

# DONAREPERCURARE

Povert  Sanitaria e Donazione Farmaci

**RAPPORTO 2016**



OSSERVATORIO  
DONAZIONE  
FARMACI





**DONARE PER CURARE**  
Povertà Sanitaria e Donazione Farmaci  
**RAPPORTO 2016**





# COMITATO SCIENTIFICO

## COMITATO SCIENTIFICO

*Don Carmine Arice*

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

*Silvano Cella*

Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità  
Università degli Studi di Milano  
Responsabile analisi farmacologiche ODF

*Antonio Diella*

Presidente Nazionale UNITALSI

*Paolo Gradnik*

Presidente Fondazione Banco Farmaceutico onlus

*Gemma Migliaro*

Presidente Associazione Medicina e Persona

*Luca Pesenti*

Dipartimento di Sociologia Generale  
Università Cattolica del Sacro Cuore  
Direttore della ricerca ODF

*Roberto Rossini*

Presidente Nazionale ACLI

*Giancarlo Rovati*

Dipartimento di Sociologia Generale  
Università Cattolica del Sacro Cuore  
Coordinatore scientifico ODF - Osservatorio Donazione Farmaci

*Don Francesco Soddu*

Direttore Caritas Italiana

## EQUIPE DI RICERCA

*Gisella Accolla*

Statistica, ricercatrice Éupolis Lombardia

*Silvia Bini*

Farmacologa ODF

*Silvano Cella*

Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità  
Università degli Studi di Milano  
Responsabile analisi farmacologiche ODF

*Luca Pesenti*

Dipartimento di Sociologia Generale  
Università Cattolica del Sacro Cuore  
Direttore della ricerca ODF

con il contributo di



ODF - Osservatorio Donazione Farmaci  
è un'iniziativa di Fondazione Banco Farmaceutico onlus  
e Associazione Banco Farmaceutico Research.

<b>PROLUZIONE</b>	p. 9
<b>IN SINTESI</b>	p. 11
<b>IL RAPPORTO 2016</b>	
Introduzione	p. 19
parte prima	
<b>LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA</b>	
1. Le dinamiche della povertà assoluta in Italia	p. 24
2. La spesa sanitaria delle famiglie povere e non povere nelle regioni italiane	p. 26
3. La spesa sanitaria in Italia	p. 35
parte seconda	
<b>DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE</b>	
4. Analisi della dispensazione dei medicinali da parte di enti caritativi convenzionati con Banco Farmaceutico come indicatore dello stato di salute di settori della popolazione non assistita dal Servizio Sanitario Nazionale in Italia	p. 38
parte terza	
<b>LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI</b>	
5. I farmaci raccolti e distribuiti: profilo sintetico	p. 52
6. Le donazioni aziendali	p. 55
7. Le farmacie	p. 59
8. Profilo delle donazioni della GRF	p. 63
9. Il recupero dei farmaci validi	p. 70
10. Gli enti non profit	p. 74
11. I beneficiari degli aiuti	p. 89
12. I volontari	p. 104
parte quarta	
<b>PRIMA INDAGINE SUI DONATORI OCCASIONE DELLA GRF 2016</b>	
13. I donatori della GFR: un profilo	p. 114
<b>CONCLUSIONI</b>	p. 121



## PROLUSIONE AL RAPPORTO DONAZIONE FARMACI E POVERTÀ SANITARIA 2016

Anche quest'anno ci troviamo ad affrontare la tematica della povertà che, come mostrano i dati del Rapporto 2016, nonostante la ricchezza complessiva dell'Unione Europea (UE), è ancora a un livello alto anche nel nostro Paese.

Rispetto al dato dell'anno scorso, in questo Rapporto ci troviamo di nuovo a rilevare in Italia un aumento dell'incidenza della povertà assoluta. Le famiglie povere continuano a dedicare alla loro salute e ai farmaci una quota sempre più bassa delle proprie risorse trovandosi nella condizione di dover scegliere di fatto se mangiare o curarsi.

La gravità del problema è spesso sottovalutata e non si è pienamente consapevoli dell'impatto che ha sull'intero complesso sociale in termini di crescita sostenibile, di disuguaglianza e di equità.

Se ci focalizziamo sulle disuguaglianze di accesso ai farmaci e alle informazioni utili per un uso appropriato degli stessi, dobbiamo considerare inevitabilmente le dirette conseguenze sull'aderenza ai trattamenti farmacologici e a tutti i fattori clinici ed economici correlati.

