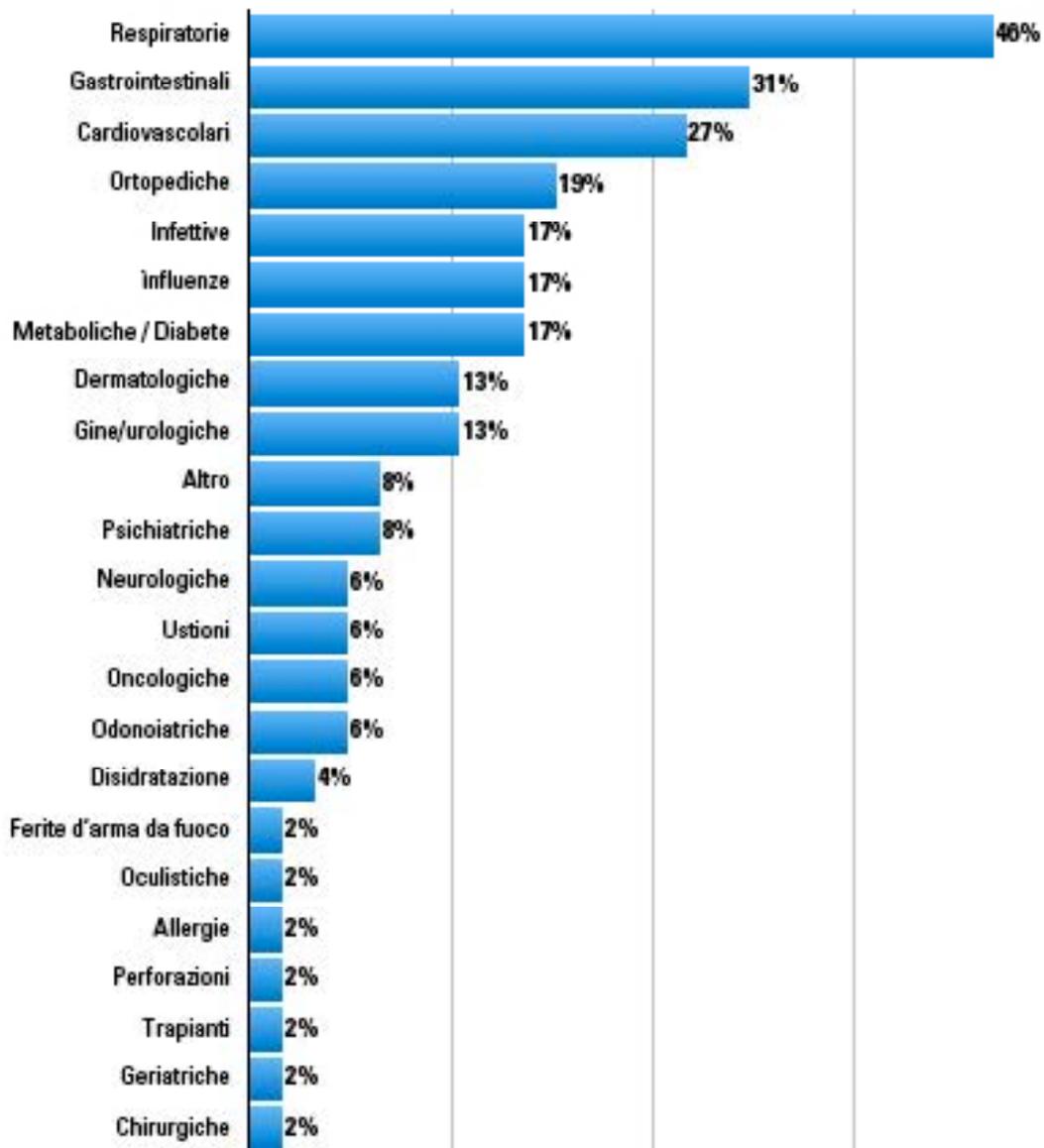
FARMACI ATTIVI SUL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO.

L'analisi dei dati di dispensazione degli Enti colloca questa categoria ATC in quinta posizione ed indica che il bisogno è localizzato soprattutto nelle regioni meridionali (Tabella 13). I principi attivi più richiesti appartengono alle sottocategorie degli antiinfiammatori ed antireumatici non steroidei e dei composti che agiscono su struttura ossea e mineralizzazione (Tabella 14). Particolarmente dispensati sono i farmaci di automedicazione usati prevalentemente per trattare gli stati febbrili nella popolazione pediatrica mediante somministrazione rettale.

6.4 - Le patologie prevalenti trattate dagli enti.

I dati derivanti dall'indagine CATI eseguita da DoxaPharma sostanzialmente confermano quanto ipotizzabile in base all'analisi delle categorie ATC maggiormente dispensate: i pazienti assistiti dagli Enti selezionati appaiono affetti principalmente da patologie dell'apparato respiratorio (soprattutto infezioni delle vie aeree), del tratto gastrointestinale (malattia da reflusso gastroesofageo e ulcera peptica), metaboliche (diabete mellito) e del sistema cardiovascolare (principalmente ipertensione arteriosa) (Figura 7).

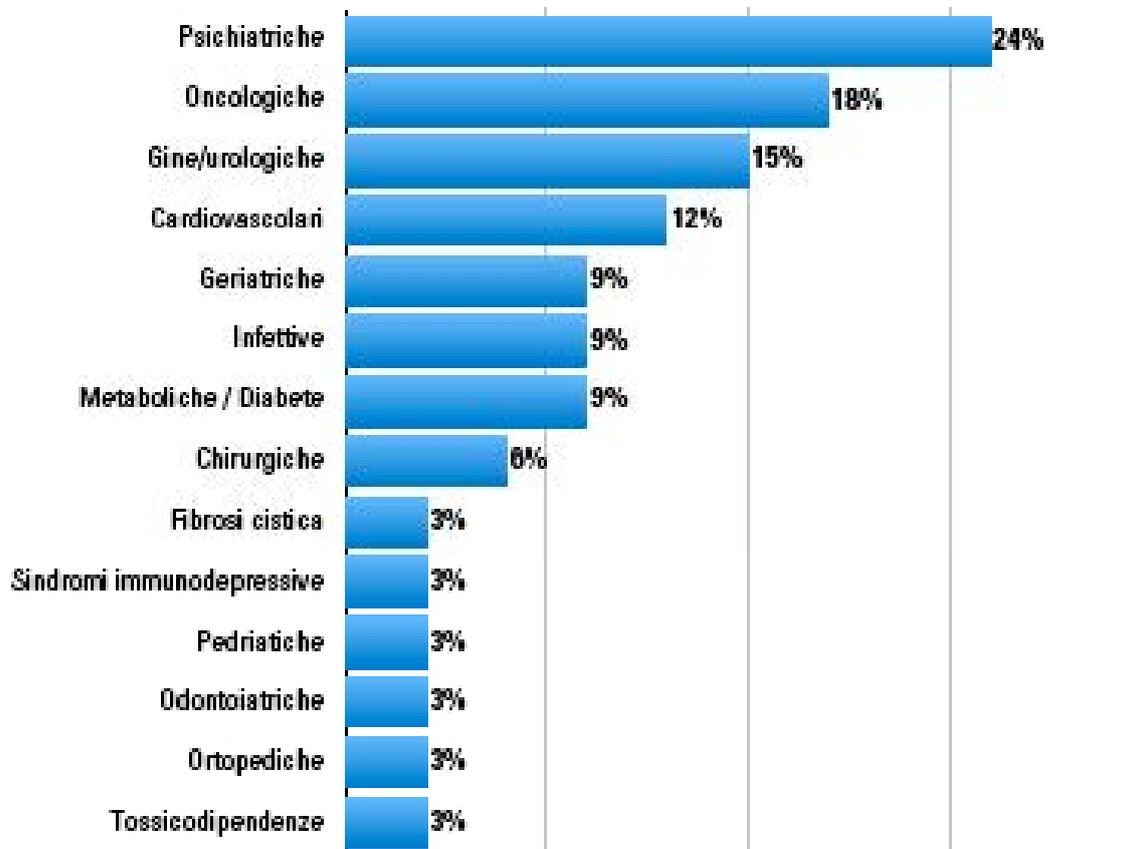
FIGURA 7
LE PATOLOGIE PIÙ FREQUENTEMENTE TRATTATE DAGLI ENTI
(DATI ESPRESSI IN PERCENTUALE)



Fonte: DoxaPharma

Emerge altresì che allo stato attuale oltre il 60% enti intervistati da DoxaPharma non è in grado di fornire una adeguata assistenza ai pazienti affetti da una o più patologie, principalmente di natura psichiatrica, oncologica e ginecologico-urologica (Figura 8).

FIGURA 8
LE PATOLOGIE NON TRATTATE DAGLI ENTI
(DATI ESPRESSI IN PERCENTUALE)

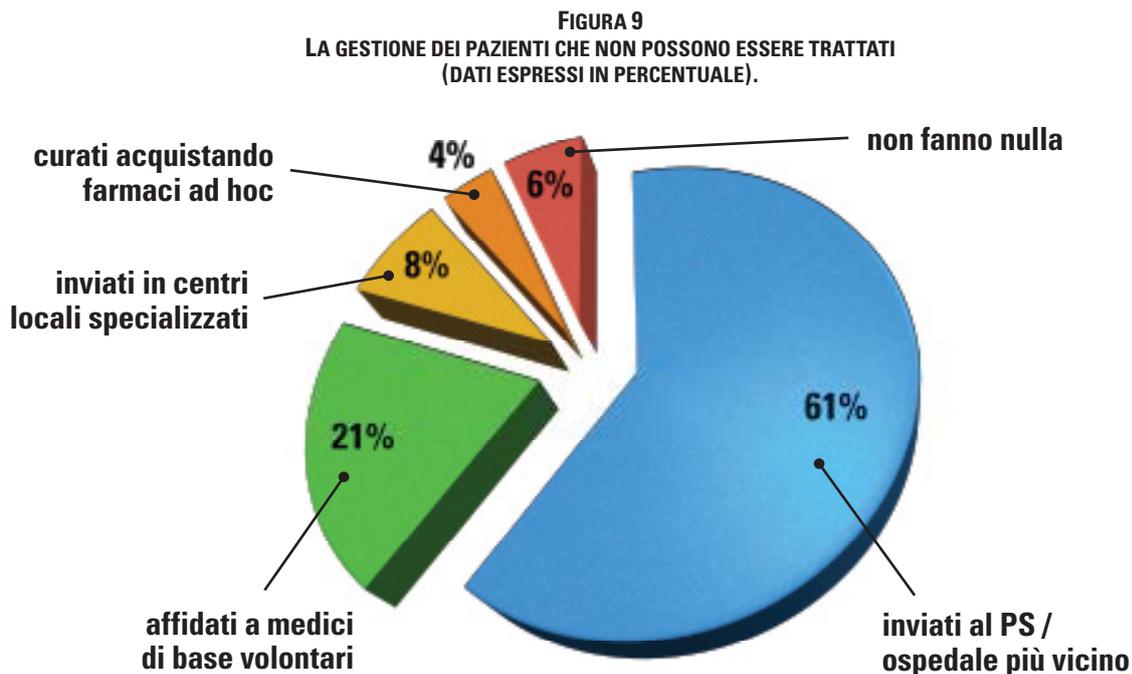


Fonte: DoxaPharma

I motivi del mancato trattamento sono rappresentati dalla mancanza di competenze specifiche (70% dei casi), ma anche dalla carenza di farmaci (9% dei casi), dall'orientamento prevalente dell'Ente verso determinate patologie (9%) e, più in generale, dalla presenza di problemi organizzativi. Deve però essere sottolineato che i pazienti che non possono essere trattati non vengono abbandonati bensì, nella maggior parte dei casi, inviati ad un Pronto Soccorso/Ospedale, a Centri specializzati, oppure affidati alle cure di medici operanti volontariamente in supporto all'attività degli Enti. Solo in una minima percentuale di casi non è possibile alcun tipo di intervento (Figura 9).

Inoltre, il 75% degli Enti opera un regolare monitoraggio dei pazienti mediante visite di controllo periodiche (54%), richiesta di analisi cliniche (11%), o invito a ripresentarsi (11%). È infatti degno di nota osservare che ben l'80% delle richieste viene soddisfatto.

La nostra analisi riguarda solo il primo semestre 2014, ma l'indagine CATI di DoxaPharma ha rilevato, come è lecito attendersi in base all'andamento stagionale delle malattie principalmente trattate, che il picco di attività degli Enti coincide con i mesi invernali ed il minimo con quelli estivi.



Fonte: DoxaPharma

6.5 - Riflessioni di sintesi sul bisogno di salute degli utenti della Rete Banco Farmaceutico.

L'analisi delle categorie ATC dei farmaci maggiormente dispensati ed i risultati dell'indagine CATI condotta da DoxaPharma indicano concordemente che le patologie dell'apparato respiratorio sono quelle maggiormente trattate dal nostro campione di Enti. Sebbene in posizione più arretrata, sono molto rappresentate anche le malattie gastrointestinali e quelle cardiovascolari. La popolazione che si rivolge al Banco Farmaceutico sembra dunque presentare caratteristiche peculiari che la differenziano da quella assistita dalla farmaceutica convenzionata, nella quale sono maggiormente dispensati i farmaci per il sistema cardiovascolare (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali, 2014). I nostri risultati appaiono tuttavia coerenti considerando che la popolazione studiata è composta da soggetti economicamente disagiati e comprende una elevata percentuale di stranieri. Infatti, secondo una indagine sullo stato di salute degli immigrati residenti in Italia, condotta dall'Istat nel 2008, ben il 12% dei maschi di età inferiore a 65 anni ha dichiarato di aver sofferto nelle quattro settimane precedenti l'intervista di una patologia acuta a carico dell'apparato respiratorio e circa il 3% ha lamentato malattie dell'apparato digerente⁹.

È ormai ampiamente dimostrato che la povertà rappresenta un fattore di rischio per le malattie respiratorie, sebbene non sia ancora chiaro se ciò rifletta l'esposizione ad inquinanti presenti negli ambienti abitativi, il vivere in locali affollati, le carenze alimentari, le infezioni o altri fattori (Prescott et al., 1999). In particolare, diversi studi hanno evidenziato che il disagio socio-economico (definito da parametri come la scolarità, il tipo di occupazione, il

⁹ ISTAT. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Sanità, 11 dicembre 2008. http://www.cestim.it/argomenti/21salute/2008_12_11_ricerca_istat_salute_servizi_sanitari_periodo_2005.pdf

tipo di abitazione e le sue dimensioni in rapporto alla numerosità dei conviventi) è correlato all'incidenza, alla morbosità ed alla mortalità per malattie respiratorie (Rogot et al., 1992; Menezes et al., 1994; Strachan, 1995; Bakke et al., 1995). Anche le carenze alimentari e gli stili di vita impropri come l'abitudine al fumo ed il consumo di alcool, più radicati nella popolazione socialmente fragile e con un basso livello di istruzione, rappresentano fattori di rischio per le patologie dell'apparato respiratorio, in quanto possono esacerbarne la sintomatologia deprimendo la funzione dei muscoli respiratori e l'immunocompetenza (Tockman et al., 1985; Strachan et al., 1991; Chapman e Winter, 1996; Matthew et al., 2007). Particolarmente esposta è la popolazione pediatrica: uno studio epidemiologico eseguito presso l'Università di Pavia ha infatti dimostrato che le patologie per le quali le famiglie straniere portano più frequentemente i bambini al Pronto Soccorso sono le infezioni delle alte e basse vie aeree, seguite dalle malattie del tratto gastroenterico (Rundo et al., 2009). La gravità del problema è sottolineata dall'osservazione che un basso livello socio-economico sperimentato nelle prime fasi della vita incrementa il rischio di sviluppare affezioni respiratorie croniche in età adulta (Britten et al., 1987). La nostra analisi evidenzia una forte richiesta, oltre che di farmaci per il trattamento dei disturbi ostruttivi delle vie aeree e di antibiotici per uso sistemico, anche di preparati per il cavo oro-faringeo, decongestionanti nasali e composti per il trattamento degli stati febbrili nel bambino, un dato che probabilmente riflette la difficoltà della popolazione assistita dagli Enti nell'acquistare direttamente questi prodotti di automedicazione. L'elevata dispensazione di questi farmaci potrebbe dipendere, almeno in parte, dal periodo da noi analizzato (primo semestre dell'anno) in cui le malattie respiratorie incidono in modo più consistente. L'indagine di DoxaPharma conferma infatti che l'attività degli Enti è più intensa nelle stagioni fredde, mentre decresce nel periodo estivo.

L'elevata richiesta di farmaci per il trattamento dell'ulcera peptica e della malattia da reflusso gastroesofageo e del diabete mellito di tipo 2 denota una forte prevalenza di queste patologie nella popolazione assistita dagli Enti, in accordo con numerose osservazioni indicanti il loro frequente riscontro tra i soggetti socialmente ed economicamente fragili. È infatti noto che la prevalenza d'uso dei composti anti-ulcera peptica è più elevata tra coloro che vivono in condizioni disagiate ed è superiore tra gli immigrati rispetto agli italiani (Andretta et al., 2013). Una possibile spiegazione è fornita da diversi studi epidemiologici secondo i quali l'incidenza dell'infezione da *helicobacter pylori*, un batterio gram-negativo importante agente causale di numerose malattie del tratto digerente, è inversamente proporzionale al livello socio-economico, al grado di scolarità, al tipo di occupazione lavorativa e, più in generale, alle condizioni di vita. I bambini appaiono particolarmente vulnerabili nei confronti del microorganismo e spesso ne rappresentano i vettori. Per tale motivo, la convivenza con soggetti infettati in condizioni ambientali ed igieniche non ottimali (ambienti sovraffollati, alto numero di figli, carenza di presidi igienici) si associa ad una elevata incidenza della sua trasmissione (Pace e Vigneri, 1999).

Anche la prevalenza della sindrome metabolica e del diabete mellito risulta più alta nelle persone senza alcun titolo di studio o con la sola licenza elementare ed in quelle con notevoli difficoltà economiche percepite (Gnavi et al., 2008; Osservatorio ARNO diabete, 2011). A riprova di ciò, la nostra analisi ha evidenziato che tra i farmaci maggiormente dispensati ci sono i composti ipocolesterolemizzanti e gli antidiabetici orali. È interessante osservare che le insuline non risultano dispensate. Ciò probabilmente non indica l'assenza di pazienti affetti dal diabete mellito di tipo 1 nella popolazione assistita dal Banco Farmaceutico, bensì potrebbe dipendere dalla più complessa gestione della terapia insulinica, con la conseguente necessità di inviare gli eventuali pazienti presso un centro specializzato.

Tra i farmaci maggiormente dispensati dagli Enti ci sono anche i composti attivi sul sistema cardiovascolare e l'indagine CATI di DoxaPharma indica che una elevata percentuale dei soggetti richiedenti è affetta da ipertensione arteriosa. Tra le cause responsabili devono probabilmente essere annoverati gli stili di vita poco salutari e le abitudini dannose che caratterizzano le persone con reddito più basso (Stringhini et al., 2010). Ad esempio, è noto che le pratiche sportive maggiormente associate ad una riduzione del rischio cardiovascolare sono una prerogativa delle classi più agiate (Lindstrom et al., 2001; Oppert et al., 2006) e che gli ex-fumatori sono più frequenti tra i benestanti (Broms et al., 2004). È altresì noto che il rischio cardiovascolare è fortemente correlato con l'obesità ed il fumo di sigaretta negli uomini e con l'obesità nelle donne (Beer-Borst et al., 2000). Anche un basso livello di scolarità rappresenta un determinante di malattia, essendo l'istruzione un fattore protettivo nei confronti della mortalità globale ed in particolare di quella cardiovascolare (Mackenbach, 2003). Nel nostro Paese i farmaci cardiovascolari sono quelli maggiormente prescritti (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali, 2014), mentre tra gli assistiti dal Banco Farmaceutico essi occupano solo la terza posizione nel settentrione e addirittura la quinta nel mezzogiorno. Bisogna tuttavia considerare che l'incidenza delle malattie cardiovascolari (e dunque la prevalenza d'uso di questi composti) è maggiore nelle fasce di età più avanzate (Gruppo di ricerca del Progetto Registro per gli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari, 2005) che sono meno rappresentate nella popolazione da noi studiata. A riprova di ciò, i farmaci cardiovascolari occupano il primo posto in termini di DDD/1000 pazienti/die nelle regioni centrali, dove gli Enti assistono una percentuale più elevata di soggetti anziani.

Esaminando le caratteristiche degli utenti emerge che oltre il 40% di essi ha un problema di natura cronica e che circa la metà necessita di politerapia, essendo affetta da più patologie incidenti contemporaneamente. Si tratta quindi di pazienti complessi che richiedono un'assistenza continuativa e per i quali occorre definire percorsi assistenziali articolati nel lungo periodo con schemi terapeutici spesso di difficile gestione.

In conclusione, allo stato attuale è difficile stabilire se le peculiarità riscontrate nella popolazione assistita dagli Enti della Rete Banco Farmaceutico e che apparentemente la diversificano da quella che si rivolge al SSN siano dovute alla presenza di bisogni non adeguatamente soddisfatti o rappresentino piuttosto l'indicatore di una diversa prevalenza di patologia. Da questo punto di vista bisogna considerare che circa 2 Enti su 3 non possiedono le competenze necessarie per soddisfare le richieste di alcune categorie di pazienti (ad esempio quelli affetti da malattie di tipo psichiatrico, oncologico e ginecologico-urologico). Ciò assume un rilievo particolare se si considera ad esempio che negli ultimi decenni in tutti i Paesi occidentali è in atto un progressivo aumento di incidenza delle malattie psichiatriche. Esse colpiscono in modo consistente la popolazione economicamente disagiata e, in comorbidità, possono aggravare (od essere la causa) di patologie internistiche come quelle a carico dell'apparato cardiovascolare o del tratto gastroenterico. La scarsa dispensazione di farmaci psicoattivi che emerge dalla nostra analisi, dunque, non significa necessariamente che il problema delle patologie psichiatriche sia poco diffuso nella popolazione assistita dagli Enti convenzionati con Banco Farmaceutico bensì, come rilevato dall'indagine di DoxaPharma, potrebbe dipendere dalla scarsa competenza degli Enti nel gestirle, con la conseguente necessità di inviare i pazienti ad altre strutture sanitarie. Una analoga considerazione vale per i farmaci appartenenti alle categorie ATC "Sangue ed organi emopoietici" ed "Antineoplastici ed immunomodulatori", che figurano tra quelli maggiormente dispensati dall'assistenza farmaceutica convenzionata (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali, 2014). Il fatto che questi composti siano poco rappresentati nella nostra analisi probabilmente dipende

dal bisogno di un monitoraggio sistematico dei pazienti che li assumono presso un centro specializzato. A riprova di ciò, l'indagine di Doxa Pharma rileva che il 64% degli Enti non tratta alcune patologie e che la maggior parte dei pazienti che non possono essere adeguatamente supportati viene inviata all'Ospedale o al Centro specialistico più vicino.