Uno studio<sup>1</sup> sullo stress e sulla povertà come predittori di aderenza al trattamento in pazienti a bassa alfabetizzazione con HIV, ha mostrato (come altri studi in precedenza) come due terzi del campione dei pazienti presentava aderenza al trattamento inferiore all'85%, con possibilità di sviluppare resistenza e progressione di malattia. L'analisi ha anche mostrato che l'insufficienza di cibo e la fame (indice di povertà) sono anch'essi strettamente associati con la non aderenza così come l'analfabetismo e la conseguente impossibilità di acquisire informazioni sui farmaci.

Nelle precedenti edizioni del Rapporto, avevamo affrontato la tematica della correlazione tra il basso status socio-economico e lo stato di malattia.

Le evidenze emergenti dimostrano come lo stress da povertà potrebbe creare effetti duraturi attraverso modifiche epigenetiche cosicché, la povertà porta a cattive condizioni di salute e cattive condizioni di salute conducono alla povertà.

---

1 Seth C. Kalichman, Ph. Da and Tamar Grebler, Baa "Stress and Poverty Predictors of Treatment Adherence among People with Low-Literacy Living with HIV/AIDS" Psychosom Med. 2010 Oct; 72(8): 810-816.

## PROLUSIONE

Da non dimenticare inoltre che, emergenze sanitarie dovute a calamità naturali e bisogni disattesi, ci richiamano ad una sempre maggiore responsabilità etica e sociale.

Nuovamente, quindi, AIFA vuole ribadire l'importanza di avviare una collaborazione fattiva tra Istituzioni, filiera del farmaco ed enti no profit per favorire, non solo la donazione di farmaci alla popolazione in stato di bisogno ma anche una strategia che valorizzi le sinergie dei diversi soggetti interessati, pubblici e privati.

Per questo e per i motivi etico-sociali sottesi all'atto della donazione stessa, AIFA ha il piacere di ospitare presso la propria sede, anche per questa edizione, la presentazione del Rapporto sulla Povertà Sanitaria e Donazione dei Farmaci 2016 e di sostenere le attività di donazione dei medicinali svolte da tutti gli enti no profit nel rispetto della normativa vigente.

*Prof. Luca Pani*

CHMP e SAWP Member - EMA

*Prof. Mario Melazzini*

Presidente AIFA

*Dr.ssa Silvia Cammarata*

Segreteria Tecnica Scientifica DG AIFA



**IN SINTESI**

L'Osservatorio nazionale sulla Donazione Farmaci, organo scientifico della **Fondazione Banco Farmaceutico onlus**, prosegue la pubblicazione di dati finalizzati alla comprensione del fenomeno 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 e dai sistemi di monitoraggio degli oltre 1.600 enti caritativi che fanno parte della rete servita da Banco Farmaceutico.

## 1. POVERTA' SANITARIA IN ITALIA

Dopo il calo registrato nell'anno precedente, la povertà assoluta torna a crescere, passando dal 5,7% al **6,1%** delle famiglie italiane. Complessivamente le persone povere sono **4,6 milioni**, quasi 500mila in più.

In Italia si spendono in media 682 euro annui a persona per curarsi, ma per le persone indigenti questa spesa **scende a 123 euro**. (A causa del cambio di metodologia utilizzata da ISTAT, non è possibile effettuare confronti con l'anno precedente).

Rispetto al totale della spesa media mensile, nelle famiglie non povere si destina il 4,4% del budget domestico per curarsi, in quelle povere si scende al **2,6%**.

All'interno di questa spesa, le persone povere destinano **72,60 euro** all'anno pro capite per comprare farmaci (in media se ne spendono 268,80). Dunque tra gli indigenti quasi 6 euro di spesa su 10 finiscono in farmaci, contro i meno di 4 medi.

Le difficoltà non sono solo dei poveri: **oltre 12 milioni di italiani** hanno dovuto limitare il numero di visite mediche o gli esami di accertamento per motivazioni di tipo economico.

## 2. LE DONAZIONI

Dopo anni di forte crescita, le donazioni di farmaci sembrano quest'anno assestarsi: sono circa **1,2 milioni le confezioni raccolte** nei primi otto mesi del 2016, con una stima a fine anno in pareggio rispetto al 2015.

La Giornata di Raccolta del Farmaco si conferma sugli stessi livelli dell'anno scorso: la generosità degli italiani non diminuisce dunque di fronte alla crisi, dopo il leggero calo registrato lo scorso anno.

Dopo anni di crescita molto forte, nel 2016 anche le donazioni aziendali appaiono stazionarie: circa 100mila confezioni donate ogni mese, per un totale annuo di **circa 1,2 milioni**, identico a quello del 2015.

Si conferma invece la crescita di donazioni derivante dal **Recupero Farmaci Validi**: a fine anno potrebbero essere superate per la prima volta le **100mila** confezioni, grazie all'ampliamento di disponibilità delle farmacie aderenti.

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

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

**4,6 MILIONI  
DI POVERI ASSOLUTI...**

**...CHE SPENDONO 123 EURO  
L'ANNO PER CURARSI,  
RISPETTO AI 682 MEDI...**

**...CHE PESANO DI PIÙ  
SUL BUDGET COMPLESSIVO**

**SU 10 EURO SPESI PER  
LA SALUTE, I POVERI NE  
SPENDONO 6 PER MEDICINE,  
LE ALTRE FAMIGLIE MENO DI 4**

**DIFFICOLTÀ DI CURA  
PER 12 MILIONI DI ITALIANI**

**1,2 ML DI CONFEZIONI  
RACCOLTE NEI PRIMI  
8 MESI 2016**

**GLI ITALIANI DONANO  
SEMPRE NONOSTANTE  
LA CRISI...**

**...E ANCHE LE AZIENDE  
CONFERMANO LA LORO  
ADESIONE...**

**...E CONTINUA LO SVILUPPO  
DEL RECUPERO FARMACI  
VALIDI, CHE ARRIVANO A**

Se l'anno scorso questo canale rappresentava il 5% del totale del raccolto, nel 2016 si stima che si possa arrivare a coprire il **6,5%** di tutti i farmaci donati (si toccava appena il 2% solo nel 2013).

Con l'entrata in vigore della nuova "*Legge Gadda*", ci si attende un nuovo sviluppo soprattutto per quanto riguarda le donazioni aziendali. Si attendono i Decreti Attuativi per capire e valutare quali concrete opportunità si apriranno per le aziende e per il Terzo Settore.

### 3. IL BISOGNO DI SALUTE

Per la prima volta viene presentato uno studio sulla dispensazione dei farmaci a un campione di oltre 9.000 migranti (tra cui quasi 1.000 bambini), per comprenderne le principali patologie.

In particolare nei bambini under 11 figli di migranti le **afezioni respiratorie** sono le patologie più frequenti: si conferma il ruolo chiave delle condizioni sociali, economiche e abitative disagiate con l'incidenza di tali afezioni. Seguono le **malattie cutanee e oculari** e i **disturbi gastroenterici** (questi ultimi sono i più diffusi tra i 12 e i 14 anni).

Il 60% delle prescrizioni di medicinali per gli immigrati adulti è costituito dai farmaci utilizzati nella terapia delle malattie croniche. In particolare le malattie cardiovascolari croniche e quelle endocrino metaboliche sono i principali problemi di salute degli immigrati. Dunque le condizioni di salute della popolazione migrante sembrano assomigliare a quelle della popolazione italiana.

Ci sono però differenze tra i vari gruppi etnici: gli asiatici necessitano maggiormente di antidiabetici, tra gli est europei invece prevalgono gli antitrombotici.

La prescrizione di ansiolitici riguarda soprattutto gli uomini, mentre alle donne vengono maggiormente prescritti farmaci antidepressivi.

### 4. LE DONAZIONI AZIENDALI

Si conferma il canale più significativo dal punto di vista del raccolto: nei primi otto mesi sono state donate oltre **800mila** confezioni, per un controvalore in termini monetari di **oltre 6 milioni** di euro.

Resta molto vario il mix delle classi di farmaco donate e distribuite, ma cresce moltissimo il peso dei farmaci rimborsabili (erano il 16,5% nel 2015, mentre nei primi otto mesi del 2016 sono saliti a **oltre il 41%**), mentre restano molto alti i farmaci non rimborsabili (46% contro il 52,7 del 2015). Di conseguenza si assottiglia significativamente il contributo di integratori alimentari e presidii medico chirurgici.