Ovviamente l'entità della dispensazione dei farmaci non dipende solo dalla richiesta, bensì è fortemente condizionata anche dalla loro disponibilità: come appare evidente dall'indagine di DoxaPharma, allo stato attuale una percentuale significativa di Enti lamenta la mancanza di alcuni presidi. Non si può quindi escludere che altri segnali epidemiologici emergerebbero se tutti i principi attivi potessero essere dispensati.

Bisogna infine considerare che nella maggior parte dei casi i pazienti approdano spontaneamente agli Enti del Banco Farmaceutico. Ciò implica l'importanza della percezione dello stato di malattia che è presumibilmente inferiore tra le persone disagiate e dotate di minore cultura, fatto che determina una probabile sottostima della prevalenza reale di molte patologie.

Pur con tutti i limiti esposti, questo studio rappresenta a nostro avviso un importante tentativo preliminare di valutazione del bisogno di salute della popolazione assistita dagli Enti della Rete Banco Farmaceutico e conferma che i dati relativi all'uso dei farmaci possono fornire le basi per interventi mirati.

Riferimenti bibliografici della parte seconda

Andretta M, Cinconze E, Costa E, Da Cas R, Geraci S, Rossi E, Tognoni G, Traversa G. Farmaci e immigrati. Rapporto sulla prescrizione farmaceutica in un paese multietnico. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2013

Bakke PS, Hanao R, Gulsvik A: Educational level and obstructive lung disease given smoking habits and occupational airborne exposure: A Norwegian community study. *Am J Epidemiol* 1995;141:1080-1088.

Beer-Borst S, et al. Obesity and other health determinants across Europe: the EURALIM Project. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54:424-430.

Britten N, Daves JMC, Colley JRT: Early respiratory experience and subsequent cough and peak expiratory flow rate in 36-year-old men and women. *BMJ* 1987;294:1317-1320.

Broms U, Silventoinen K, Lahelma E, Koskenvuo M, Kaprio J. Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: the contribution of smoking behavior and family background. *Nicotine Tob Res.* 2004; 6: 447-455.

Chapman KM, Winter L: COPD: Using nutrition to prevent respiratory function decline. *Geriatrics* 1996;51:37-42.

Gnavi R. et al., Socio-economic differences in the prevalence of diabetes in Italy: the population-based Turin Study. *Nutr Metab Card Dis* 2008; 18:678-682

Gruppo di ricerca del Progetto Registro per gli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari. Registro nazionale italiano degli eventi coronarici maggiori: tassi di attacco e letalità nelle diverse aree del paese. *Italian Heart Journal, Suppl* 2005; 6: 667-673.

Lindstrom M, Hanson BS, Ostergren PO. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Soc Sci Med.* 2001;52:441-451.

Mackenbach JP. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European Countries. *Int J Epidemiol* 2003, 32:830-837.

Matthew J. Hegewald; Robert O. Crapo. Socioeconomic Status and Lung Function. *Chest.* 2007;132:1608-1614. Published online.

PARTE SECONDA

DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE

Menezes AMB, Victora CG, Rigatto M: Prevalence and risk factors for chronic bronchitis in Pelotas, Brazil: A population-based study. *Thorax* 1994;49:1217-1221.

Ministero della Salute: Gli strumenti: il metodo di classificazione ATC/DDD. Bollettino di Informazione sui Farmaci. 2003; anno IX, n. 6, pp. 59-62.

Oppert JM, Thomas F, Charles MA, Benetos A, Basdevant A, Simon C. Leisure-time and occupational physical activity in relation to cardiovascular risk factors and eating habits in French adults. *Public Health Nutr.* 2006; 9: 746-754.

Osservatorio ARNO diabete. Il profilo assistenziale della popolazione con diabete. Rapporto 2011, Volume XVII.

Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Gennaio-Settembre

2013. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2014.

Pace F, Vigneri S. *Helicobacter Pylori*. Springer Verlag Italia, Milano, 1999.

Prescott E, Lange P, Vestbo J. Socioeconomic status, lung function and admission to hospital for COPD: results from the Copenhagen City Heart Study. *Eur Respir J* 1999;13:1109-14.

Rogot E, Sorlie PD, Johnson NJ, et al: A mortality study of 1.3 million persons by demographic, social and economic factors: 1979- 1985 follow-up: US National Longitudinal Mortality Study. Bethesda, National Institutes of Health, July 1992; NIH publication No 92-3297.

Rundo B., Leoni M., Pizzo D., Tasso G., Marchi A. Bambini immigrati in pronto soccorso: studio epidemiologico. *Boll Soc Med Chir Pavia* 2009;122: 231-240.

Strachan DP, Cox BD, Erzinclioglu SW, et al: Ventilatory function and winter fresh fruit consumption in a random sample of British adults. *Thorax* 1991;46:624-629.

Strachan DP: Epidemiology: A British perspective; in Calverley P, Pride N (eds): *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. London, Chapman & Hall, 1995, pp 47-68.

Stringhini S, Sabia S, Shipley M, Brunner E, Nabi H, Kivimaki M, Singh-Manoux A. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA* 2010; 24:1159-1166.

Tockman MS, Khoury MJ, Cohen BH: The epidemiology of COPD; in Petty TL (ed): *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. New York, Marcel Dekker, 1985, pp 78-79.

WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2014. Oslo, 2013.

Winkleby MA, Cubbin C, Ahn DK, Kraemer C. Pathways by Which SES and Ethnicity Influence Cardiovascular Disease Risk Factors. *Ann NY Acad Sci* 1999;896:191-209

PARTE TERZA

LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI



PARTE TERZA

LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

L'approvvigionamento dei farmaci da parte della FBF avviene principalmente attraverso tre canali:

1. la Giornata di Raccolta del Farmaco (GRF), in occasione della quale vengono raccolti esclusivamente farmaci di automedicazione;
2. le donazioni da parte delle aziende farmaceutiche, che hanno permesso a Banco Farmaceutico di estendere la propria attività anche ai farmaci con obbligo di prescrizione medica;
3. il recupero dei farmaci validi dai privati cittadini.

Diamo conto in questa parte del Rapporto di quanto avviene lungo l'intera filiera della donazione ove ciascuno svolge una funzione tanto specifica quanto necessaria.

7. LE DONAZIONI AZIENDALI

Per far fronte alle necessità di approvvigionamento degli enti, l'interlocutore permanente e prioritario (in termini di quantitativi donati) della Fondazione Banco Farmaceutico coincide con le aziende farmaceutiche che hanno scelto di donare i propri prodotti alla rete degli enti non profit convenzionati con la Fondazione. Nonostante il quadro normativo relativo alla donazione di medicinali sia ancora in fase di definizione, con conseguente difficoltà nell'individuare procedure standard che consentano a tutti gli interlocutori della filiera di prendere parte agevolmente al circuito della donazione, le imprese assicurano la maggior parte delle confezioni farmaceutiche, con una progressione molto rilevante nel corso degli ultimi tre anni (2011-2014): dalle 100mila unità del 2011 si è infatti passati alle 571 mila unità del 2013 che saranno ampiamente superate nel 2014 posto che al termine del primo semestre del 2014 le confezioni donate hanno già raggiunto le 540 mila unità (Tabella 15).

TABELLA 15
AZIENDE DONATRICI E NUMERO DI CONFEZIONI RICEVUTE, ACCETTATE E RIPARTITE.
ITALIA, ANNI 2011-2014

Anno	Numero di confezioni
2011	100.103
2012	238.002
2013	571.161
1° semestre 2014	540.350

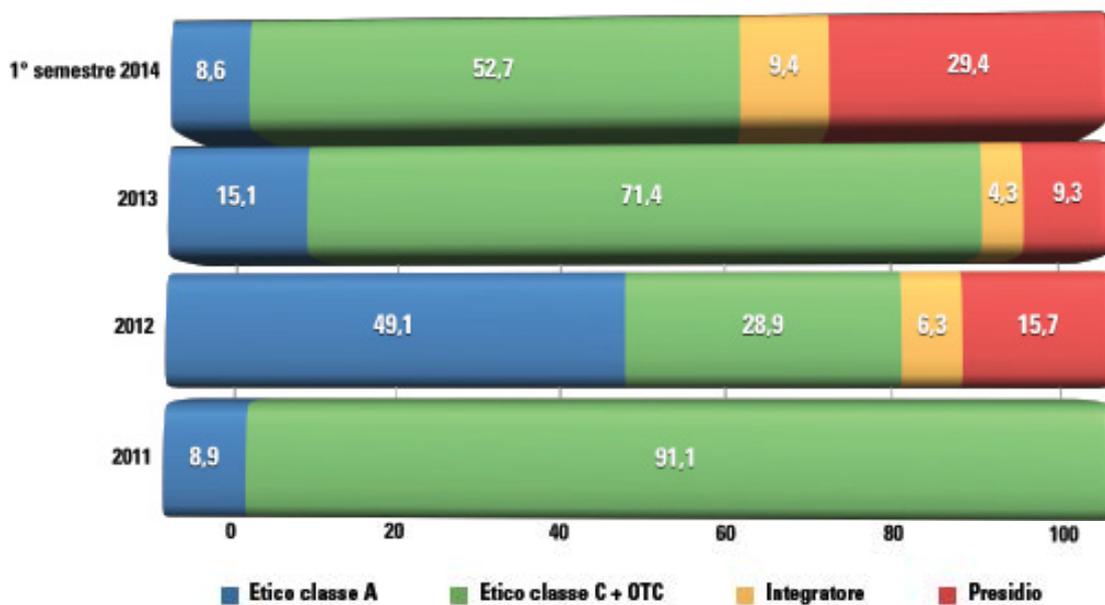
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.
Nota: La data di riferimento è quella del riparto.

PARTE TERZA

LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

La composizione tipologica dei farmaci donati è cambiata nel corso del triennio qui considerato passando da una spiccata concentrazione nella classe C + OTC (91%) del 2011 ad una più equa ripartizione nel corso del 2012, per tornare nel 2013 ad un picco nella classe C + OCT (71%), anche se meno elevato rispetto al 2011 (Figura 10). L'andamento registrato nel primo semestre del 2014 prefigura invece una sensibile variazione positiva nell'ambito dei farmaci-presidio (29%)

FIGURA 10
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER CLASSE DI FARMACO DELLE CONFEZIONI RICEVUTE (ACCETTATE) DALLE AZIENDE. ITALIA, ANNI 2011-2014



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Le aziende stabilmente in rapporto con la Fondazione nel corso del primo semestre 2014 sono state 17 con una forte polarizzazione dei quantitativi donati (43,7% del totale) in una sola azienda (Tabella 16). Alcune imprese donano farmaci appartenenti a tutte le classi, mentre altre si concentrano su una singola tipologia in ragione della loro specializzazione produttiva.

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

TABELLA 16
AZIENDE DONATRICI, NUMERO DI CONFEZIONI RICEVUTE (ACCETTATE E RIPARTITE)
E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER CLASSE DI FARMACO DELLE CONFEZIONI RICEVUTE (ACCETTATE).
ITALIA, 1° SEMESTRE 2014.

	NUMERO DI CONFEZIONI	DISTRIB. % NUMERO DI CONFEZIONI	CLASSE DI FARMACO				TOT.
			ETICO CLASSE A	ETICO CLASSE C + OTC	INTEGRA-TORE	PRESIDIO	
Angelini	235.865	43,7	-	56,9	7,6	35,5	100
Alfa Wassermann	1.200	0,2	-	100	-	-	100
Almus	1.540	0,3	-	100	-	-	100
Boehringer Ingelheim Italia	10	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Chiesi Farmaceutici	34.859	6,5	82,4	17,6	-	-	100
Crinos	15.372	2,8	32,9	23,5	43,6	-	100
Demetra Pharmaceutical	9.700	1,8	-	-	88,3	11,7	100
Doc Generici	13.195	2,4	15,3	84,7	-	-	100
Dompé	990	0,2	-	100	-	-	100
Dynacren	468	0,1	-	100	-	-	100
EG EuroGenerici	11.988	2,2	18,9	64,2	16,8	-	100
Grunenthal Italia	1.000	0,2	-	100	-	-	100
Ibsa Farmaceutici Italia	38.702	7,2	1,9	42,6	37,2	18,4	100
Italfarmaco	445	0,1	22,5	77,5	-	-	100
Johnson&Johnson	19.352	3,6	-	100	-	-	100
La.fa.re.	8.550	1,6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Liben	1.480	0,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Montefarmaco OTC	850	0,2	-	-	100	-	100
Mylan	4.412	0,8	98,9	1,1	-	-	100
Nova Argentina	27.496	5,1	-	89,1	-	10,9	100
Recordati	905	0,2	-	-	53	47	100
S.a.l.f. lab. farmacologico	50.181	9,3	-	100	-	-	100
Totale	540.350	100					
Zambon Italia	2.390	0,4	28	46,9	6,3	18,8	100

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

8. LE FARMACIE

Sul totale delle 18.039 farmacie attive in Italia, alla GRF 2014 hanno partecipato 3.558 farmacie, corrispondenti al 19,7%. La distribuzione per ripartizioni vede, anche in questo caso, in posizione preminente il Nord Ovest (con un tasso di partecipazione di 30 farmacie su 100), seguito a ruota dal Nord Est (con 28 farmacie su 100). Diversamente da quanto abbiamo visto per altre caratteristiche, le Isole (con 12 farmacie su 100) non stanno al fondo della graduatoria, perché superano il Sud (con 8,5 farmacie su 100) e si collocano subito dopo il Centro (con 15 farmacie su 100) (Tabella 17).

TABELLA 17
NUMERO DI FARMACIE ADERENTI ALLA GRF 2014 PER RIPARTIZIONE.

	N. totale Farmacie	Farmacie aderenti alla GRF			Tasso di partecipazione (% su totale farmacie per ripartizione)		
		GRF 2014	GRF 2013	Var. % 2014-13	Tasso % adesione 2014	Tasso % adesione 2013	Var. in punti % 2014-13
Nord Ovest	5.030	1.508	1.413	6,7%	30,0	28,1	1,9
Nord Est	3.254	928	898	3,3%	28,5	27,6	0,9
Centro	3.381	513	497	3,2%	15,2	14,7	0,5
Sud	4.359	372	326	14,1%	8,5	7,5	1,1
Isole	2.015	235	232	1,3%	11,7	11,5	0,1
TOTALE	18.039	3.558	3.366	5,7%	19,7	18,7	1,1

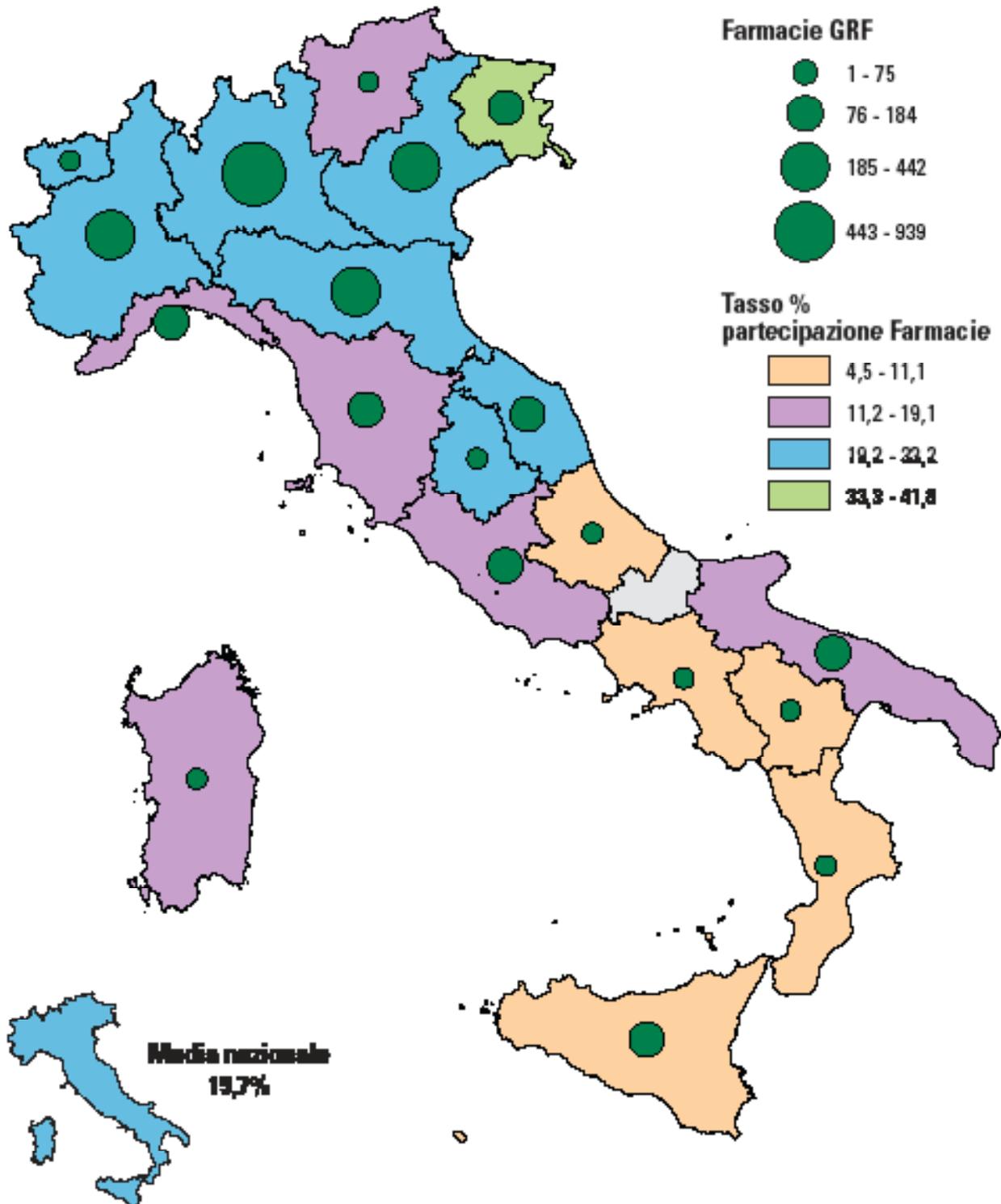
Fonte: sistema di monitoraggio FBF e Federfarma.

Tra il 2013 e il 2014 il numero delle farmacie aderenti alla GRF è aumentato in valore assoluto di 192 unità (su un numero totale di farmacie rimasto invariato) a parità di farmacie attive, a cui corrisponde un incremento dell'1,1% rispetto al tasso di partecipazione complessivo. Se il numero di farmacie aderenti è cresciuto con più forza nel Sud (+14,1%), il tasso di partecipazione resta stabilmente più elevato nelle regioni del Nord, dove si giunge (nel Nord ovest) ad un tasso del 30%.

Il profilo analitico per regioni (Mappa 1) indica che il tasso di partecipazione delle farmacie alla GRF 2014 ha raggiunto il suo apice in Friuli V. G. (41,8%) a cui seguono Lombardia (33%), Emilia-Romagna (29,6%), Piemonte (28,5%), Veneto (26,6%), Valle d'Aosta (26,5%), Marche (25,3%), tutte regioni che superano la media nazionale (19,7%). Decisamente basso (inferiore al 12%) è il tasso in Campania (4,5%), Calabria (7%), Abruzzo (8,9%), Basilicata (9,7%), Sicilia (11,1%), mentre in posizione intermedia si collocano Liguria (19,1%), Puglia (16,4%), Trentino A.A. (14,9%), Sardegna (13,1%), Lazio (12,3%) e Toscana (12,1%).

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

MAPPA 1
NUMERO DI FARMACIE PARTECIPANTI ALLA GRF E TASSO % DI PARTECIPAZIONE



Fonte: sistema di monitoraggio FBF e Federfarma.

PARTE TERZA

LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

Moltiplicando il numero delle farmacie aderenti alla GRF in ciascuna regione per il numero medio dei residenti per farmacia si constata che il bacino potenziale dei donatori per le farmacie aderenti è di 11 milioni 715 mila unità (19,7% della popolazione residente complessiva); di questo universo le farmacie della Lombardia raggiungono il 27,5%, che è un valore inferiore al tasso di partecipazione delle farmacie (33,2%), a causa del numero medio di residenti per farmacia, che in questa regione non è tra i più elevati (Tabella 18).

TABELLA 18
N. ABITANTI NEL BACINO DI UTENZA DELLE FARMACIE ADERENTI ALLA GRF 2014.

	Numero farmacie GRF	N. medio abitanti per farmacia	N. abitanti rispetto alla farmacie aderenti alla GRF	N. abitanti nella regione	Quota % residenti nel bacino d'utenza delle farmacie aderenti alla GRF
Piemonte	442	2.808	1.241.035	4.357.663	10,6
Valle D'aosta	13	2.584	33.593	126.620	0,3
Lombardia	939	3.425	3.216.500	9.700.881	27,5
Trentino-Alto Adige	43	3.563	153.191	1.029.585	1,3
Veneto	354	3.647	1.290.905	4.853.657	11,0
Friuli-Venezia Giulia	161	3.163	509.253	1.217.780	4,3
Liguria	114	2.625	299.291	1.567.339	2,6
Emilia-Romagna	370	3.476	1.286.036	4.341.240	11,0
Toscana	135	3.284	443.286	3.667.780	3,8
Umbria	67	3.247	217.557	883.215	1,9
Marche	127	3.075	390.554	1.540.688	3,3
Lazio	184	3.689	678.742	5.500.022	5,8
Abruzzo	45	2.597	116.876	1.306.416	1,0
Molise	0	1.864	-	313.145	-
Campania	73	3.569	260.559	5.764.424	2,2
Puglia	181	3.659	662.207	4.050.072	5,7
Basilicata	20	2.804	56.074	577.562	0,5
Calabria	53	2.577	136.574	1.958.418	1,2
Sicilia	160	3.467	554.769	4.999.854	4,7
Sardegna	75	2.858	214.378	1.637.846	1,8
ITALIA	3.558	3.293	11.714.873	59.394.207	100,0

Fonte: sistema di monitoraggio FBF e ISTAT Demo

Al di là dei dettagli, resta da rimarcare la prosecuzione anche nel 2014 di una dinamica espansiva del tasso di partecipazione delle farmacie alla GRF, che resta una condizione potenzialmente favorevole (ancorché non automatica) per l'incremento della raccolta di farmaci.