I farmaci ricevuti dalle aziende vengono in gran parte (**oltre il 70%**) indirizzati a grandi enti che lavorano in aree del terzo e quarto mondo, o in aree segnate dalle guerre.

**COPRIRE IL 6,5%  
DI TUTTO IL DONATO  
(ERA IL 2% TRE ANNI FA)**

**CON LA LEGGE GADDA  
SI APRONO NUOVE  
OPPORTUNITÀ PER LE  
DONAZIONI**

**LA PRIMA ANALISI  
SULLE MALATTIE  
DEI MIGRANTI**

**TRA I BAMBINI PREVALGONO  
LE MALATTIE RESPIRATORIE,  
CUTANEE E OCULARI.**

**LE MALATTIE  
DEI MIGRANTI ADULTI  
SONO INVECE SIMILI  
A QUELLE DEGLI ITALIANI...**

**...MA CI SONO DIFFERENZE  
IN BASE ALL'ETNIA...**

**...E AL SESSO**

**800MILA CONFEZIONI DONATE,  
ACCETTATE E DISTRIBUITE,  
PER UN VALORE DI 6 MILIONI**

**MOLTA VARIETÀ,  
MA CON DIMINUIZIONE  
PROPORZIONALE DI  
INTEGRATORI E PRESIDII**

**IL 70% DELLE DONAZIONI  
A ALL'ESTERO**

## 5. LA GRF 2016 E LE FARMACIE

Nel 2016 hanno aderito alla GRF **3.681 farmacie**. Sono dunque cresciute del 10% in tre anni, anche se nell'ultimo anno se ne sono aggiunte solo 16: in ogni caso siamo di fronte all'adesione di una farmacia su cinque esistenti. Resta prevalente la presenza di farmacie del Nord Italia, che da sole coprono circa i 2/3 del totale degli aderenti.

Complessivamente nelle farmacie sono state raccolte circa **354mila confezioni**, in crescita nel triennio (+1,4%) ma in sostanziale pareggio rispetto allo scorso anno. Anche la spesa complessiva risulta uguale a quella dello scorso anno (circa 2,3 milioni) con un valore per confezione di 6,4 euro.

Campione di raccolta è stata la Lombardia con quasi **103mila** confezioni.

Come già accaduto negli scorsi anni, anche nella GRF le tre categorie di farmaci più donate sono stati gli **analgesici e antipiretici** (33,2%), gli **antiinfiammatori orali** (12,3%) e i preparati per **tosse e raffreddore** (6,8%).

## 6. IL PROFILO DEI DONATORI

In collaborazione con Doxa Pharma è stata effettuata in occasione della GRF 2016 la prima **indagine rappresentativa dei donatori di farmaci**, coinvolgendo circa 1.000 persone all'uscita di 31 farmacie distribuite in 19 città.

Hanno donato **2 persone su 3** recatesi in farmacia durante la Giornata di Raccolta. Si dona in media 1,6 confezioni di medicinali, ma l'11% ha donato più di 3 confezioni.

Donano di più le donne e chi ha un titolo di studio superiore. Tra i non donatori prevalgono gli under 35 anni.

35 donatori ogni 100 donano ogni anno, o quasi, mentre 28 su 100 non hanno mai donato neppure un farmaco, prevalentemente per motivi economici o perché hanno deciso di spendere in altre cause sociali. Il 30% di chi ha donato nel 2016 lo ha fatto per la prima volta.

## 7. IL RECUPERO DEI FARMACI VALIDI

Aumentano costantemente le farmacie aderenti alla campagna di raccolta dei farmaci acquistati dalle famiglie ma inutilizzati, integri e in corso di validità: erano 43 nel 2013, sono oggi arrivate a **260** distribuite su 8 province (soprattutto Torino, Milano e Roma).

**80mila confezioni raccolte** nei primi tre trimestri del 2016, con una crescita del **30%** rispetto ai primi nove mesi del 2015.

**3.681 FARMACIE, +10%  
RISPETTO A TRE ANNI FA**

**354MILA CONFEZIONI  
DONATE PER UN VALORE  
DI 2,3 MILIONI DI EURO**

**LOMBARDIA  
CAMPIONE DI RACCOLTA**

**ANALGESICI E ANTIPIRETICI  
I FARMACI PIÙ DONATI**

**PER LA PRIMA VOLTA  
UN'ANALISI APPROFONDATA  
DEI DONATORI GRF**

**2 SU 3 DONA  
ALMENO UN FARMACO**

**LE DONNE DONANO,  
I GIOVANI MOLTO MENO**

**UNO ZOCCOLO DURO DEL 35%  
FEDELI OGNI ANNO,  
3 SU 10 SONO NEOFITI**

**260 FARMACIE DISPONIBILI  
IN OTTO PROVINCE  
(PRIMEGGIA TORINO)**

**80MILA CONFEZIONI  
DONATE (+30%)**

## 8. LE ORGANIZZAZIONI NON PROFIT E I LORO ASSISTITI

Sono **1.663** gli enti sostenuti da Banco Farmaceutico (+1,3% rispetto al 2015), crescono ancora al Nord (dove sono oltre il 60% del totale), stazionari altrove. Il 46% degli enti possono contare su un medico.

In occasione della GRF 2016, gli enti hanno fatto richiesta di quasi **944mila** confezioni di medicinali (+8,3% rispetto all'anno precedente). In tre anni la richiesta è **creciuta del 16%**, a seguito del costante aumento di assistiti. La crescita di richieste è stata più forte al Nord ovest (+28,6%) e al Sud (+25,9%).

Il raccolto generato dalla GRF, pari a quasi 354mila confezioni, permette dunque di coprire il **37,5%** del fabbisogno degli enti, in leggera diminuzione rispetto al 40% dello scorso anno.

Questi enti hanno aiutato nel 2016 oltre **557mila persone** assistite, con una prevalenza al Nord ovest (33%). Si tratta mediamente del **12% dei poveri assoluti** italiani, percentuale che sale al 19% al Nord.

Gli utenti complessivi sono cresciuti moltissimo quest'anno (+37,4%), per effetto dell'aumento della povertà assoluta. Si tratta dell'aumento più significativo da quando viene pubblicato questo Rapporto.

Aumentano soprattutto gli utenti al Nord Ovest (+90%) e al Centro (+84%). La crescita più robusta è tra gli stranieri (+46,7%), i maschi (+49%) e le persone sopra i 65 anni di età (+43,6%).

Per effetto di questi dati, la popolazione degli assistiti da Banco Farmaceutico è oggi prevalentemente al Nord Ovest, sempre più maschile e ancor più straniera rispetto al recente passato, dopo anni di crescita degli italiani.

## 9. I VOLONTARI

Anche nel 2016 hanno partecipato alla GRF circa **13.300 volontari**, prevalentemente al Nord Ovest (42%). Si confermano dunque i dati dello scorso anno.

Rispetto all'anno passato, si tratta di una popolazione di volontari decisamente più giovane: oltre il 22% ha infatti **meno di 34 anni** (rispetto all'11% dello scorso anno). I volontari più giovani in assoluto sono al Sud, dove sfiorano il 45% del totale

Si confermano le altre caratteristiche: è un volontario istruito (33% laureati), e composto soprattutto di dipendenti, pensionati e studenti.

**1.663 ENTI CARITATIVI...**

**...CHE HANNO CHIESTO 944MILA MEDICINALI (+8,3%).**

**UN RACCOLTO CHE COPRE IL 37,5% DEL FABBISOGNO**

**...PER AIUTARE IL 12% DEI POVERI ASSOLUTI (557MILA PERSONE)**

**POVERTÀ SANITARIA ASSISTITA IN FORTE AUMENTO (+37,4%)**

**AUMENTANO GLI ASSISTITI STRANIERI, MASCHI E ANZIANI**

**13.300 VOLONTARI COINVOLTI**

**GIOVANI IN FORTE CRESCITA SOPRATTUTTO AL SUD**

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



---

**IL RAPPORTO 2016**





*Paolo Andrea Gradnik*

Presidente Fondazione Banco Farmaceutico onlus

*Sergio Daniotti*

Presidente Associazione Banco Farmaceutico Research

Nonostante le molte speranze e l'impegno profuso da più parti, la crisi economica che ha investito l'economia mondiale e, di conseguenza, anche il nostro Paese non sembra aver mollato la presa. Così come prosegue senza sosta il flusso di migranti che sbarcano in Italia per poi distribuirsi in tutta Europa, trattato troppo spesso con strumenti emergenziali ma ormai con ogni evidenza legato a caratteri strutturali che presentano tratti di continuità nel medio periodo.