9. IL PROFILO DELLE DONAZIONI NELLA GRF 2014

Nelle 3.558 farmacie aderenti alla GRF 2014 sono stati raccolti circa 360.000 farmaci, con un incremento assoluto di 10.000 unità rispetto alla GRF 2013, pari ad una variazione del 3,1%. L'aumento delle donazioni è stato più sensibile nel Sud (+22,3%) che da solo rappresenta il 55,5% dell'incremento totale su base nazionale (Tabella 19).

TABELLA 19
VARIAZIONE DEI FARMACI RACCOLTI DURANTE LA GRF (NUMERO DI CONFEZIONI) DAL 2013 AL 2014.
RIPARTIZIONI ITALIANE.

Ripartizioni	2014	2013	Variazione % 2014-2013	Contributo % all'incremento 2014-2013 nazionale
Nord Ovest	171.950	168.149	2,3%	35,5%
Nord Est	88.762	88.501	0,3%	2,4%
Centro	47.192	46.096	2,4%	10,2%
Sud	32.584	26.645	22,3%	55,5%
Isole	19.249	19.646	-2,0%	-3,7%
ITALIA	359.737	349.037	3,1%	100,0%

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

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

Si tratta, a tutti gli effetti, di un segnale altamente positivo considerato il fatto che proviene da regioni con reddito pro-capite più basso rispetto alla media nazionale. Su questo incremento incide indubbiamente l'incremento nel numero di farmacie partecipanti (da 326 a 372), ma anche la propensione al dono della popolazione residente nei nuovi bacini d'utenza (Tabella 21 e mappa 2).

Il nesso di causa-effetto tra il numero delle farmacie aderenti alla GRF e il numero di farmaci raccolti è chiaramente indicato dalla distribuzione percentuale per regione di queste due caratteristiche: resta in particolare identica la graduatoria, con in testa la Lombardia e via via le altre regioni (Tabella 20).

Se però consideriamo il numero medio dei farmaci donati in ciascuna farmacia notiamo una graduatoria leggermente diversa a causa della diversa propensione al dono delle persone che hanno acquistato farmaci in quello stesso giorno. A fronte di una media generale di 101 farmaci per farmacia constatiamo che 6 regioni (Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Friuli V. G., Trentino, Liguria) superano questa soglia, mentre le regioni più distanti dalla media (< 85) sono 4 (Calabria, Sardegna, Campania, Sicilia).

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

TABELLA 20
FARMACI RACCOLTI IN OCCASIONE DELLA GRF (VALORI ASSOLUTI, PERCENTUALI E PER FARMACIA).
REGIONI ITALIANE, ANNO 2014.

Regione	N. farmacie GRF 2014	% farmacie sul totale	N. farmaci raccolti	% farmaci sul totale	N. medio farmaci per farmacia
Piemonte	442	12,4	51.142	14,2	116
Valle D'aosta	13	0,4	1.924	0,5	148
Lombardia	939	26,4	107.253	29,8	114
Trentino-Alto Adige	43	1,2	4.567	1,3	106
Veneto	354	9,9	30.579	8,5	86
Friuli-Venezia Giulia	161	4,5	17.252	4,8	107
Liguria	114	3,2	11.631	3,2	102
Emilia-Romagna	370	10,4	36.364	10,1	98
Toscana	135	3,8	13.088	3,6	97
Umbria	67	1,9	6.730	1,9	100
Marche	127	3,6	11.083	3,1	87
Lazio	184	5,2	16.291	4,5	89
Abruzzo	45	1,3	4.001	1,1	89
Campania	73	2,1	5.786	1,6	79
Puglia	181	5,1	17.205	4,8	95
Basilicata	20	0,6	1.766	0,5	88
Calabria	53	1,5	3.826	1,1	72
Sicilia	160	4,5	13.590	3,8	85
Sardegna	75	2,1	5.659	1,6	75
ITALIA	3.558	100,0	359.737	100,0	101

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

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).

Una stima più appropriata della propensione al dono da parte dei residenti in ciascuna regione richiede però di considerare la popolazione residente nel bacino d'utenza delle farmacie aderenti alla GRF piuttosto che l'intera popolazione, come risulta dalla colonna (d) della Tabella 21 che indica il numero di donatori su 10.000 residenti "effettivi"¹⁰. I corrispondenti valori risultano compresi tra 222 per 10.000 residenti effettivi, in Campania, e 573 per 10.000 residenti effettivi in Valle d'Aosta, a fronte di un valore medio complessivo di 307 per 10.000 abitanti¹¹.

10 Con il termine residenti "effettivi" indichiamo per l'appunto i residenti nel bacino d'utenza di ogni singola farmacia.

11 Questa stima si basa sull'assunto teorico che ad ogni farmaco donato corrisponda un donatore individuale; nella popolazione di riferimento sono compresi gli individui di tutte le età (compresi i bambini).

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

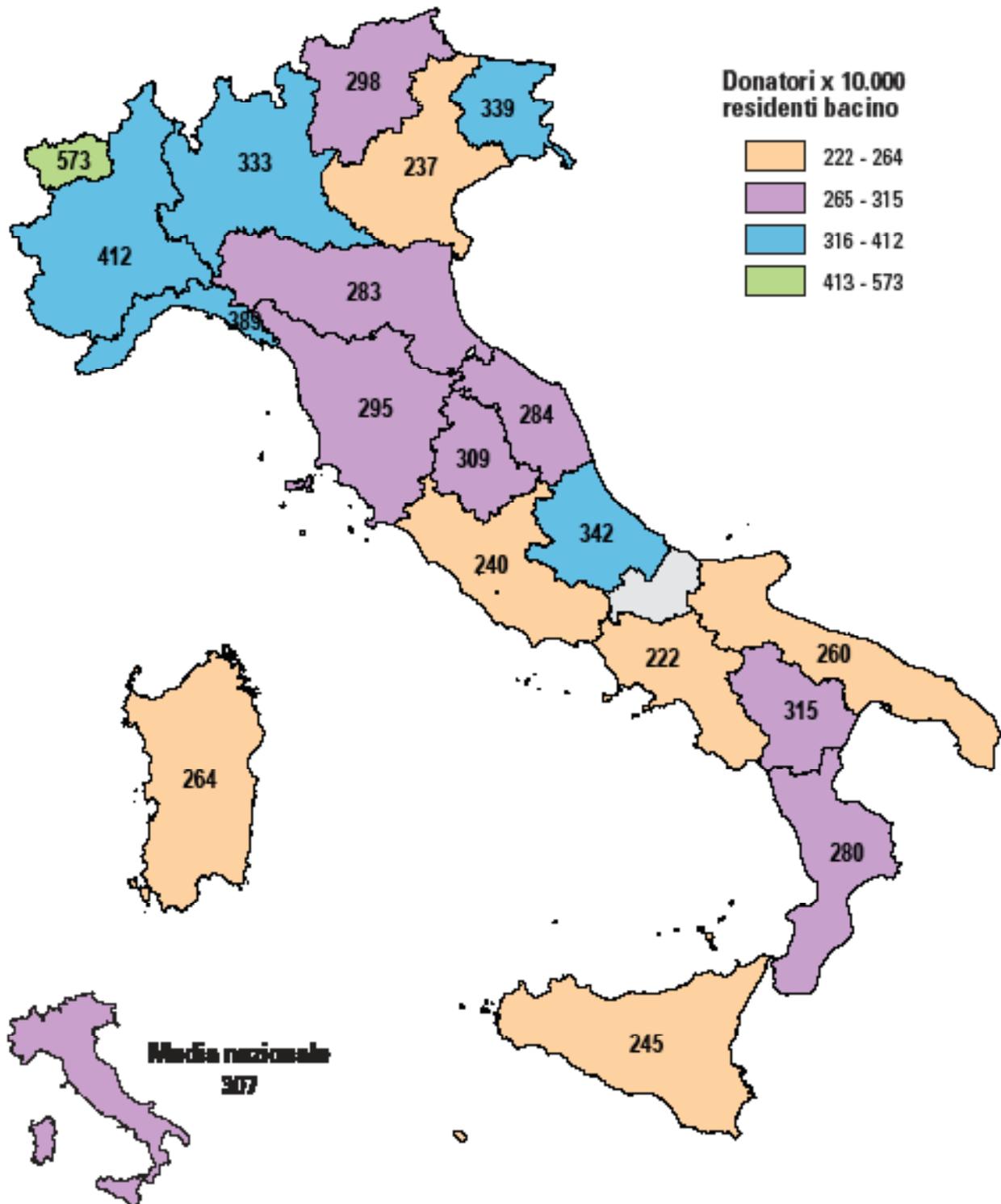
TABELLA 21
INDICE DI PROPENSIONE AL DONO SU 10.000 ABITANTI RESIDENTI NEL BACINO D'UTENZA
DELLE FARMACIE ADERENTI ALLA GRF 2014.

	(a) N. farmacie GRF 2014	(b) N. farmaci raccolti GRF 2014	(c) N. abitanti rispetto alla farmacie aderenti alla GRF 2014	(d) N. donatori teorici su 10.000 residenti nel bacino di utenza delle farmacie aderenti alla GRF 2014
Piemonte	442	51.142	1.241.035	412
Valle D'Aosta	13	1.924	33.593	573
Lombardia	939	107.253	3.216.500	333
Trentino-Alto Adige	43	4.567	153.191	298
Veneto	354	30.579	1.290.905	237
Friuli-Venezia Giulia	161	17.252	509.253	339
Liguria	114	11.631	299.291	389
Emilia-Romagna	370	36.364	1.286.036	283
Toscana	135	13.088	443.286	295
Umbria	67	6.730	217.557	309
Marche	127	11.083	390.554	284
Lazio	184	16.291	678.742	240
Abruzzo	45	4.001	116.876	342
Campania	73	5.786	260.559	222
Puglia	181	17.205	662.207	260
Basilicata	20	1.766	56.074	315
Calabria	53	3.826	136.574	280
Sicilia	160	13.590	554.769	245
Sardegna	75	5.659	214.378	264
ITALIA	3.558	359.737	11.714.873	307

Fonte: sistema di monitoraggio FBF e ISTAT Demo

LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

MAPPA 2
N. CONFEZIONI RACCOLTE DURANTE LA GRF IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE NEL BACINO DI
UTENZA DELLE FARMACIE (X10.000). ANNO 2014



Fonte: sistema di monitoraggio FBF e ISTAT Demo

9.1 - Le tipologie di farmaci raccolti.

Rifacendoci alla classificazione dei farmaci utilizzata nella seconda parte del rapporto (ovvero ai codici ATC), è possibile osservare (Figura 11 e Tabella 22) come la principale tipologia di farmaci raccolti nella GRF 2014 è relativa al sistema nervoso (codice N: 32,8%) e comprende dunque prevalentemente analgesici e antipiretici. La seconda categoria di farmaci più diffusi è quella relativa all'apparato muscolo-scheletrico (codice M: 16,3%) che contiene i principali farmaci anti infiammatori per via orale e gli anti dolorifici specifici per i dolori articolari e muscolari. Segue poi la categoria di farmaci per il tratto alimentare e il metabolismo (codice A: 15,4%), comprendenti lassativi, antidiarroici, farmaci per disturbi gastrointestinali, insieme ai preparati per il cavo oro-faringeo.

FIGURA 11
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI FARMACI RACCOLTI NELLA GRF PER 1° LIVELLO DI ATC.
ITALIA, ANNO 2014.

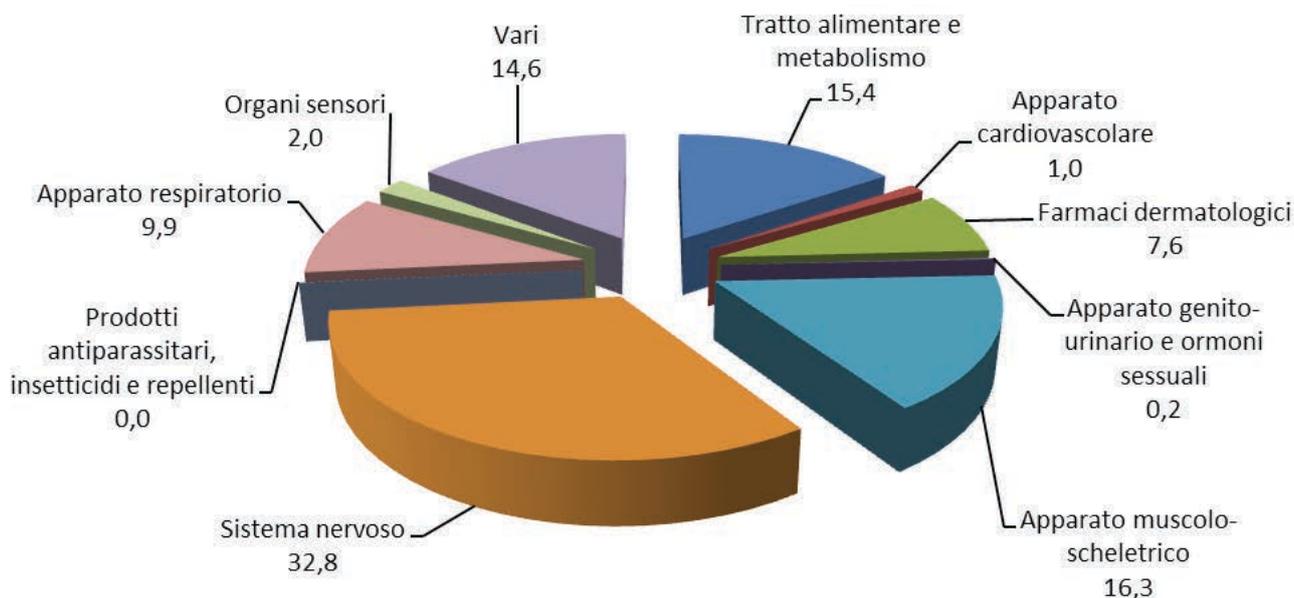


TABELLA 22
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE FARMACI RACCOLTI NELLA GRF
IN BASE ALLA CATEGORIA E AL 1° LIVELLO ATC.
ITALIA, ANNO 2014

Categorie (nome semplificato)	Distrib. % del numero di confezioni	1° LIVELLO ATC
Analgesici e antipiretici	32,80%	N
Antinfiammatori orali	12,20%	M
Preparati per tosse e raffreddore	7,00%	R
Preparati per il cavo oro-faringeo	4,70%	A
Farmaci uso locale per dolori articolari/muscolari	4,20%	M

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

Lassativi	3,80%	A
Antidiarroici, antimicrobici intestinali	3,50%	A
Antisettici e disinfettanti	3,10%	D
Decongestionanti nasali	2,60%	R
Farmaci per i disturbi gastrointestinali	2,50%	A
Antipruriginosi e antistaminici uso locale	1,80%	D
Oftalmici	1,60%	S
Antibiotici e altri terapeutici uso dermatologico	1,20%	D
Antimicotici uso locale	1,10%	D
Vitamine e sali minerali	1,00%	A
Antiemorroidali	0,70%	C
Vasoprotettori uso locale	0,40%	C
Preparati per ferite e ulcerazioni	0,40%	D
Otologici	0,40%	S
Antistaminici orali	0,30%	R
Antimicrobici e antisettici ginecologici	0,20%	G
Emollienti e protettivi	0,10%	D
Anestetici locali in crema	0,00%	N
Antiparassitari, insetticidi e repellenti	0,00%	P
Altro	14,60%	V
TOTALE	100,00%	

Fonte: sistema di monitoraggio FBF

La piattaforma informativa utilizzata dalla Fondazione Banco Farmaceutico registra non solo la quantità dei farmaci donati e la tipologia (vedi infra) ma anche il loro valore economico in base ai prezzi di mercato. Nella GRF del 2014 questo valore è risultato pari a 2 milioni 478 mila 186 euro (cfr. Tabella 9) su base nazionale, concentrati per il 50% nelle regioni del Nord Ovest e per il 50% nelle altre ripartizioni con percentuali minime nelle Isole (5,1%) (Tabella 23). Il valore medio delle confezioni donate si attesta su 6,89 euro, con scostamenti significativi solo nelle regioni del Sud (media 5,70 euro).

TABELLA 23
VALORE MONETARIO DEI FARMACI RACCOLTI NELLA GRF.
RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNO 2014

	Valore monetario farmaci donati (euro)	Quota % valore monetario	N. farmaci raccolti	valore medio confezione
Nord Ovest	1.249.006	50,4	171.950	7,26
Nord Est	594.765	24	88.762	6,70
Centro	324.642	13,1	47.192	6,88
Sud	185.864	7,5	32.584	5,70
Isole	126.387	5,1	19.249	6,57
ITALIA	2.478.186	100	359.737	6,89

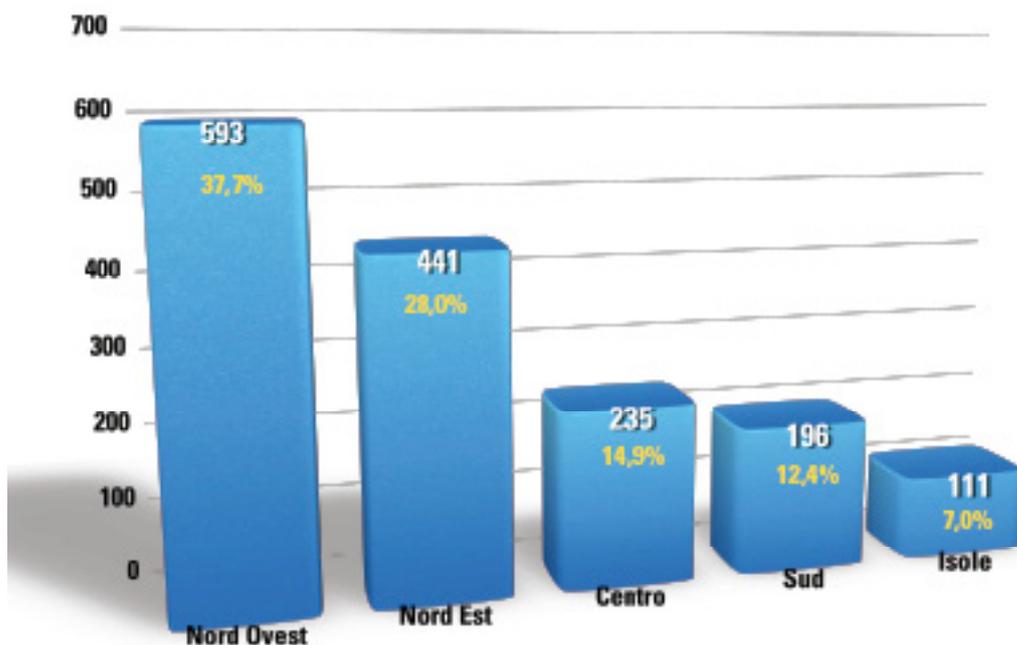
Fonte: sistema di monitoraggio FBF

10. GLI ENTI NON PROFIT

Tra i protagonisti della GRF un posto di rilievo spetta agli enti non profit che distribuiscono materialmente alle persone indigenti i farmaci recuperati lungo tutta la filiera. Da questi enti dipende la capillarità della distribuzione di quanto viene raccolto, ma anche la stima del fabbisogno complessivo da soddisfare che viene preventivamente comunicato alla Fondazione Banco Farmaceutico e alle farmacie che rientrano nel bacino di utenza dei singoli enti, posto che in molti casi è previsto un vero e proprio gemellaggio tra i singoli enti e le singole farmacie.

Alla GRF del 2014 hanno partecipato in totale 1576 Enti non profit distribuiti in tutta Italia (Mappa 3), con una concentrazione più elevata nel Nord-Ovest (37,7%) e nel Nord-Est (28%) e meno elevata nelle isole (7%) e valori quasi equivalenti nel Centro e nel Sud (14,9% E 12,4%) (Figura 12).

FIGURA 12
NUMERO DI ENTI E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER RIPARTIZIONE.
ANNO 2014

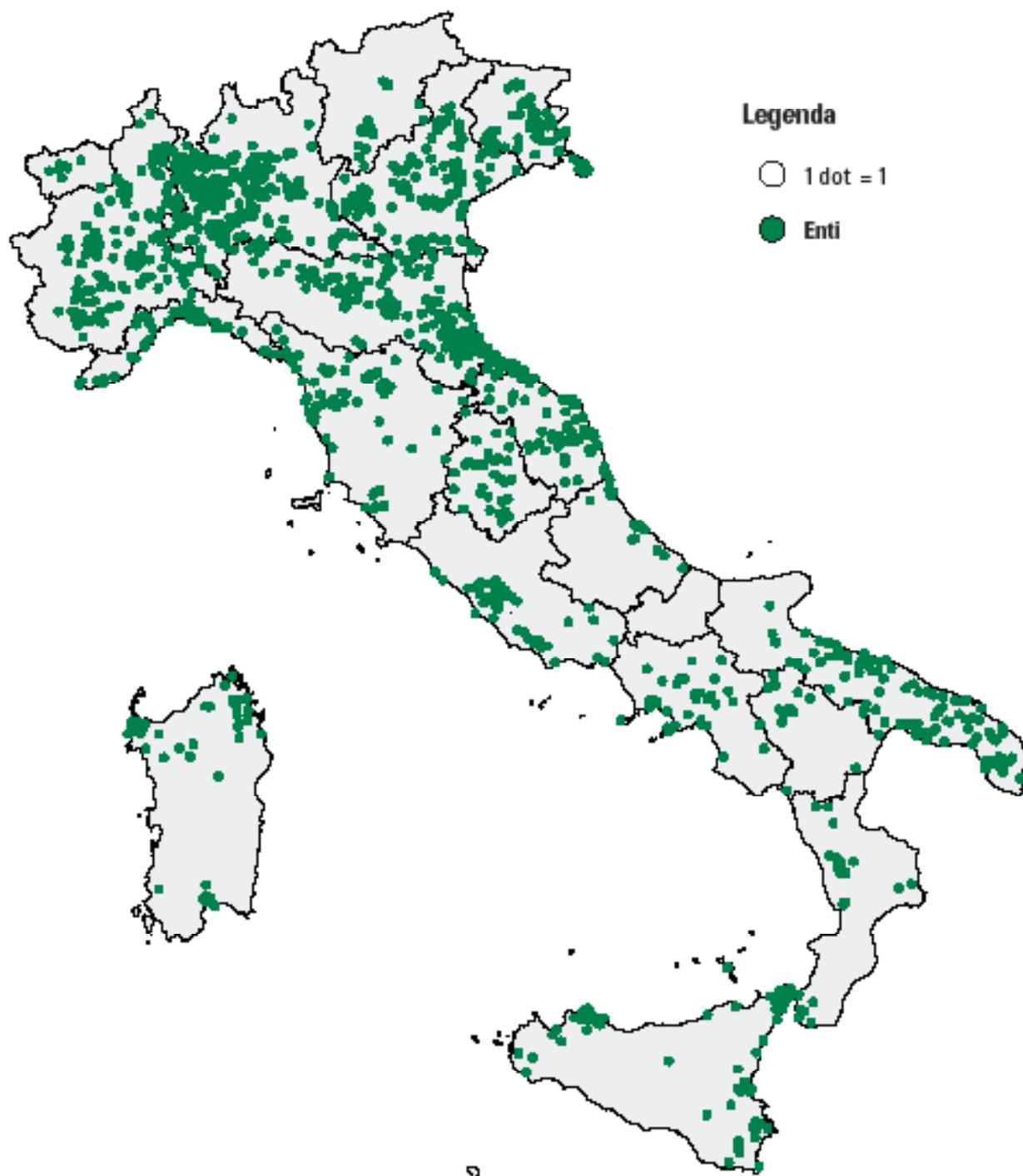


Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

La partecipazione numerica degli Enti registra un leggero incremento complessivo rispetto al 2013 (+4,6%), che risulta più accentuato nelle regioni del Sud (+8,9%), in linea con il valore medio nel Nord Ovest (+4,8%) e nel Centro (+5,4%), al di sotto di tale valore nel Nord Est (+3,5%) e invariato nelle isole (Figura 13).

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

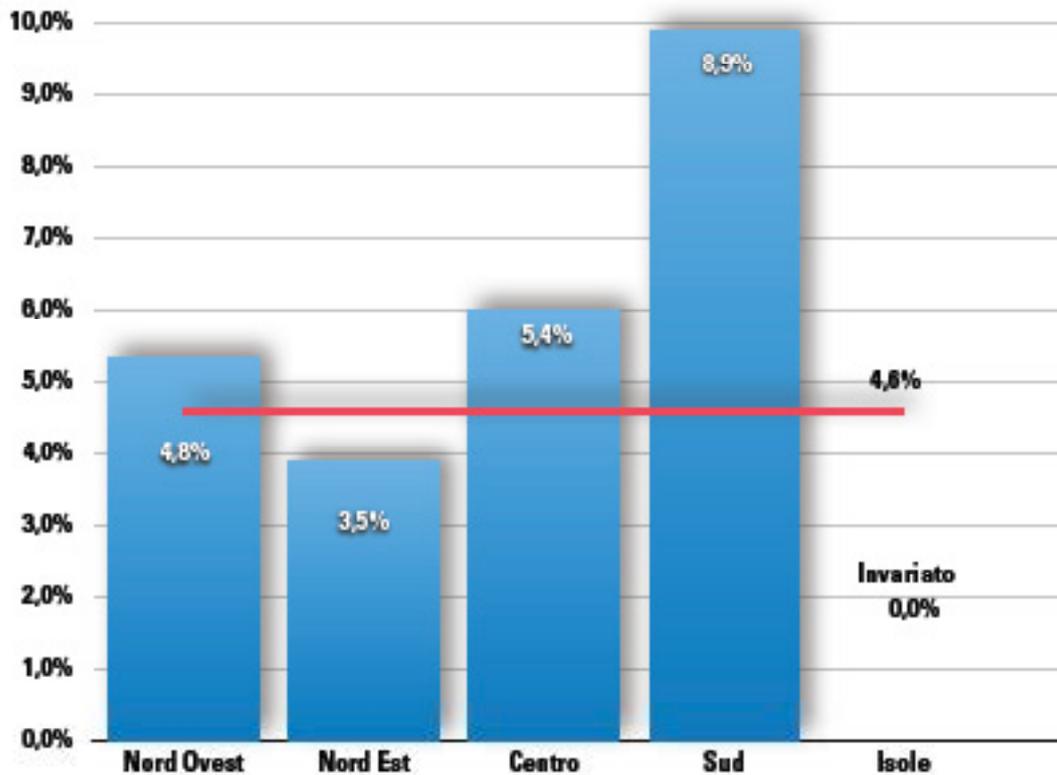
MAPPA 3
DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DEGLI ENTI ADERENTI ALLA GRF 2014.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

FIGURA 13
VARIAZIONE PERCENTUALE DEGLI ENTI 2013-2014.
RIPARTIZIONI ITALIANE

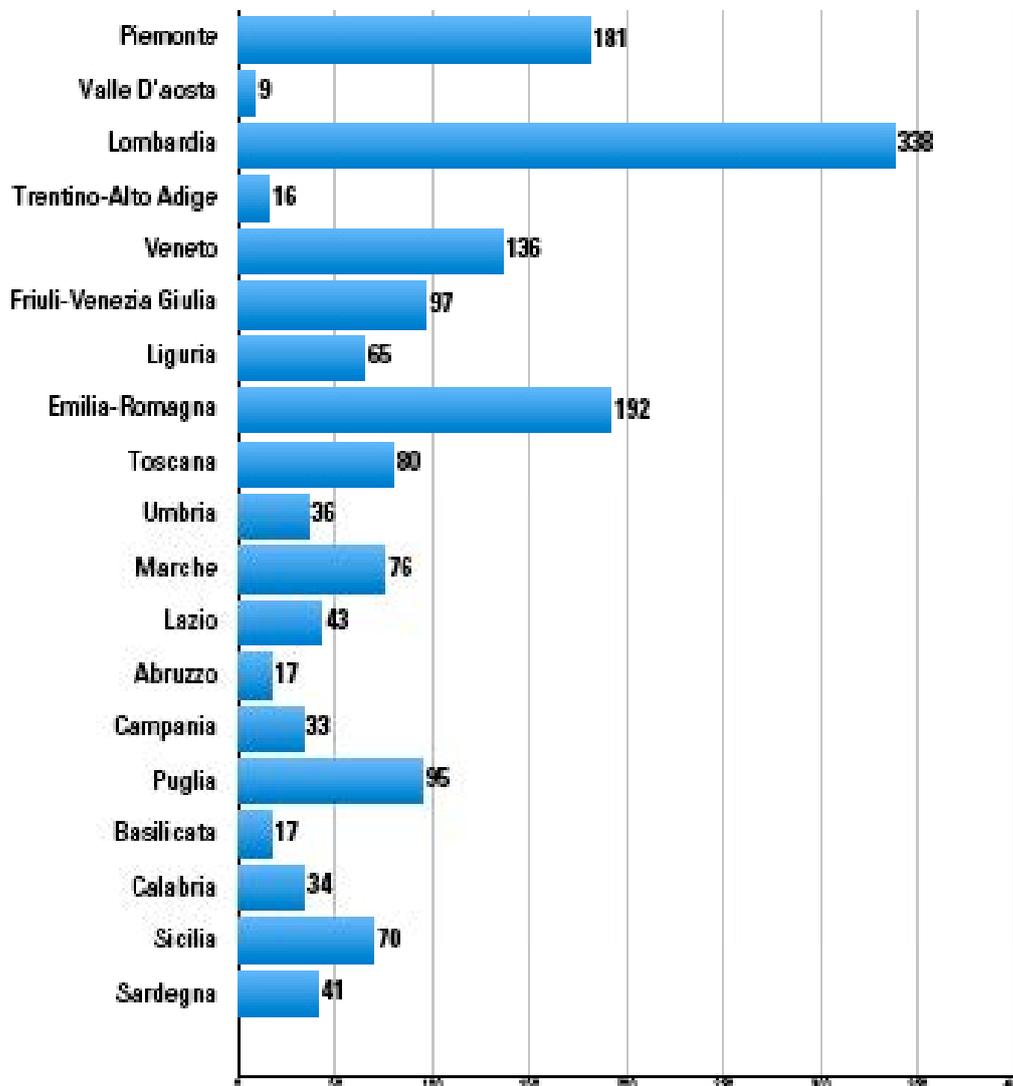


Fonte: sistema di monitoraggio FBF

L'analisi dettagliata per singole regioni mostra che gli enti sono concentrati principalmente in Lombardia (21%), Emilia-Romagna (12%), Piemonte (11%), Veneto (9%), che nel loro insieme rappresentano il 54% del totale (Figura 14).

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

FIGURA 14
NUMERO DI ENTI E DISTRIBUZIONE PER REGIONE.
ANNO 2014

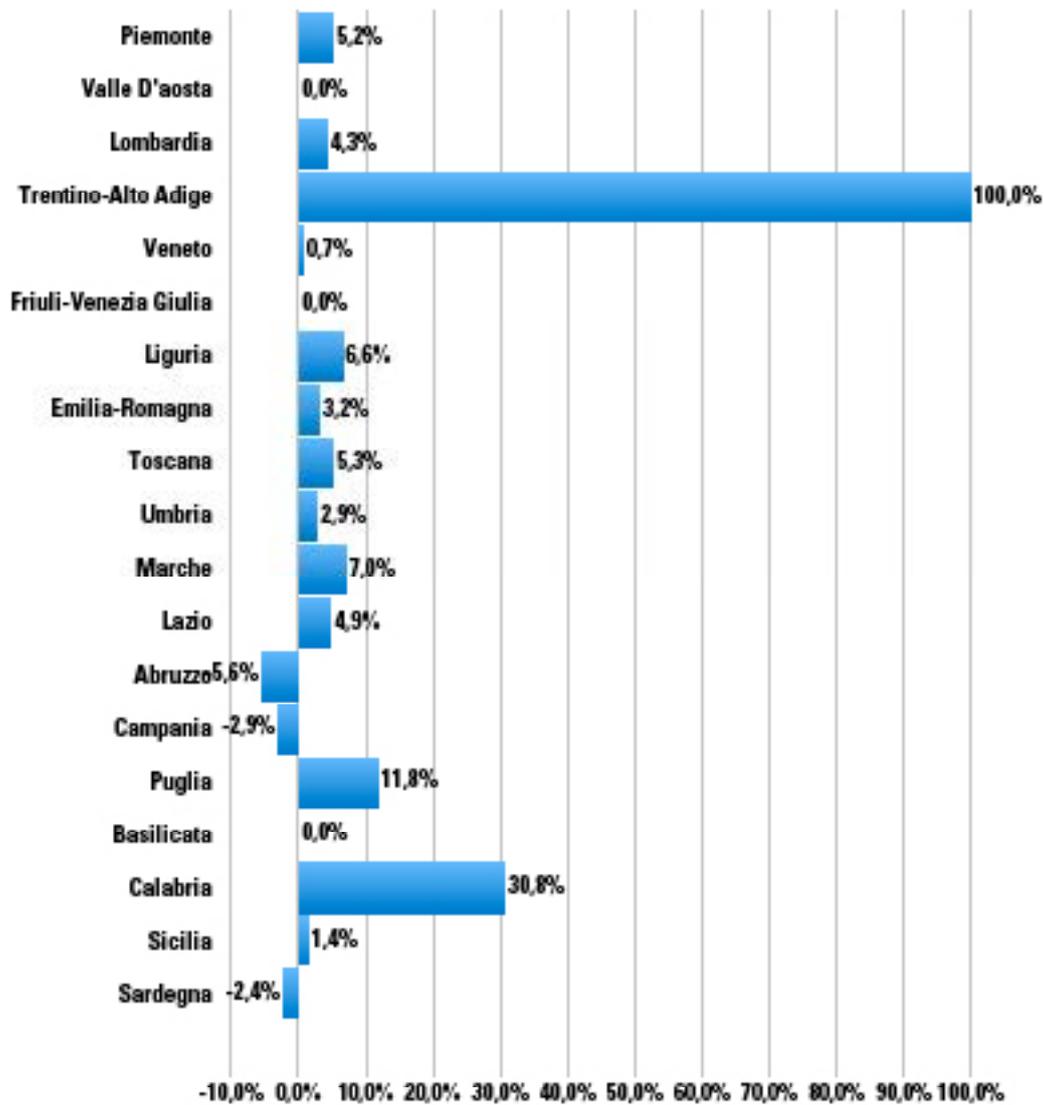


Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Con la sola eccezione del Piemonte (+5,2%) in queste regioni si registrano variazioni ridotte, inferiori alla media generale (+4,6%), mentre particolarmente dinamica risulta la situazione in Trentino A.A(dove sono raddoppiati gli enti, passati da 8 a 16), Calabria (+31%), Puglia (+11,8%) e Marche (+7%) quantomeno in termini relativi (Figura 15).

Su queste variazioni incidono in modo congiunto diversi fattori, riconducibili in primo luogo alla imprenditorialità sociale diffusa in ciascuna regione e in subordine all'incremento delle richieste di aiuto chiaramente indicata dal numero dei farmaci distribuiti e delle persone aiutate (vedi oltre). L'affacciarsi di nuovi protagonisti sul versante dell'aiuto sanitario agli indigenti denota, in sintesi, un'accresciuta sensibilità verso questa problematica, insieme alla capacità di mettere in atto i processi organizzativi e professionali che rendono possibile l'erogazione di un simile servizio.

FIGURA 15
VARIAZIONE DEL NUMERO DI ENTI 2013/2014 (VALORI PERCENTUALI).



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

L'organizzazione della GRF prevede una stretta collaborazione tra gli Enti e le farmacie con veri e propri "gemellaggi" basati sulla prossimità territoriale, a cui si legano innegabili vantaggi tanto per il trasferimento/ritiro dei farmaci raccolti, quanto per incentivare le donazioni dei cittadini: gli enti non profit che operano nello stesso territorio delle farmacie sono per lo più noti ai residenti (specie nei comuni più piccoli) sotto il profilo dell'attività e della affidabilità e dunque favoriscono la partecipazione locale alla GRF. Questa prossimità territoriale è attiva in ciascun comune, come documenta la mappa complessiva dell'Italia (Mappa 4).

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

MAPPA 4
ADDENSAMENTO DEGLI ENTI INTORNO ALLE FARMACIE PARTECIPANTI ALLA GRF 2014.
COMUNI ITALIANI



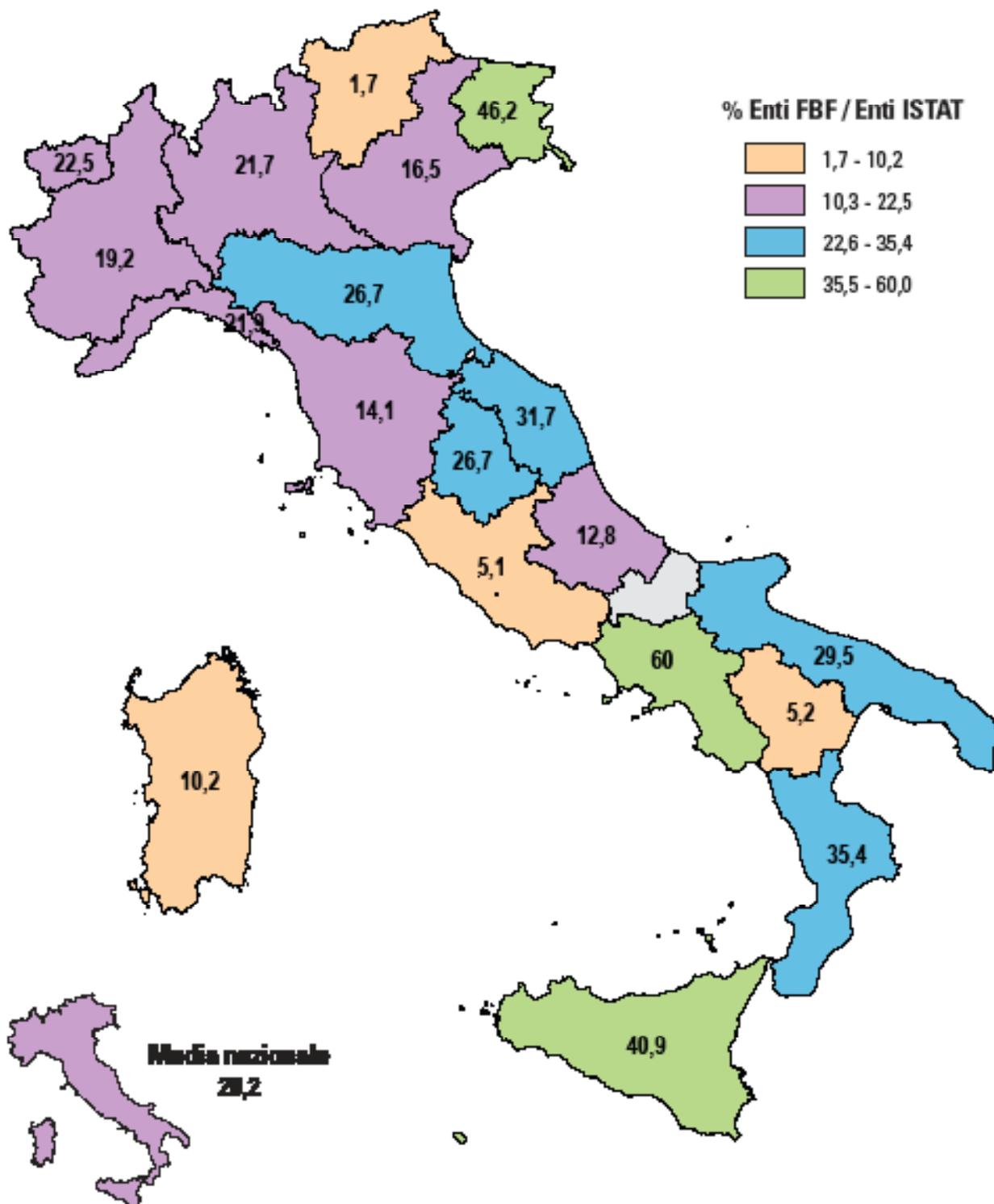
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

La diffusione della sensibilità verso la povertà sanitaria e ancor più delle necessarie capacità operative risulta chiaramente decifrabile mettendo a confronto, in ciascuna regione, il numero degli Enti convenzionati con la FBF per la GRF e il numero degli enti caritativi (di identica tipologia) censiti dall'Istat nell'ambito del 2° censimento degli enti non profit effettuato nel 2011. Il rapporto percentuale tra questi due valori identifica una nuova classifica regionale e soprattutto permette di cogliere, intuitivamente, il grado di specializzazione degli enti caritativi rispetto all'insieme dei servizi erogati (Mappa 5).

La presenza di servizi a sostegno della povertà sanitaria è particolarmente diffusa tra gli enti caritativi della Campania con un rapporto di 60 casi su 100; parimenti elevati sono i corrispondenti valori in Friuli V.G. (46%), Sicilia (40%), Calabria (35%). La forte diffusione di questi servizi all'interno degli enti caritativi operanti in queste regioni può essere verosimilmente ricondotto all'effetto combinato di due elementi: la vocazione specifica di ciascun ente e l'estesa domanda di aiuto sanitario che "costringe" molti enti ad occuparsene.

LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

MAPPA 5
PERCENTUALE DEGLI ENTI CHE HANNO ADERITO ALLA FBF 2014
IN RAPPORTO AL N. DI ENTI NON PROFIT APPARTENENTI ALLE STESS E TIPOLOGIE
CENSITE DALL'ISTAT NEL 2011



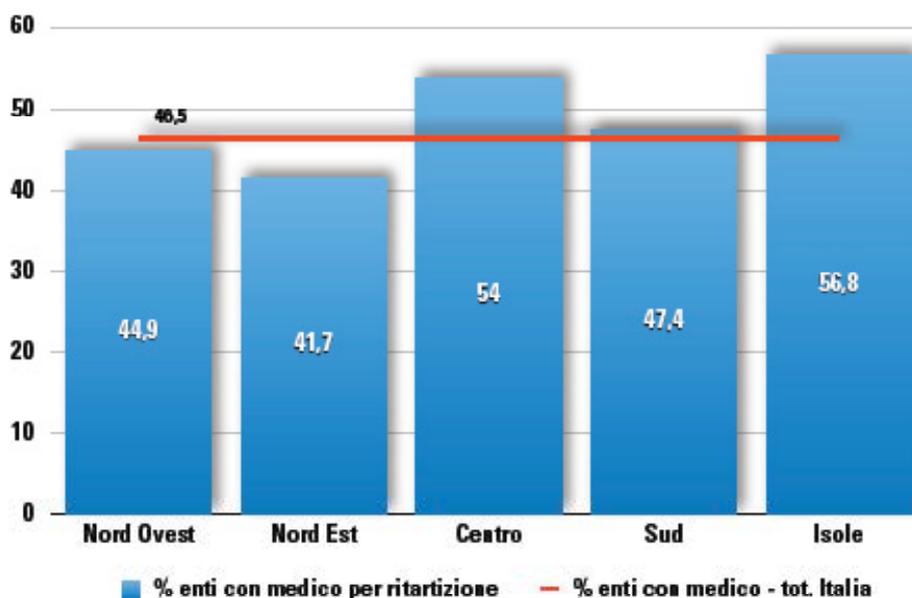
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

10.1 - Dimensioni organizzative

.Sotto il profilo propriamente organizzativo e tecnico professionale risultano particolarmente illuminanti i dati sulla presenza di un medico negli enti convenzionati con FBF, a cui corrisponde una qualificazione elevata dei servizi erogati che vanno nella direzione della vera e propria diagnosi e cura, piuttosto che della semplice distribuzione di farmaci OTC. La presenza dei medici non qualifica solo i servizi ma anche gli enti presso cui vengono erogati, giacché presuppone una organizzazione a livello ambulatoriale, con una dotazione di spazi e di attrezzature corrispondenti agli standard richiesti.