In questo contesto, il Rapporto ODF 2016 torna a porre al centro dell'attenzione pubblica un tema troppo spesso sottovalutato: quello della "povertà sanitaria". Ovvero, la condizione in cui versano migliaia di uomini e donne, non solo stranieri ma spesso anche italiani, che per le più varie ragioni non riescono a trovare risposta alle proprie esigenze mediche nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. La risposta ai problemi sanitari di tutte queste persone si è indebolita negli ultimi anni, a causa dei tagli di spesa che hanno colpito in particolare il comparto sanitario. A questi tagli hanno dovuto far fronte le famiglie, la cui spesa per acquisto di prestazioni sanitarie e farmaceutiche appare in continua crescita. Una crescita che, per quanto riguarda i medicinali, non si è calmierata neppure nell'ultimo anno, pur di fronte ad una risalita della spesa pubblica tale da riportare i valori a prima dell'inizio della crisi.

Si tratta, con molta evidenza, di una vera e propria contraddizione. Nel cuore dell'Europa, patria di un modello di welfare che ha previsto subito dopo la II guerra mondiale grazie a Lord Beveridge, una risposta universalista creando una risposta nazionale al bisogno di cura, non riesca ancora a soddisfare questo "diritto" per una fetta crescente di persone. Proprio per questo, sempre più diventa evidente l'indispensabile ruolo svolto dalle organizzazioni non profit, di cui la Fondazione Banco Farmaceutico è un qualificato attore di secondo livello. Si tratta a tutti gli effetti di un ruolo pubblico, perché questi soggetti sono capaci di dare risposte sempre più specializzate a bisogni che crescono in quantità e qualità. Ma questo ruolo pubblico si esplicita anche nella capacità delle organizzazioni non profit di sollevare il tappeto sotto cui solitamente si nascondono i problemi più difficili da affrontare, primo tra tutti quello della povertà. Al Banco Farmaceutico, come a molti altri soggetti impegnati a contrastare la povertà nel nostro Paese, spetta il compito sociale (e dunque pubblico) di tenere alta l'attenzione sul tema, di mobilitare l'opinione pubblica, di implementare sistemi complessi di raccolta e distribuzione di beni di prima necessità, di stimolare l'attivazione diretta dei cittadini attraverso meccanismi creativi di donazione.

## INTRODUZIONE

Questo Terzo Rapporto dell'Osservatorio Donazione Farmaci (ODF) torna dunque a mettere a tema questi importantissimi problemi di civiltà e di giustizia sociale. Lo fa utilizzando una formula che appare ormai consolidata, che si avvantaggia dell'utilizzo di un mix di fonti informative e di tagli disciplinari.

Le analisi specifiche sulle fonti ufficiali prodotte da ISTAT, dal Ministero della Sanità, da AIFA, rappresentano la base informativa standard su cui posizionare i grandi temi in discussione. A questi dati, si aggiunge la ricca base informatica generata dall'attività corrente del Banco Farmaceutico, capace di migliorare di anno in anno la conoscenza sulla lunga filiera della donazione farmaci che parte dalle aziende produttrici e dalle farmacie, passa attraverso gli enti caritativi, arriva agli utenti finali, ovvero ai poveri.

Attorno a questo nucleo ormai stabilizzato di informazioni di base, il Rapporto 2016 propone una serie di analisi innovative, che mettono in primo piano temi di particolare rilevanza. L'analisi epidemiologica si concentra quest'anno proprio sulle malattie dei migranti, ovvero sulla popolazione di poveri in senso sanitario maggiormente in crescita nell'ultimo anno. E ancora, una particolare attenzione viene rivolta al tema delle donazioni, su cui vengono approfonditi tre elementi in particolare: le donazioni rivolte verso grandi enti attivi anche in contesti esteri (in particolare in risposta a crisi umanitarie generate da carestie o guerre); il flusso di donazioni legate alla raccolta di medicinali non utilizzati dalle famiglie ma ancora validi per un riutilizzo a fini sociali; e infine, viene presentato uno spaccato rappresentativo dei donatori della Giornata di Raccolta del Farmaco, che permette per la prima volta di costruire un profilo socio-demografico e motivazionale di questo particolare volto dell'altruismo italiano.