Le probabilità di ricevere assistenza medica sono 46 su 100, sul totale degli enti a livello nazionale, risultano però più elevate nelle Isole e nel Centro (con valori rispettivamente del 57% e del 54%) dove la presenza degli enti risulta più limitata. Si può dunque concludere che i pochi enti operativi nelle Isole sono però mediamente ben strutturati dal punto di vista sanitario (Figura 16).

FIGURA 16
PRESENZA DEL MEDICO NEGLI ENTI (VALORI %). RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNO 2014



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Un profilo più approfondito degli enti che danno supporto ai problemi di salute degli indigenti è ricavabile dall'indagine promossa nel 2012-13 dalla rete Banco Alimentare a cui hanno aderito 5013 enti operanti in 96 province¹². Nell'ambito di questi enti, 839 prestano servizi di assistenza sanitaria, con modalità che prevedono la distribuzione di farmaci e la prestazione di cure sanitarie in modo disgiunto o cumulativo (Figura 17).

Al pari di molti altri enti caritativi, anche quelli qui considerati intervengono contemporaneamente su più bisogni e dunque erogano più servizi, tra cui spicca la fornitura di pacchi alimentari e pasti caldi, di vestiario e di sussidi economici, insieme alla gestione di centri di ascolto

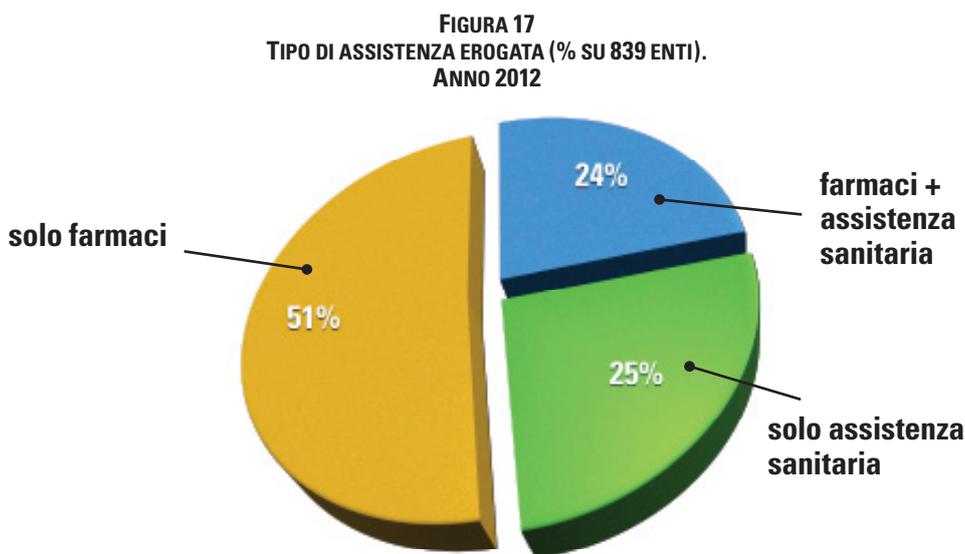
12 Fondazione Banco Alimentare, Indagine sulle attività delle strutture caritative nel 2012-13, Milano 2013

PARTE TERZA

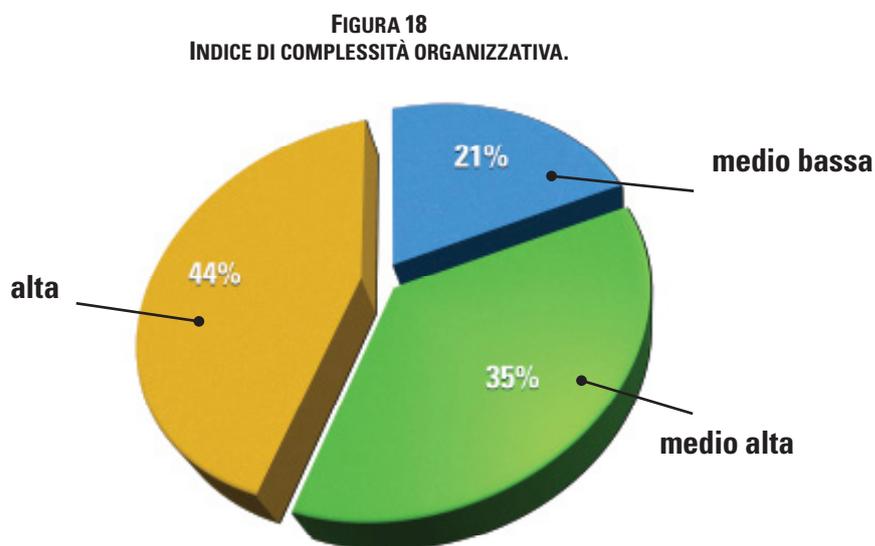
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

e servizi di assistenza per la ricerca di un lavoro. In media questi enti erogano 5 servizi, con picchi di oltre 10 e presentano dunque un indice di complessità organizzativa superiore a quella degli enti che non erogano servizi sanitari.

La complessità organizzativa è particolarmente elevata per 44 enti su 100, medio-alta per 35 enti su 100, e medio-bassa per 21 su 100, mentre sono inesistenti le forme organizzative più semplici¹³ (Figura 18).



Fonte: Fondazione Banco Alimentare, Indagine sulle attività delle strutture caritative, 2013.



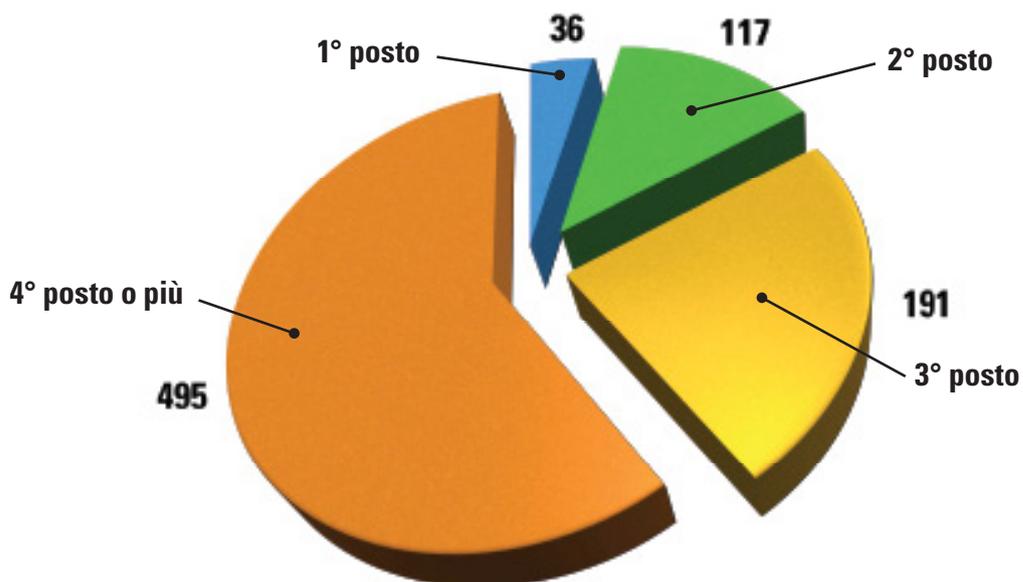
Fonte: Fondazione Banco Alimentare, Indagine sulle attività delle strutture caritative, 2013.

¹³ La complessità organizzativa è considerata bassa quando gli enti svolgono una sola attività (29%); medio bassa con 2-3 attività (39%); medio-alta con 4-5 attività (22%); alta con 6 o più attività (10%).

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

La presenza di più servizi non impedisce ad ogni ente di avere una mission prevalente, definibile sulla base del numero più elevato di utenti. Per 344 enti su 839 (41%) le attività sanitarie figurano ai primi tre posti, in particolare, 36 enti collocano l'assistenza sanitaria al primo posto, 117 al secondo posto e 191 al terzo (Figura 19).

FIGURA 19
IMPORTANZA ASSEGNATA DAGLI ENTI ALLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA ALLA SALUTE (N. ENTI).



Fonte: Fondazione Banco Alimentare, Indagine sulle attività delle strutture caritative, 2013.

10.2 - Le richieste di farmaci per coprire il fabbisogno sanitario

.All'inizio di ogni anno, gli enti non profit che concretamente distribuiscono i farmaci alle persone indigenti comunicano alla FBF il fabbisogno annuale dei diversi tipi di farmaco; su questa base FBF programma gli approvvigionamenti necessari e va alla ricerca del corrispondente quantitativo di donazioni. In caso di donazioni inferiori o superiori a quanto richiesto si opera una ripartizione proporzionale agendo soprattutto sugli enti di maggiori dimensioni, in grado di attivare approvvigionamenti aggiuntivi (in caso minori donazioni) o di ampliare l'erogazione degli aiuti (in caso di maggiori donazioni).

Nel corso del 2013 e del 2014 le richieste iniziali provenienti dagli enti che hanno aderito alla GRF sono state interamente soddisfatte, anche se è stato necessario attingere alle diverse fonti con percentuali diverse dalle previsioni iniziali. In particolare, si è dovuto (e potuto) ricorrere maggiormente alle donazioni aziendali, che hanno superato quelle raggiunte attraverso la GRF (cfr. parte seconda, Tabella 7).

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

Nel biennio 2013-2014 le richieste di farmaci hanno subito un leggero incremento complessivo, anche per effetto di un leggero aumento degli enti aderenti alla GRF (da 1506 a 1576) (Tabella 24). La crescita della domanda di farmaci da banco non è stata omogenea su tutto il territorio nazionale, ma è comunque sensibile nel Nord Ovest (+5,2%), nel Nord Est (+4,5%) e molto ampia nel Sud (+18,4%), con un balzo in valori assoluti (+10.841 farmaci) che ha determinato il sorpasso delle Isole. Nel Centro e nelle Isole si registrano peraltro saldi negativi sulla base di previsioni divenute più prudenti da parte di alcuni enti (Tabella 24).

TABELLA 24
RICHIESTE DEGLI ENTI IN OCCASIONE DELLA GRF (NUMERO DI CONFEZIONI).
RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNI 2013 E 2014

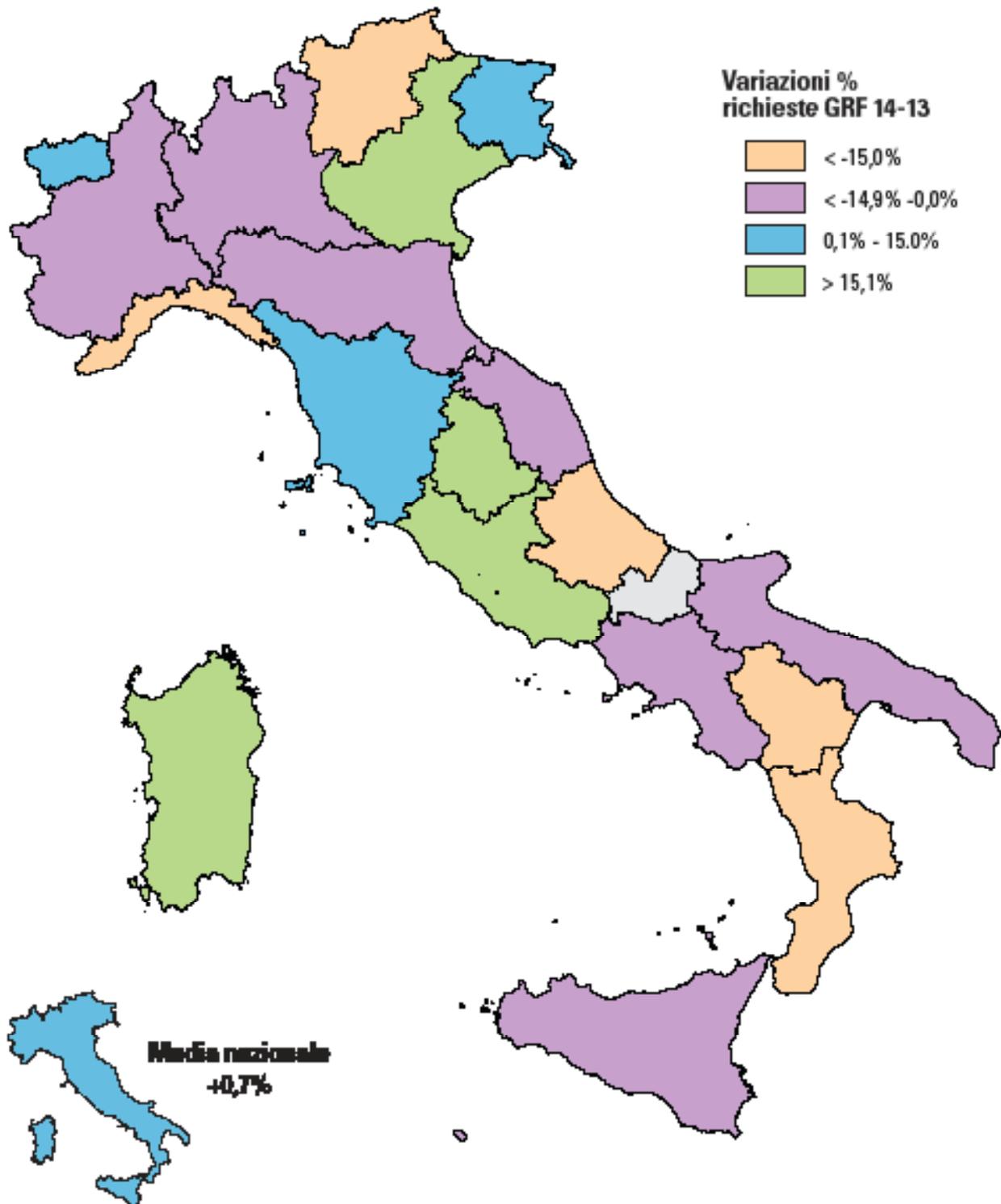
	Richieste in N. confezioni farmaci		Variazione % 2014-2013
	GRF 2013	GRF 2014	
Nord Ovest	318.716	335.406	5,2%
Nord Est	175.914	183.913	4,5%
Centro	191.505	164.382	-14,2%
Sud	58.765	69.606	18,4%
Isole	67.986	65.003	-4,4%
ITALIA	812.886	818.310	0,7%

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Le variazioni in ciascuna regione registrano incrementi relativi molto elevati in Calabria (+73,6%), Liguria (+30,4%), Abruzzo (+28,1%), Basilicata (+24,5%), con il caso limite del Trentino A.A. (+902%) determinato dalla entrata in azione di un grosso ente (Mappa 6).

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

MAPPA 6
VARIAZIONI % RICHIESTE DEGLI ENTI ADERENTI ALLA GRF 2013-14.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

Le 360mila confezioni raccolte durante la GRF 2014 hanno coperto in media il 44% del fabbisogno annuale stimato dagli enti convenzionati riguardo ai soli farmaci di automedicazione, con variazioni sintomatiche tra le singole regioni: al di sopra dei valori medi si collocano 11 regioni tra cui spicca la Campania¹⁴ con un tasso di copertura del 62%; tra le regioni al di sotto della media il valore più basso spetta invece alla Sicilia con il 25,9% (Tabella 24).

TABELLA 24
TASSO DI COPERTURA GRF 2014 PER REGIONI.

Regione	Richieste GRF 2014	N. confezioni raccolte	tasso di copertura (%)
Piemonte	125.209	51.142	40,8
Valle D'Aosta	3.206	1.924	60,0
Lombardia	176.745	107.253	60,7
Trentino-Alto Adige	20.457	4.567	22,3
Veneto	64.484	30.579	47,4
Friuli-Venezia Giulia	33.759	17.252	51,1
Liguria	30.246	11.631	38,5
Emilia-Romagna	65.213	36.364	55,8
Toscana	31.414	13.088	41,7
Umbria	12.569	6.730	53,5
Marche	19.141	11.083	57,9
Lazio	101.258	16.291	16,1
Abruzzo	7.312	4.001	54,7
Campania	9.193	5.786	62,9
Puglia	35.593	17.205	48,3
Basilicata	6.925	1.766	25,5
Calabria	10.583	3.826	36,2
Sicilia	52.432	13.590	25,9
Sardegna	12.571	5.659	45,0
ITALIA	818.310	359.737	44,0

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

14 Va notato che in Campania le confezioni richieste sono state molto esigue (9183 unità)

11. I BENEFICIARI DEGLI AIUTI

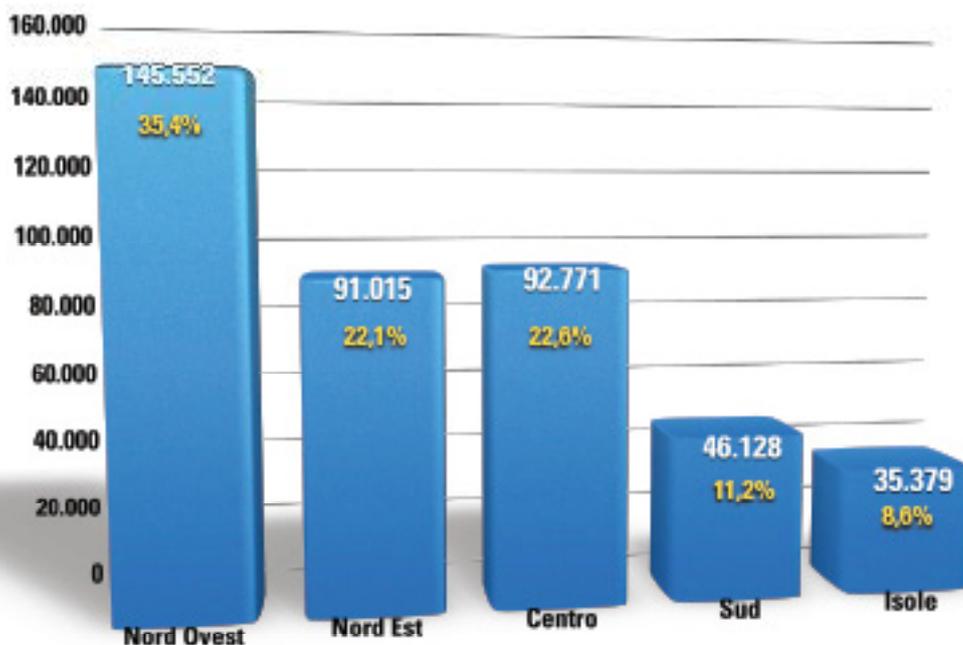
La filiera del dono organizzata dalla Fondazione Banco Farmaceutico (FBF) ha come motivazione iniziale e come destinazione finale l'erogazione di aiuti sanitari alle persone indigenti, che hanno difficoltà a provvedere, in modo soddisfacente alle loro necessità.

La platea dei potenziali bisognosi di questi aiuti è difficile da stimare in modo puntuale e tuttavia – per le ragioni già illustrate nel primo capitolo – è legittimo farla coincidere con l'insieme delle famiglie e delle persone che vivono in povertà assoluta.

Più semplice da stimare è invece la platea di coloro che hanno ricevuto aiuti dalle organizzazioni non profit, dedite al contrasto della povertà sanitaria. Insieme alla richiesta del quantitativo di farmaci loro necessario, le organizzazioni non profit convenzionate con FBF comunicano anche il numero dei beneficiari (che è cosa diversa dal numero di prestazioni erogate), che viene sottoposto a verifiche a campione per migliorare la qualità dei dati necessari e per una migliore programmazione degli approvvigionamenti. Per effetto di questa procedura – resa più stringente nel corso dell'ultimo anno – le stime per il 2014 risultano più complete ed affidabili e inaugurano l'inizio di una nuova serie storica.

Nel corso del 2014 i 1576 enti convenzionati con FBF hanno distribuito farmaci a 410.845 indigenti, residenti, in via principale, negli stessi comuni, e distribuiti per un terzo nel Nord Ovest (35,4%), per circa un quinto nel Nord Est (22,2%) e nel Centro (22,6%) e per circa un decimo nel Sud (11,2%) e nelle Isole (8,6%) (Figura 20).

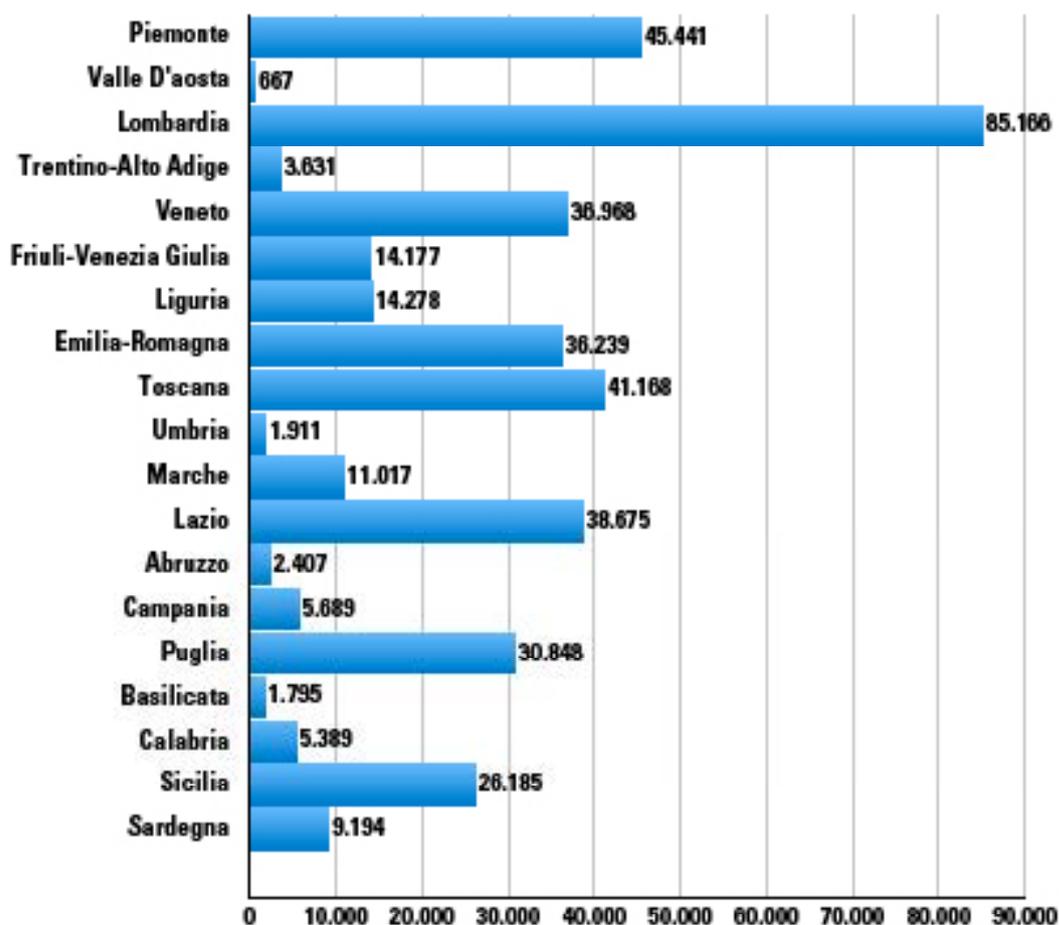
FIGURA 20
NUMERO DI BENEFICIARI E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER RIPARTIZIONE.
ANNO 2014



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

In linea con le tendenze generali fin qui registrate, anche i beneficiari degli aiuti sanitari sono concentrati maggiormente in Lombardia (20,7%) e in subordine in Piemonte (11,1%), Toscana (10%), Lazio (9,4%), Veneto (9%), Emilia Romagna (8,8%) (Figura 21).