**LA POVERTÀ SANITARIA  
IN ITALIA**



Ogni volta che ci confrontiamo con i dati sulla povertà non possiamo evitare di porci una serie di interrogativi che coinvolgono aspetti metodologici (come viene calcolata la povertà e dunque a quale povertà ci si riferisce), aspetti sociali (chi sono i poveri e come vivono), aspetti politico-programmatici (come contrastare il fenomeno e migliorare le condizioni del maggior numero possibile di indigenti).

Nell'ambito delle statistiche ufficiali sulla povertà - di competenza dell'Istat - si distingue tra "povertà relativa" (calcolata in rapporto al tenore di vita medio della popolazione) e "povertà assoluta" (concetto che non corrisponde a quello di sopravvivenza) calcolata sulla disponibilità di un paniere minimo di beni e servizi che permettono di evitare gravi forme di esclusione sociale.

(alimentazione adeguata, abitazione di ampiezza consona alla dimensione familiare, riscaldata e dotata dei principali servizi, beni durevoli e accessori, disponibilità di un minimo necessario per vestirsi, comunicare, informarsi, muoversi sul territorio, istruirsi e mantenersi in buona salute). A livello italiano, le stime ufficiali sulla povertà relativa e assoluta vengono effettuate sulla spesa per consumi, mentre a livello europeo si utilizza il reddito (cfr. Indagine Eu-Silc), con risultati molto diversi in termini di incidenza percentuale degli stessi fenomeni<sup>1</sup>. Importanti differenze derivano anche dal fatto di calcolare l'incidenza della povertà a livello di famiglie o di individui<sup>2</sup>.

Di fronte a queste sensibili variazioni delle stime della povertà - dovute all'uso di diverse metodologie - potremmo chiederci: quali sono quelle più utili per disegnare politiche di contrasto della povertà rapportate al numero di indigenti effettivi, al minimo vitale che si vuole garantire, alle risorse disponibili e a quelle che si decide di investire?

Dal punto di vista pratico siamo di fronte a tre diverse misure della povertà, ovvero la "povertà statistica" catturata dalle statistiche ufficiali in base alle procedure metodologiche adottate di volta in volta; la "povertà amministrativa", definita dalle regole di accesso al sistema degli aiuti erogati dagli apparati istituzionali (stato, regioni, comuni) sulla base dell'Isee (indicatore della situazione economica e sociale) o di altre prove dei mezzi; la "povertà reale" sperimentata da chi si trova in situazioni di svantaggio, precarietà, indigenza. Nessun miglioramento nella stima della povertà ha effetti tangibili per chi vive in povertà, fino a quando non vengono attivate misure di sostegno effettive. Direttamente collegata alla "povertà reale" è la "povertà assistita" dai diversi soggetti (pubblici e privati) che intervengono a favore di chi vive in povertà, erogando aiuti in denaro, servizi, beni di prima necessità (cibo, abbigliamento, medicinali, alloggio).

Le informazioni fornite dal Rapporto ODF fotografano la povertà assistita dagli enti non profit convenzionati con il Banco Farmaceutico; provengono da dati puntuali, non da stime campionarie; rappresentano un termine di paragone molto importante per cogliere l'andamento della povertà in ciascun ambito territoriale e per stimare le risorse necessarie per il suo superamento.

E' importante sottolineare che il numero di indigenti assistiti di anno in anno, dipende, in primo luogo, dalla quantità di medicinali e di personale sanitario a disposizione degli enti non profit, tenuto conto che tali risorse dipendono a loro volta dal flusso delle donazioni e delle attività di volontariato. La capacità di intervento delle organizzazioni non profit così come la capacità di intervento del Banco Farmaceutico sono guidate (inevitabilmente) dall'"offerta" piuttosto che dalla "domanda" (come sarebbe auspicabile e necessario). A questa logica non sfuggono peraltro neppure le politiche di contrasto alla povertà gestite dalle istituzioni pubbliche, che cercano di sopperire al gap tra risorse e fabbisogno agendo sulle regole di accesso, ovvero sulle "prove dei mezzi" e sul livello dei benefici erogati.

Il rapporto tra gli enti non profit e il Banco Farmaceutico è regolato da una convenzione annuale del tutto volontaria e ogni struttura mantiene la sua identità e la sua autonomia operativa. E' dunque del tutto fuori luogo pensare in termini di holding, guidata dal Banco Farmaceutico. La collaborazione degli enti non profit con il

1 In Italia il "rischio di povertà" (questo è il concetto utilizzato) calcolato con il metodo Eu-Silc coinvolge nel 2014 il 19,4% delle famiglie, le famiglie "gravemente deprivate" sono l'11,6% del totale, mentre le persone appartenenti a famiglie dove l'intensità lavorativa è bassa rappresentano il 12,1%. Nello stesso anno, l'incidenza della povertà relativa tra le famiglie, calcolata sulla spesa per consumi, coinvolge il 10,3% delle famiglie.