FIGURA 21
NUMERO DI BENEFICIARI E DISTRIBUZIONE PER REGIONE.
ANNO 2014



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Il numero medio degli assistiti da ciascun ente non profit è di 261 unità, con due picchi particolarmente elevati in Lazio (899) e in Toscana (515) - per via della presenza di alcuni grandi enti - e particolarmente bassi in Umbria (53) e Valle d'Aosta (74) (Tabella 25).

Alla capillare distribuzione territoriale degli enti convenzionati corrisponde una altrettanto capillare distribuzione dei beneficiari, concentrati maggiormente nelle aree metropolitane e nelle città capoluogo di regione (Mappa 7).

A livello nazionale la maggior parte degli assistiti è di sesso maschile, ma in 6 regioni (Valle d'Aosta, Piemonte, Toscana, Umbria, Lazio, Basilicata) prevale il gruppo femminile (Mappa 8).

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

Dal punto di vista della cittadinanza il gruppo più numeroso (56,3%) è rappresentato dagli stranieri, specie nelle regioni del Nord (con l'eccezione della Valle d'Aosta) e del Centro; tuttavia gli stranieri sono minoritari in 9 regioni su 20, superati per lo più sensibilmente dagli assistiti italiani (Mappa 9).

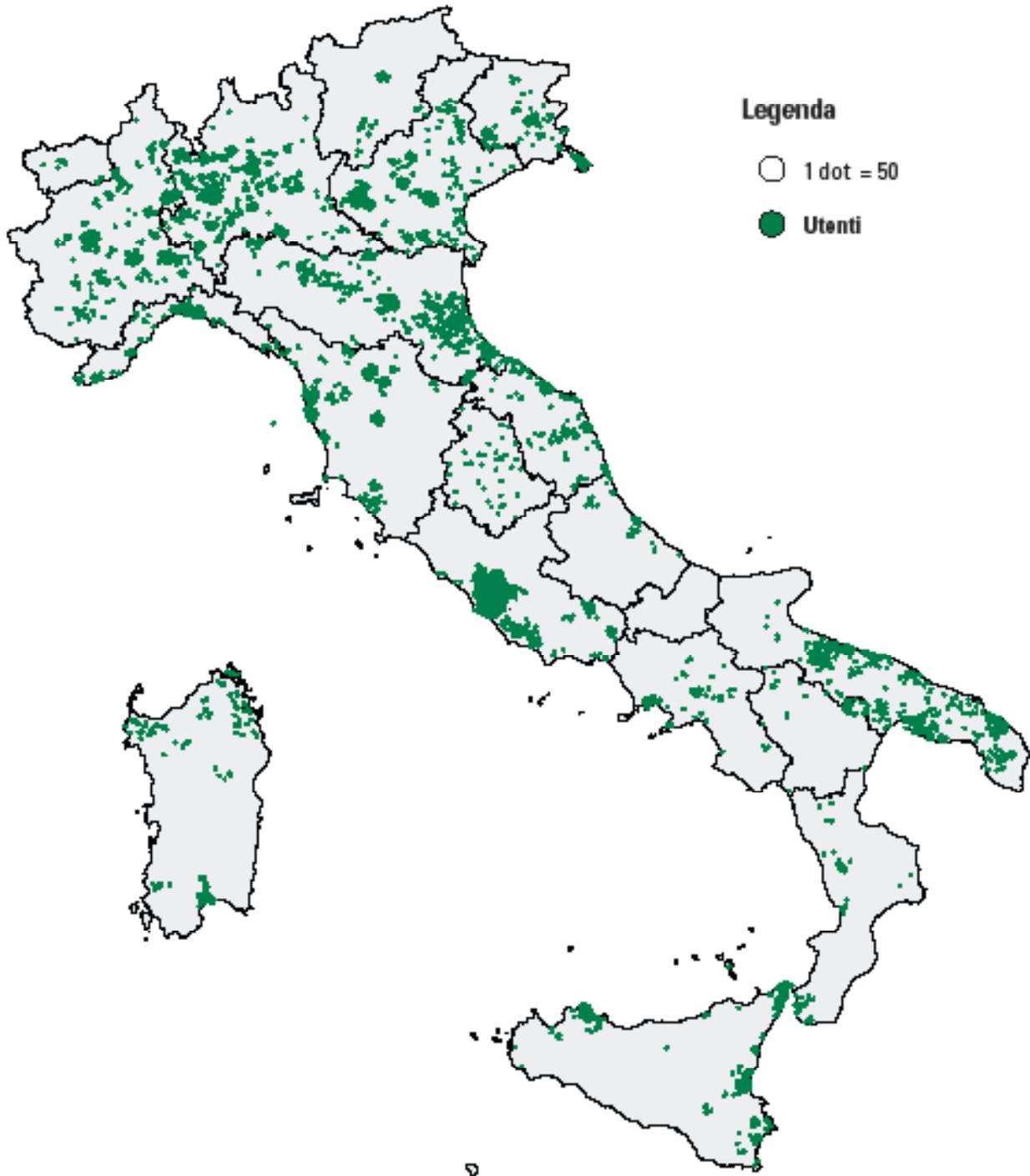
TABELLA 25
DISTRIBUZIONE DEI BENEFICIARI E DEL NUMERO MEDIO DEI BENEFICIARI PER ENTE.
REGIONI, ANNO 2014

Regione	Numero beneficiari	Distribuzione % beneficiari	Numero Enti	N. medio beneficiari per ente
Piemonte	45.441	11,1	181	251
Valle D'Aosta	667	0,2	9	74
Lombardia	85.166	20,7	338	251
Trentino-Alto Adige	3.631	0,9	16	227
Veneto	36.968	9	136	272
Friuli-Venezia Giulia	14.177	3,5	97	146
Liguria	14.278	3,5	65	220
Emilia-Romagna	36.239	8,8	192	189
Toscana	41.168	10	80	515
Umbria	1.911	0,5	36	53
Marche	11.017	2,7	76	145
Lazio	38.675	9,4	43	899
Abruzzo	2.407	0,6	17	142
Campania	5.689	1,4	33	172
Puglia	30.848	7,5	95	325
Basilicata	1.795	0,4	17	106
Calabria	5.389	1,3	34	159
Sicilia	26.185	6,4	70	374
Sardegna	9.194	2,2	41	224
ITALIA	410.845	100	1576	261

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

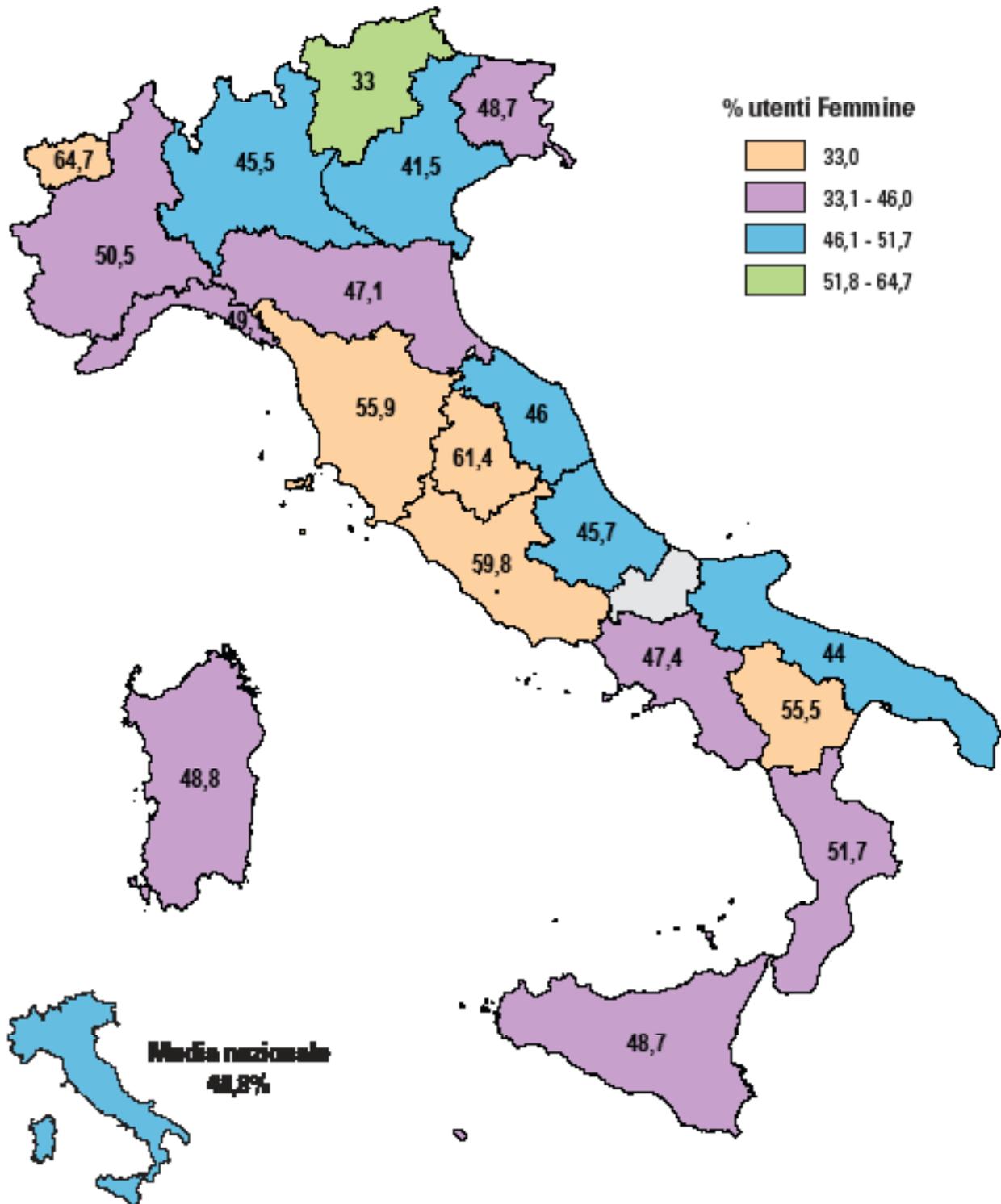
MAPPA 7
NUMERO DI BENEFICIARI.
COMUNI ITALIANI, ANNO 2014



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

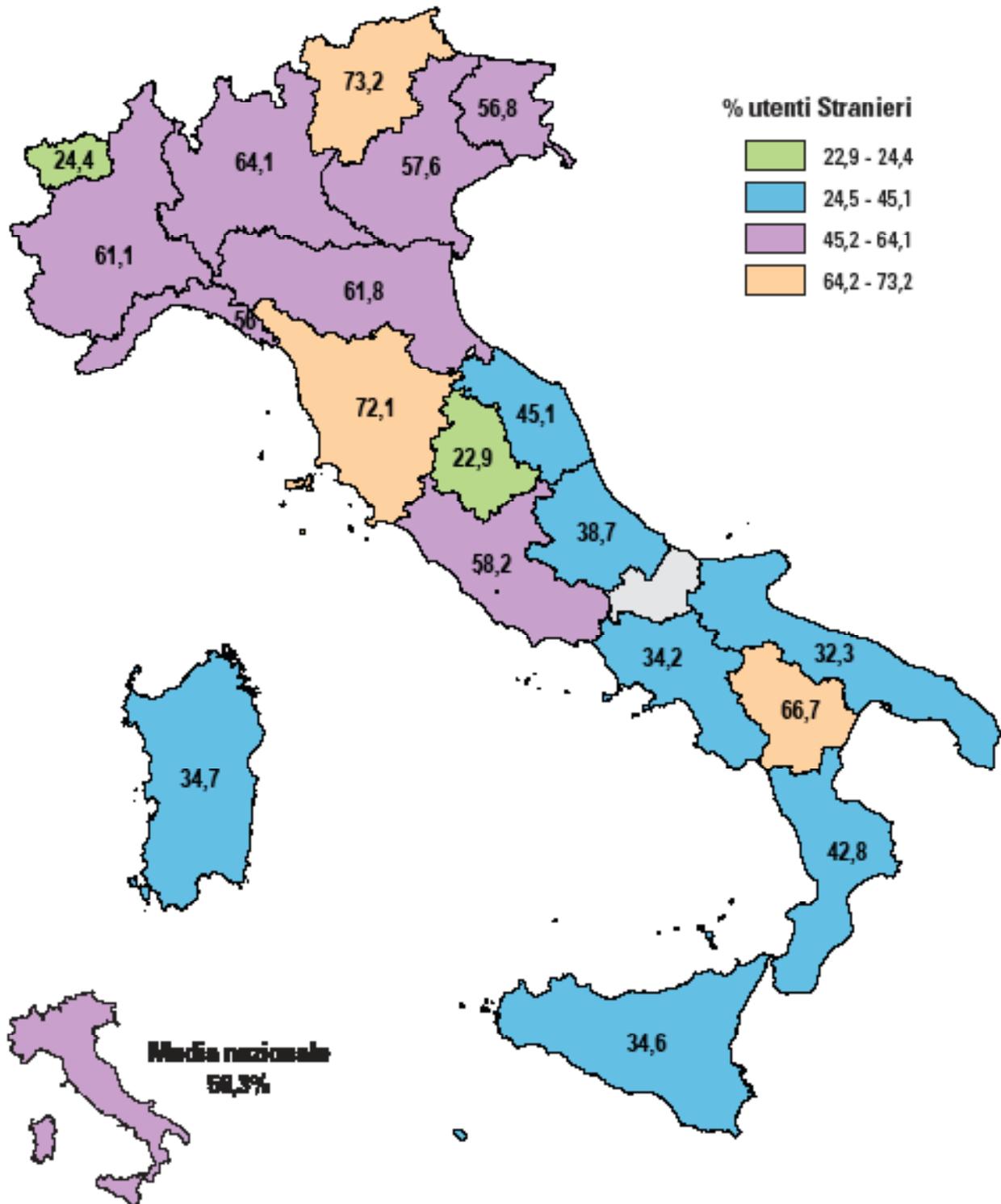
MAPPA 8
PERCENTUALE DI BENEFICIARI DI SESSO FEMMINILE PER REGIONI.
ANNO 2014



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

MAPPA 9
PERCENTUALE DI BENEFICIARI STRANIERI PER REGIONI.
ANNO 2014



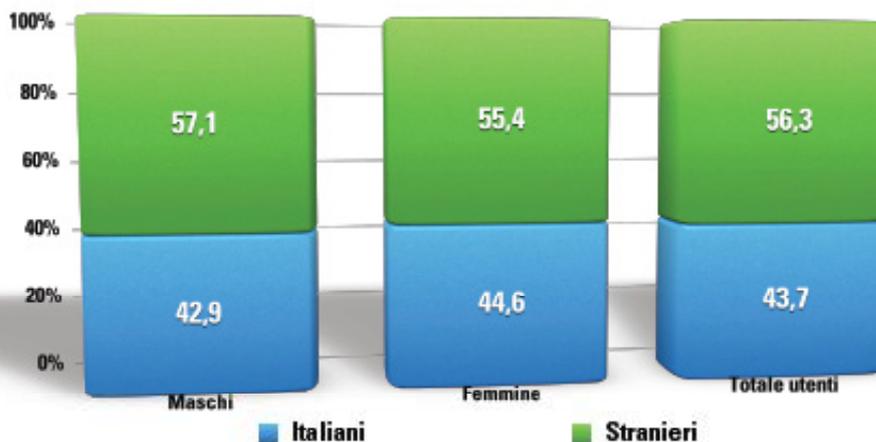
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

PARTE TERZA

LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

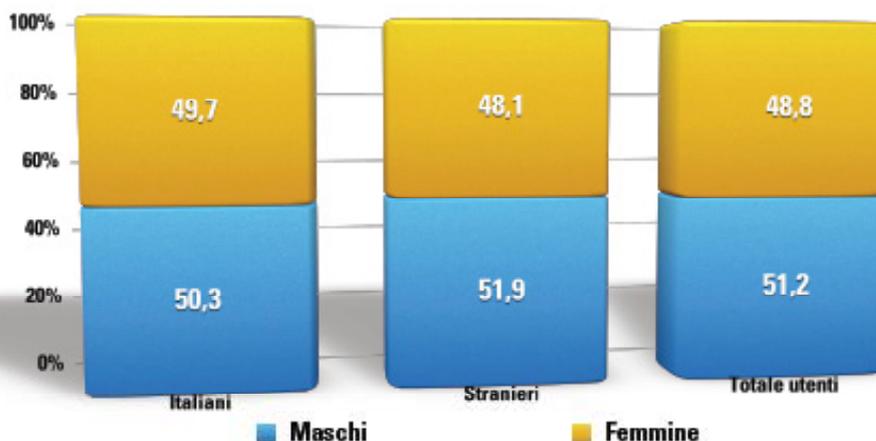
Gli stranieri prevalgono sia all'interno del gruppo maschile che femminile con percentuali superiori al 55% (Figura 22, mentre i maschi superano di poco le femmine sia all'interno degli assistiti italiani che stranieri (Figura 23).

FIGURA 22
COMPOSIZIONE PER CITTADINANZA DEGLI UTENTI DIFFERENZIATI FRA MASCHI E FEMMINE (VALORI %).
ITALIA, ANNO 2014



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

FIGURA 23
COMPOSIZIONE PER GENERE DEGLI UTENTI DIFFERENZIATI FRA ITALIANI E STRANIERI (VALORI %).
ITALIA, ANNO 2014

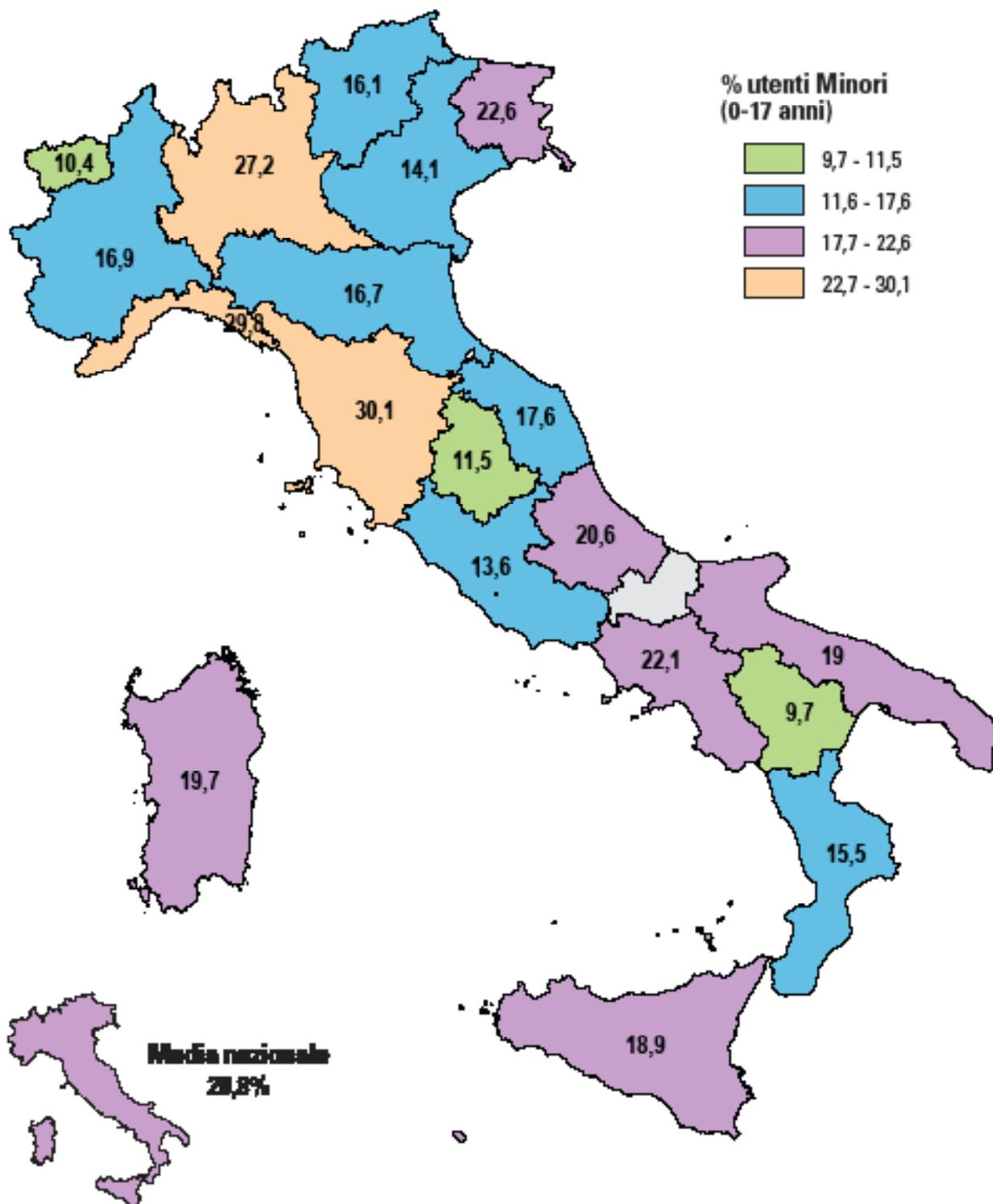


Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Di particolare rilevanza è la composizione degli assistiti per classi di età, poiché a questa caratteristica si associano problematiche sanitarie e terapie farmacologiche differenti (vedi oltre). In linea con l'aggravamento della povertà assoluta tra le persone di minore età si constata anche in questo che tra gli assistiti, i minori (0-17 anni: 20,8%) sono leggermente più numerosi degli anziani (65 anni e più: 18,5%), anche se il gruppo più consistente di beneficiari è composto da soggetti adulti (18-64 anni: 60,8%) (Mappa 10).

LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

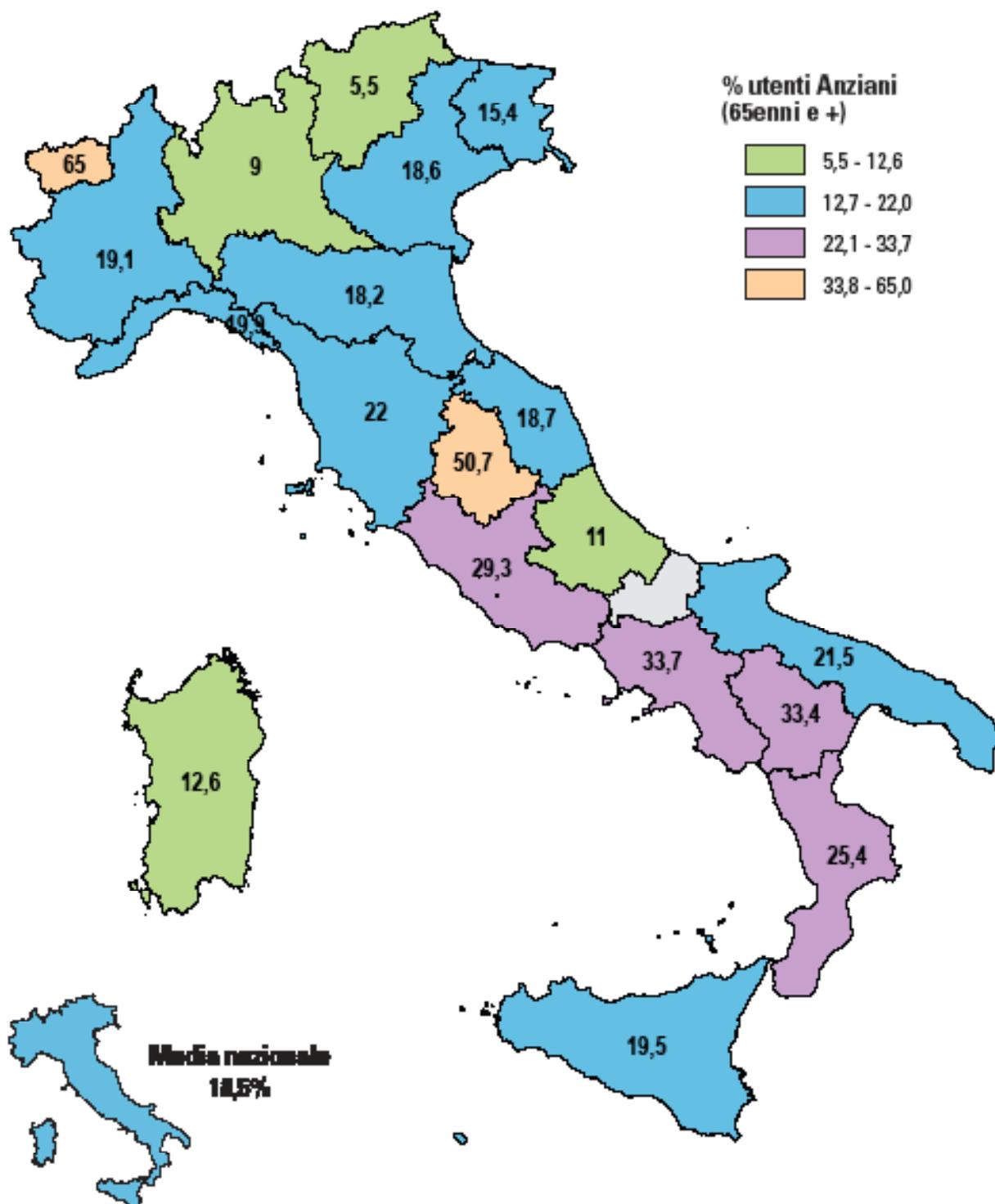
MAPPA 10
PERCENTUALE DI BENEFICIARI CON MINORE ETÀ (0-17 ANNI) PER REGIONI.
ANNO 2014



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

MAPPA 11
 PERCENTUALE DI BENEFICIARI ANZIANI (65 ANNI E PIÙ) PER REGIONI.
 ANNO 2014



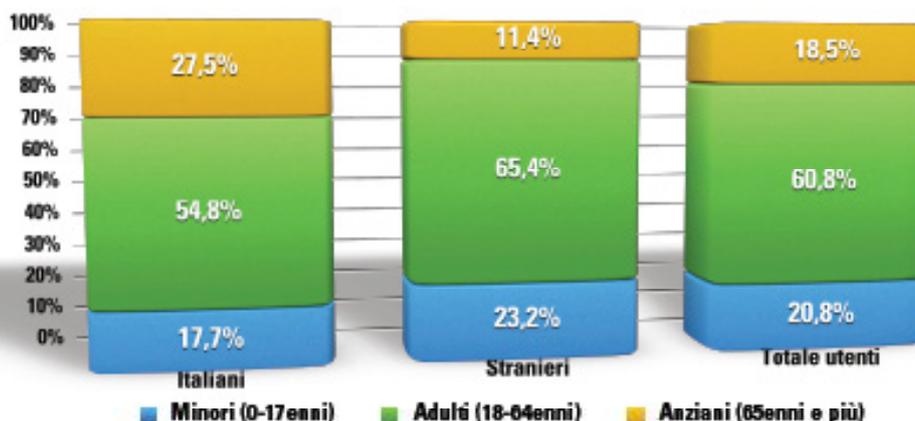
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

PARTE TERZA

LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

A questo dato complessivo corrispondono differenze significative all'interno degli assistiti italiani e stranieri: tra quest'ultimi la componente anziana (pari all'11,4%) è inferiore alla media, mentre la componente dei giovanissimi (pari al 23,4%) supera la media. Questa condizione si inverte invece tra gli italiani, dove la componente anziana supera il 27% (Figura 24).

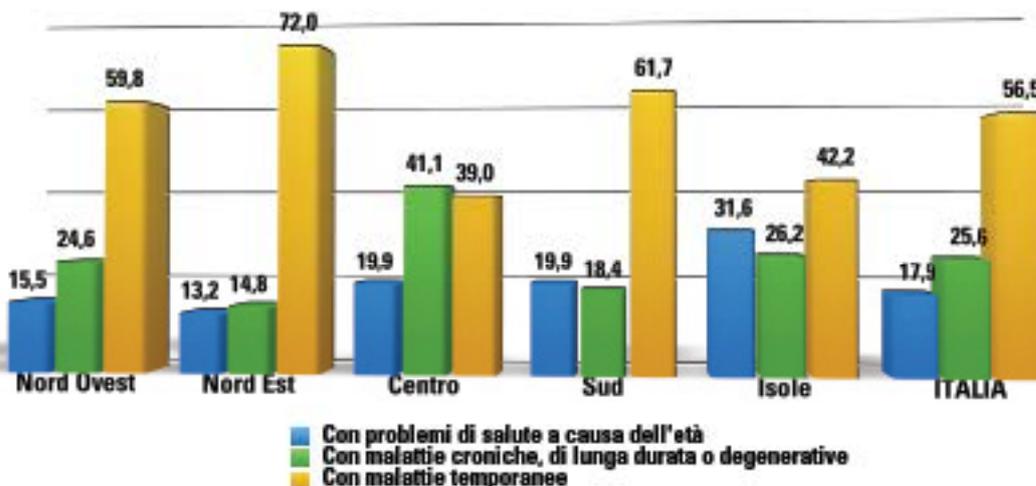
FIGURA 24
COMPOSIZIONE PER ETÀ DEI BENEFICIARI DIFFERENZIATI TRA ITALIANI E STRANIERI (VALORI %).
ITALIA, 2014 DEGLI UTENTI



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Tra le informazioni inedite di questo 2° Rapporto figura il profilo dei beneficiari in base al loro stato di salute così come è stato stimato dagli enti. Guardando al dato nazionale si constata che il 17,9% accusa problemi di salute principalmente per via dell'età avanzata, a cui si aggiunge un altro 25,6% con malattie croniche, di lunga durata o degenerative; il 56,5%, infine, chiede e riceve cure sanitarie per far fronte a malattie temporanee (Figura 25).

FIGURA 25
COMPOSIZIONE DEGLI UTENTI PER STATO DI SALUTE (VALORI %).
RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNO 2014



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

PARTE TERZA

LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

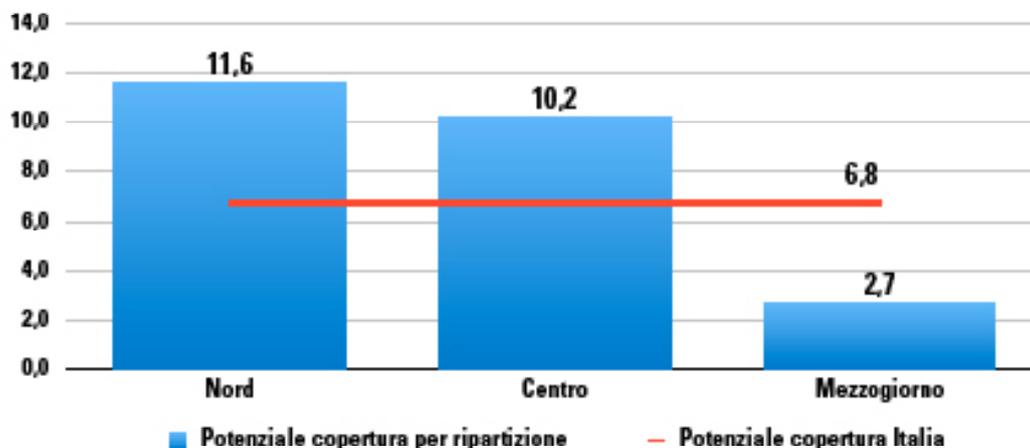
Avendo assunto come popolazione di riferimento della potenziale diffusione della povertà sanitaria la popolazione in povertà assoluta, è possibile stimare la quota di indigenti raggiunta nel 2014 dagli aiuti sanitari erogati dalla rete della Fondazione Banco Farmaceutico (Tabella 26 e Figura 26). Tale quota – che coincide con la “povertà sanitaria assistita” - è pari al 6,8% su base nazionale, con sensibili variazioni tra il Nord (11,6%), il Centro (10,2%) e il Mezzogiorno (2,7%), anche per la concomitante elevata concentrazione della povertà assoluta in questa parte del paese (12,9%) più che doppia rispetto al Nord (5,7%) e al Centro (6%).

TABELLA 26
POTENZIALE COPERTURA: RAPPORTO UTENTI/INDIVIDUI IN POVERTÀ ASSOLUTA.
RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNO 2014

	Individui in povertà assoluta 2013	Utenti 2014	Potenziale copertura per ripartizione	Potenziale copertura Italia
Nord	2.038.000	236.567	11,6	6,8
Centro	910.000	92.771	10,2	6,8
Mezzogiorno	3.072.000	81.507	2,7	6,8
ITALIA	6.020.000	410.845	6,8	-

Fonte: sistema di monitoraggio FBF e dati Istat, indagine campionaria “I consumi delle famiglie”.

FIGURA 26
POTENZIALE COPERTURA: RAPPORTO UTENTI (2014)/ INDIVIDUI IN POVERTÀ ASSOLUTA (2013).
RIPARTIZIONI ITALIANE



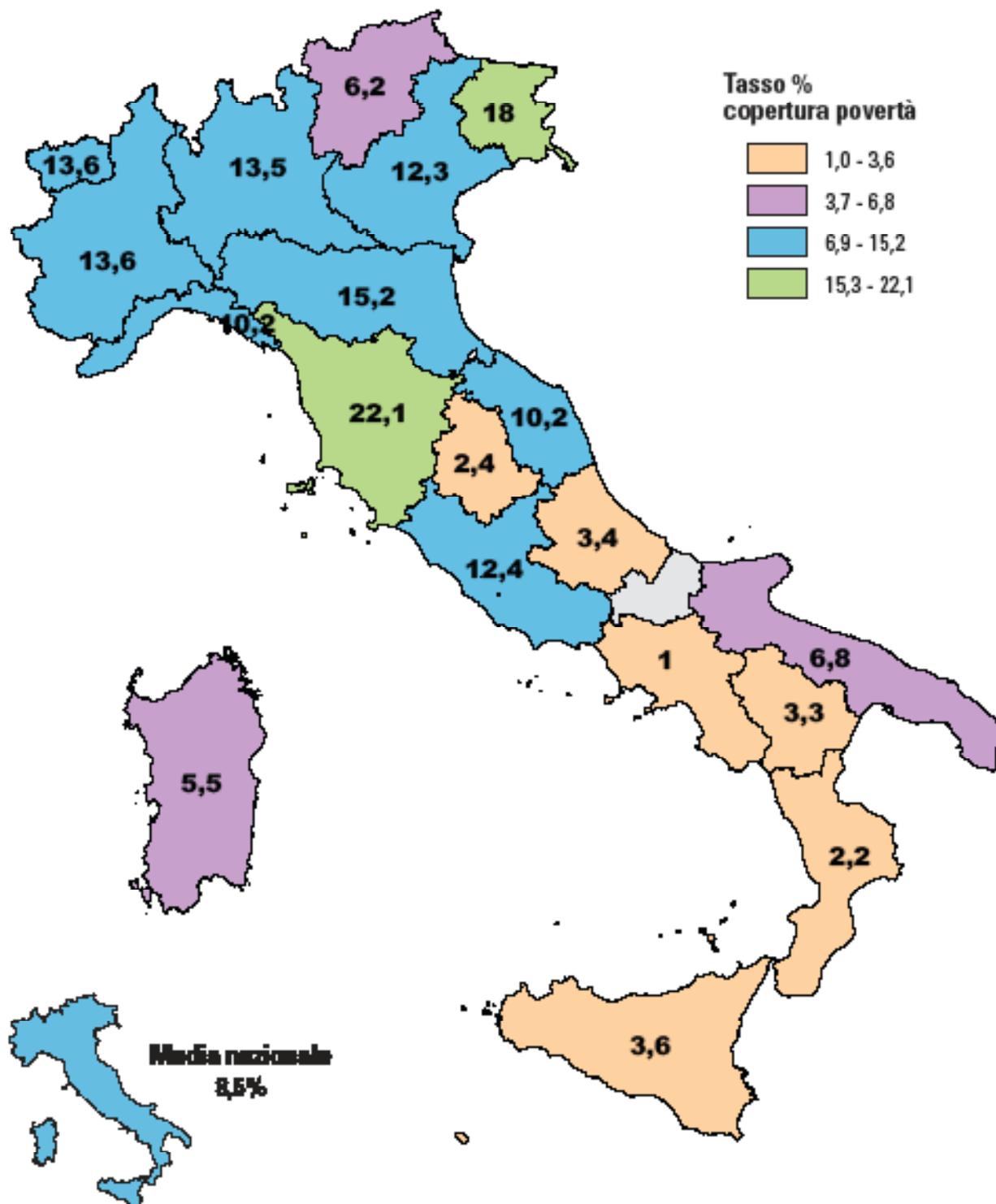
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Accanto alla differente incidenza della povertà assoluta, il tasso di copertura degli indigenti seguiti dalla rete Banco Farmaceutico varia sensibilmente nelle singole regioni anche a causa del differente numero degli enti non profit operanti in ciascuna regione: il massimo della copertura si registra in Toscana (22,1%), mentre il minimo si registra in Campania (1%)¹⁵ (Mappa 12).

¹⁵ Questa stima deriva dal confronto tra l'incidenza regionale della povertà assoluta nel 2012 (ultimo dato disponibile) e gli assistiti nel 2014 in ciascuna regione.

LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

MAPPA 12
TASSO DI COPERTURA DELLA RICHIESTA POTENZIALE, PER REGIONI.
ANNO 2014



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

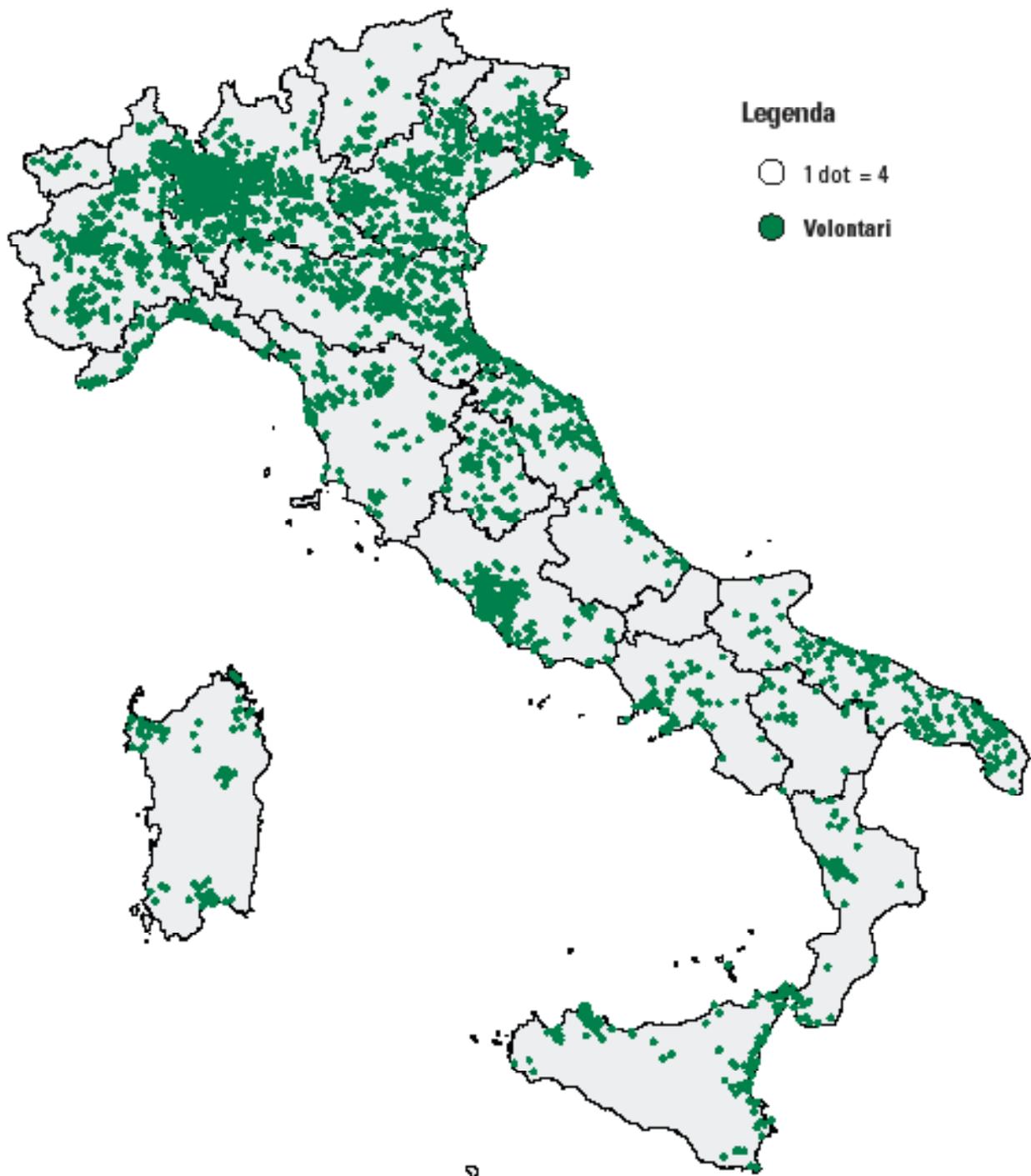
12. IL PROFILO DEI VOLONTARI

L'intervento dei volontari nella filiera della donazione dei farmaci assolve un ruolo strategico permanente poiché permette al Banco Farmaceutico di realizzare i suoi obiettivi di lunga durata, così come le singole iniziative finalizzate al raggiungimento di obiettivi specifici.

Nel primo caso ci riferiamo ai circa 350 volontari che collaborano stabilmente alla Rete del Banco Farmaceutico per rendere possibili le attività che si svolgono nel corso dell'intero anno a supporto principalmente dei 57 enti maggiori che fungono nello stesso tempo come beneficiari e come donatori dei farmaci recuperati dalla Fondazione. Nel secondo caso ci riferiamo alla Giornata di Raccolta del Farmaco (GRF). In occasione della GRF 2014 hanno prestato la loro opera circa 13.000 volontari distribuiti sul territorio in misura quasi proporzionale alle farmacie e agli enti attivi nei singoli territori comunali e regionali (Mappa 13).

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

MAPPA 13
DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DEI VOLONTARI ADERENTI ALLA GRF 2014



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

PARTE TERZA

LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

La distribuzione per ripartizione dei volontari che si sono impegnati nella GRF del 2014 registra una forte concentrazione nel Nord Ovest (42%), seguita a distanza dal Nord Est (26%) e via via dal Centro (14,9%), dal Sud (10,5%) e dalle Isole (6,6%) (Tabella 27).

TABELLA 27
DISTRIBUZIONE ASSOLUTA E RELATIVA DEI VOLONTARI, DELLE FARMACIE E DEGLI ENTI PER RIPARTIZIONI.
ANNO 2014

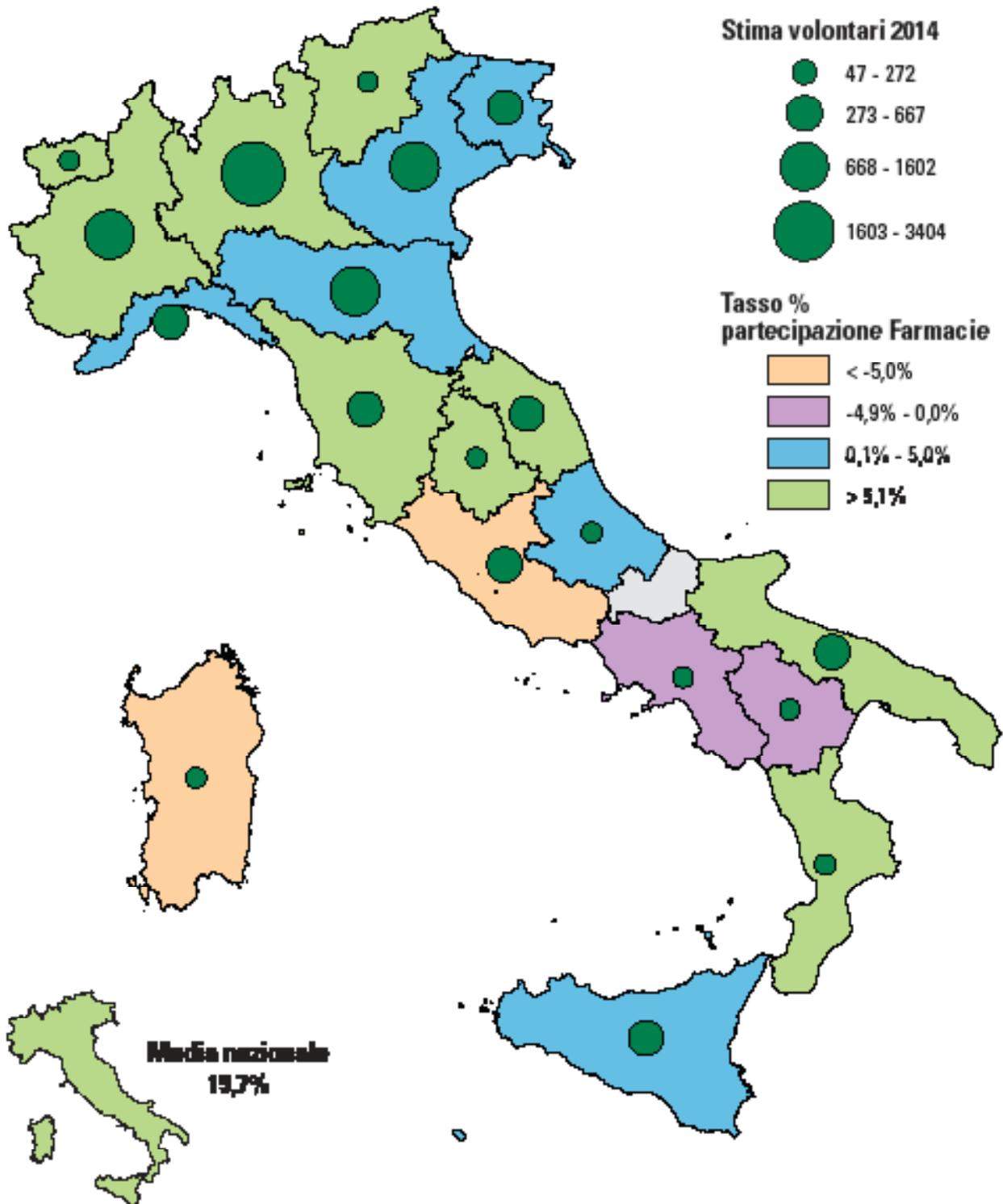
	Stima numero volontari	Distribuzione % volontari	Distribuzione % enti
Nord Ovest	5.467	42,4	37,7
Nord Est	3.364	26,1	28
Centro	1.860	14,4	14,9
Sud	1.349	10,5	12,4
Isole	852	6,6	7
TOTALE	12.891	100	100

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

I confronti con la GRF del 2013 mostrano una dinamica positiva a livello nazionale (+5,6%), con variazioni positive in 16 regioni su 20, particolarmente elevate in Trentino A.A. (+65%) - ove il numero delle farmacie aderenti è raddoppiato tra il 2013 e il 2014 - e Puglia (+25,7%), Calabria (23,3%), Toscana (+18,4%) (Mappa 14).

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

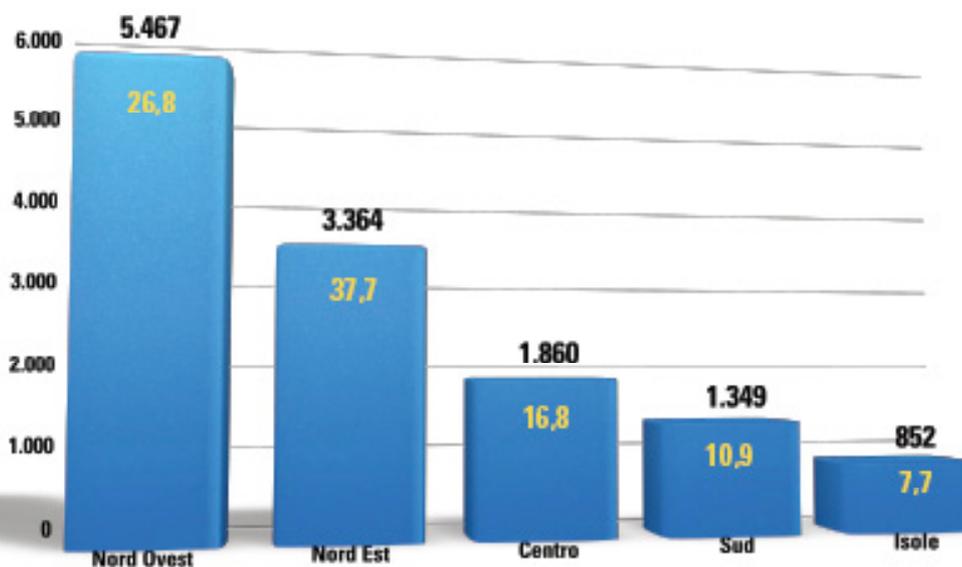
MAPPA 14
VARIAZIONE % DEI VOLONTARI TRA LA GRF 2014 E 2013.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Volendo stimare la capacità della GRF di attrarre volontari interessati alla sua riuscita, risulta di particolare interesse il confronto tra il numero dei volontari che si sono effettivamente mobilitati a favore della GRF e il numero dei volontari censiti dall'Istat nel 2011 appartenenti ai medesimi settori. Il "tasso specifico di attrattività"¹⁶ esercitato sul variegato mondo del volontariato da questa iniziativa risulta più elevato nel Nord Est (37,7%) che nel Nord Ovest (26,8%), anche se in questa ripartizione il numero assoluto dei volontari è stato decisamente più elevato (5467 unità) (vedi Figura 27 e Tabella 28).

FIGURA 27
QUOTA DI VOLONTARI DELLA GRF 2014 SUL TOTALE DEI VOLONTARI (NEGLI STESSI SETTORI)
CENSITI DA ISTAT NEL 2011 (VALORI PER 1.000).
RIPARTIZIONI



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

L'analisi dei dati regionali mostra scostamenti significativi dalle medie, solo parzialmente riferibili al già segnalato differenziale per ripartizioni: se Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta mostrano tassi di partecipazione dei volontari decisamente superiori alle medie (e rispettivamente pari al 40,9% e al 38,6%), d'altro canto è il Trentino Alto Adige a segnare il dato più basso (3,6%), mentre al Sud regioni come la Sicilia (21%) e la Puglia (28,1%) segnano risultati superiori alle medie nazionali (Tabella 28).

¹⁶ Per questa stima si è tenuto conto del numero di volontari censiti dall'Istat nell'ambito dell'ultimo Censimento delle organizzazioni non profit (2011) considerando il numero totale dei volontari solo nei settori socio-assistenziali più direttamente affini alla tipologia della GRF (assistenza sociale e protezione civile insieme a cooperazione e solidarietà sociale).

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

TABELLA 28
QUOTA DI VOLONTARI DELLA GRF 2014 SUL TOTALE DEI VOLONTARI
CENSITI DA ISTAT NEL 2011 (VALORI PER 1.000).
REGIONI ITALIANE

	Stima Numero volontari GRF 2014	Numero volontari Istat - Totale	Numero volontari Istat (selezione settori)	volontari GRF/ volontari Istat - su selezione settori (x 1.000)
Piemonte	1.602	416962	66.759	24,0
Valle d'Aosta	47	18692	1.221	38,6
Liguria	413	156865	19.274	21,4
Lombardia	3.404	813896	134.422	25,3
Trentino Alto Adige	156	255033	43.857	3,6
Veneto	1.283	466172	60.892	21,1
Friuli-Venezia Giulia	584	161845	14.269	40,9
Emilia-Romagna	1.341	428550	65.731	20,4
Toscana	489	432185	50.527	9,7
Umbria	243	106962	8.585	28,3
Marche	460	159855	17.752	25,9
Lazio	667	391248	66.356	10,1
Abruzzo	163	88608	10.471	15,6
Molise	0	22217	2.741	0,0
Campania	265	159091	26.540	10,0
Puglia	656	178262	23.360	28,1
Basilicata	73	47663	6.525	11,1
Calabria	192	89123	12.927	14,9
Sicilia	580	224669	27.616	21,0
Sardegna	272	140724	18.028	15,1
ITALIA	12.891	4.758.622	677.853	19,0

Fonte: sistema di monitoraggio FBF e dati ISTAT Censimento Industria e Servizi (Istituzioni Non profit) 2011.

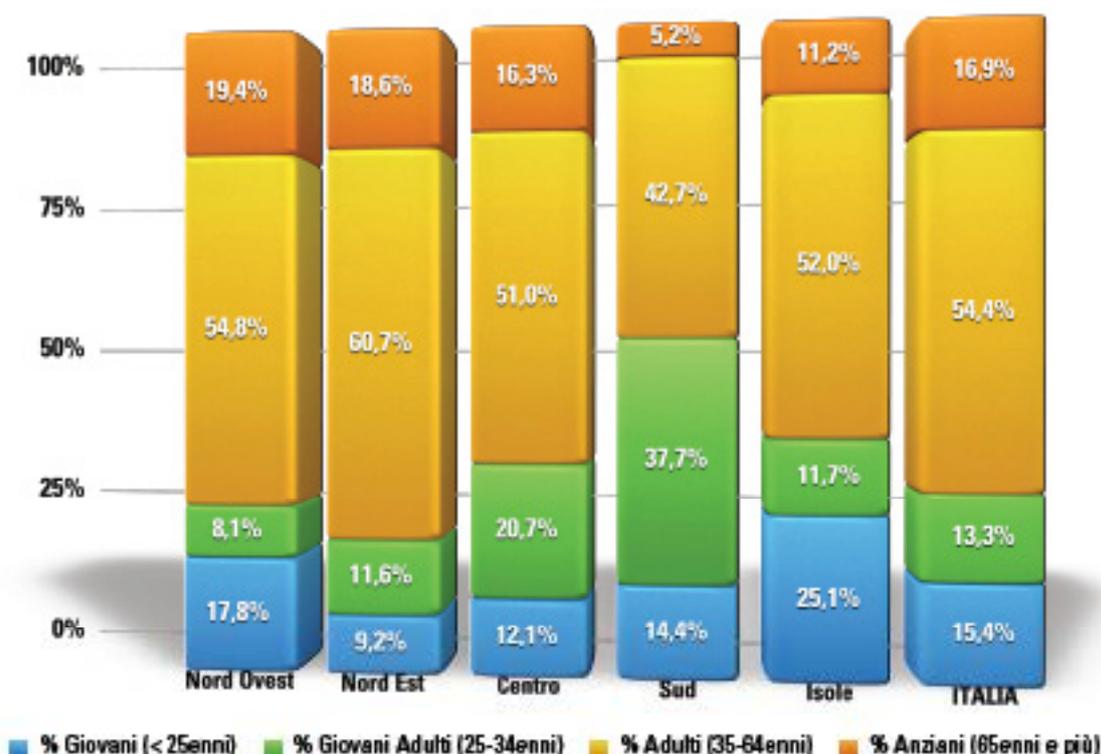
(*) Sono considerati i volontari degli enti censiti da ISTAT che hanno indicato come settore d'attività:

- assistenza sociale e protezione civile
- cooperazione e solidarietà sociale

Dove la “risorsa volontariato” risulta più favorevole si aprono oggettivamente maggiori possibilità di espandere il numero delle farmacie che aderiscono alla GRF, posto che la collaborazione dei volontari è essenziale per la riuscita dell’iniziativa in termini di motivazione al dono dei cittadini che entrano in farmacia in quella giornata, ma anche in termini di supporto ai farmacisti per la gestione degli aspetti logistici e comunicativi attinenti ai diversi stakeholder dell’iniziativa (la Fondazione Banco Farmaceutico, le altre farmacie, gli enti di assistenza, gli indigenti).

Sulla base dei dati raccolti dallo staff dell'Osservatorio su un campione non probabilistico di volontari GRF si può infine provare a fornire un profilo essenziale del "tipo" di volontario che presta aiuto durante la GRF. Anzitutto è possibile constatare che la maggioranza assoluta dei volontari (54,4%) appartiene alla classe d'età formata da adulti (35-64 anni) e in subordine a quella degli anziani (65 anni e più: 16,9%); è però interessante notare che nel Sud e nelle Isole la percentuale dei volontari più giovani (fino a 24 anni) supera la quota degli anziani, segno di una elevata attrattività della GRF sulla popolazione di tutte le età, per via della semplicità del gesto e della immediata percezione della sua utilità a vantaggio di persone bisognose di aiuto (Figura 28).

FIGURA 28
COMPOSIZIONE DEI VOLONTARI PARTECIPANTI ALLA GRF 2014 PER CLASSE D'ETÀ.
RIPARTIZIONI (VALORI %)

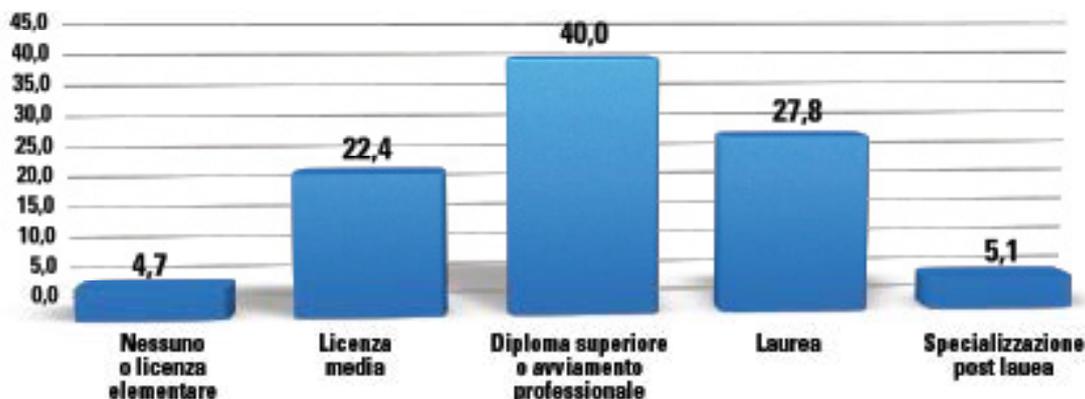


Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Alla composizione per fasce d'età si legano direttamente il profilo dei volontari per titolo di studio e per condizione occupazionale: il valore modale è rappresentato dai volontari con diploma di scuola secondaria di secondo grado (avviamento professionale, diploma superiore) (40%), ma è consistente anche la percentuale di chi ha conseguito una laurea (27,8%) o è andato oltre (5,1%), segno di un profilo culturale decisamente medio-alto dei volontari che hanno fornito al Banco Farmaceutico le informazioni richieste (Figura 29).

PARTE TERZA
LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

FIGURA 29
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI VOLONTARI PARTECIPANTI ALLA GRF 2014 PER TITOLO DI STUDIO.
ITALIA, ANNO 2014



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Tenuto conto del peso percentuale degli under 25enni (15,4%) e degli over 65enni (16,9%), non sorprende che il 16,3% dei volontari sia formato da studenti e il 22,4% da pensionati, con o senza altri lavori retribuiti. Gli occupati superano il 45%, per la maggior parte con contratti di lavoro a tempo indeterminato (38,8%) e per l'altra parte con contratti a tempo determinato (4,5%) o altra tipologia (2%). Interessante infine notare che l'8,2% dei volontari risultano disoccupati o giovani in cerca di prima occupazione: come dire che la solidarietà è possibile anche quando ci si trova in prima persona in condizione di bisogno (Tabella 29).

TABELLA 29
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI VOLONTARI PARTECIPANTI ALLA GRF
PER CONDIZIONE OCCUPAZIONALE.
ITALIA, ANNO 2014

Condizione occupazionale	Distribuzione %
Dipendente a tempo indeterminato	38,8
Dipendente a tempo determinato	4,5
Lavoratore Atipico (Co.Co.Pro.)	1,5
Lavoratore Interinale	0,5
Disoccupato	5,2
In cerca di prima occupazione	3,0
Pensionato con altri lavori retribuiti	2,0
Pensionato senza altri lavori retribuiti	22,4
Casalinga	5,9
Studente	16,3
TOTALE	100,0

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Nota: Si tratta di dati stimati a partire dalle informazioni di profilatura fornite da circa il 20% delle farmacie.

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.

CONCLUSIONI



CONCLUSIONI

Quest'anno il Rapporto sperimenta per la prima volta un'analisi farmaco-epidemiologica del bisogno farmaceutico della popolazione indigente in Italia. Da questi primi dati emerge un effettivo differenziale della popolazione povera rispetto all'universo della popolazione anche da questo punto di vista. Considerando l'interesse innovativo di questi dati riteniamo che sia un punto significativo che ulteriormente qualifica il Rapporto e pertanto sarà mantenuto ed affinato via via nei prossimi anni.

Oramai la povertà assoluta in Italia colpisce quasi il 10% della popolazione e pertanto si pone come una sfida alle nostre coscienze. Questa sollecitazione a rispondere coinvolge tutti noi: non-profit ovviamente ma anche istituzioni e mondo profit.

In questa situazione di crescente povertà, che è poi deprivazione dei mezzi necessari a condurre una vita sana e dignitosa, l'aspetto farmaceutico rappresenta il 70% delle spese sanitarie degli indigenti e perciò si impone come problematica importante.

Una realtà non-profit ormai consolidata quale interlocutore leader nella fornitura gratuita di farmaci ai bisognosi, quale il Banco Farmaceutico, da solo non riesce a rispondere in modo significativo a questa emergenza. Negli ultimi anni infatti, nonostante il cospicuo aumento della sua capacità di erogare che è triplicata negli ultimi due anni, perde terreno rispetto all'incremento della domanda. Nonostante la rete di Banco Farmaceutico oggi comprenda quasi 1600 enti territoriali di assistenza riesce ad intercettare solo 400.000 indigenti su 6 milioni e a coprire poco più del 40% del bisogno farmaceutico di queste persone.

Tre sono pertanto i fatti che questo Rapporto evidenzia in modo chiaro:

- la povertà in Italia è oggi una realtà sociale che non si può sottovalutare, anche in campo sanitario e farmaceutico in particolare;
- lo stato di povertà ha implicazioni significative anche da un punto di vista farmaco-epidemiologico;
- occorre una strategia complessiva di risposta a questa sfida di civiltà che non può essere lasciata solo sulle spalle del non-profit caritativo.

Si può con certezza affermare che la strada per rispondere a queste sollecitazioni della realtà è già visibile e comporta che ciascuna delle componenti sociali si ponga di fronte a questa sfida di coscienza chiedendosi quale può essere il proprio contributo.

Vi è infatti un ruolo di risposta che cittadini e opinione pubblica danno e devono continuare a dare, fino ad oggi con l'adesione convinta ad iniziative di colletta pubblica come la Giornata Nazionale del Farmaco che ormai da 14 anni Banco Farmaceutico organizza il secondo sabato di febbraio, domani anche con sistemi di donazione continuative ed in caso di calamità.

Vi è un'azione che chiama in gioco le Istituzioni politiche, che hanno il dovere di porre in essere tutti gli strumenti legislativi e regolamentari necessari a favorire la mobilitazione delle grandi risorse di solidarietà che l'Italia tuttora possiede, anche in un comparto come quello farmaceutico che giustamente è fortemente normato a tutela della salute pubblica. Pensiamo ad una legislazione che renda più chiaro il percorso di donazione farmaceutica e ad una regolamentazione che preveda esplicitamente un ruolo per il non-profit anche in ambito di assistenza farmaceutica, conservando tutte le tutele sanitarie ma senza assimilare in modo grossolano i soggetti del terzo settore al comparto commerciale.

Vi è una sfida rivolta allo stesso mondo del non-profit, chiamato ad una maggiore presenza in ambito sanitario e farmaceutico ed alla conseguente necessità di mettersi in rete e di

CONCLUSIONI

professionalizzare maggiormente la propria opera. Dobbiamo superare una antica abitudine che colpisce spesso chi fa del bene, l'autoreferenzialità, seppure per nobili cause. Così come è sempre meno ammissibile nel sistema non-profit siano carenti le procedure logistiche ed organizzative volte a garantire l'ottimale conservazione, dispensazione e tracciabilità del farmaco, pur se adattate ad sue specificità.

La sfida più grande però oggi è quella che sta di fronte all'industria farmaceutica, chiamata a dare una risposta non in termini di generica Corporate Social Responsibility, ma mettendosi in gioco con i propri farmaci ed il proprio know-how. Occorre infatti che l'industria prenda coscienza del fatto che la sistematica previsione di una quota di farmaci destinati alla donazione gratuita non rappresenta un'interferenza con il proprio mercato, ma una componente positiva del proprio ruolo nei confronti della società e dell'opinione pubblica. Per aiutare gli indigenti a curarsi occorre che sistematicamente si cerchi di rendere disponibile l'ingente massa di farmaci che ogni anno vengono avviati a smaltimento, con distruzione di valore ed impatto sull'ambiente. Certo tutto questo va fatto in condizioni di trasparenza e sicurezza, ma oggi è un obiettivo possibile. E' vero che questo comporta dei costi in capo all'industria, in quanto non è concepibile che a pagare siano i poveri e chi li assiste: ma è sempre più evidente che tali costi non sono superiori a quelli che già oggi l'industria farmaceutica sostiene per la distruzione dei farmaci. Per contro avremo trasformato uno spreco in una risorsa sociale.

Questo Rapporto annuale continuerà a misurare di anno in anno i nostri progressi rispetto a questa sfida.



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