2 I dati sul 2015, diffusi dall'Istat il 14 luglio 2016, ci dicono che, a livello nazionale, la povertà assoluta colpisce il 6,1% delle famiglie, ma il 7,6% degli individui a causa principalmente della forte incidenza della povertà assoluta tra le famiglie di 4 o più componenti.

Banco Farmaceutico varia nel tempo per ragioni molteplici, tra cui non va trascurata anche la cessazione della attività, tanto più perché si è in presenza di organizzazioni basate principalmente sul volontariato sociale e dunque particolarmente esposte al ciclo di vita delle persone che le hanno fondate e le fanno funzionare. Questa dinamica ha effetto anche sugli assistiti e spiega in parte anche le variazioni di quest'ultimi.

## 1. | LE DINAMICHE DELLA POVERTÀ ASSOLUTA IN ITALIA

Nel corso del 2014 l'Istat ha introdotto alcune innovazioni metodologiche per monitorare i consumi e le spese delle famiglie che hanno condotto a stime più robuste e dettagliate anche della povertà relativa e assoluta da cui è emersa l'esigenza di ricostruire la serie storica in uso precedentemente, a partire dal 2007 (Fig. 1.1). Nel nostro commento faremo riferimento principalmente ai dati sulla povertà assoluta che identificano quante famiglie e quante persone sperimentano gravi condizioni di deprivazione sull'intera gamma dei consumi, lasciando sullo sfondo i dati sulla povertà relativa, meno cogente per approfondire la povertà sanitaria.

In base alla nuova metodologia di rilevazione, l'Istat ha stimato che nel 2015 hanno vissuto in povertà assoluta 1 milione 582 mila famiglie corrispondenti a 4 milioni 598 mila persone, numero più alto dal 2005. In termini relativi, le famiglie in povertà assoluta hanno raggiunto il 6,1% del totale, mentre gli individui in povertà assoluta hanno raggiunto il 7,6% della popolazione residente a causa del fatto che le famiglie povere sono mediamente più numerose (Tab. 1.1); in entrambi i casi si è registrato un peggioramento rispetto al 2014, principalmente a causa dell'aumento della povertà assoluta tra le famiglie con 4 componenti (dal 6,7% del 2014 al 9,5%), soprattutto coppie con 2 figli (da 5,9 a 8,6%), e tra le famiglie di soli stranieri (da 23,4 a 28,3%), anch'esse in media più numerose. L'incidenza della povertà assoluta aumenta al Nord in termini sia di famiglie (da 4,2 del 2014 a 5,0%), sia di persone (da 5,7 a 6,7%) soprattutto per l'ampliarsi del fenomeno tra le famiglie di soli stranieri (da 24,0 a 32,1%). Segnali di peggioramento si registrano anche tra le famiglie che risiedono nei comuni centro di area metropolitana (l'incidenza aumenta da 5,3 del 2014 a 7,2%) e tra quelle con persona di riferimento tra i 45 e i 54 anni di età (da 6,0 a 7,5%).

**TABELLA 1.1**  
**INDICATORI DI POVERTÀ ASSOLUTA PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA.**  
**ANNI 2014-2015, MIGLIAIA DI UNITÀ E VALORI PERCENTUALI.**

	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
<b>Migliaia di unità</b>								
<b>Famiglie povere</b>	515	613	251	225	704	744	1.470	1.582
<b>Famiglie residenti</b>	12.292	12.301	5.292	5.302	8.184	8.185	25.768	25.789
<b>Persone povere</b>	1.578	1.843	658	671	1.866	2.084	4.102	4.598
<b>Persone residenti</b>	27.595	27.600	11.997	12.014	20.855	20.827	60.448	60.441
<b>Incidenza (%)</b>								
<b>Famiglie</b>	4,2	5,0	4,8	4,2	8,6	9,1	5,7	6,1
<b>Persone</b>	5,7	6,7	5,5	5,6	9,0	10,0	6,8	7,6

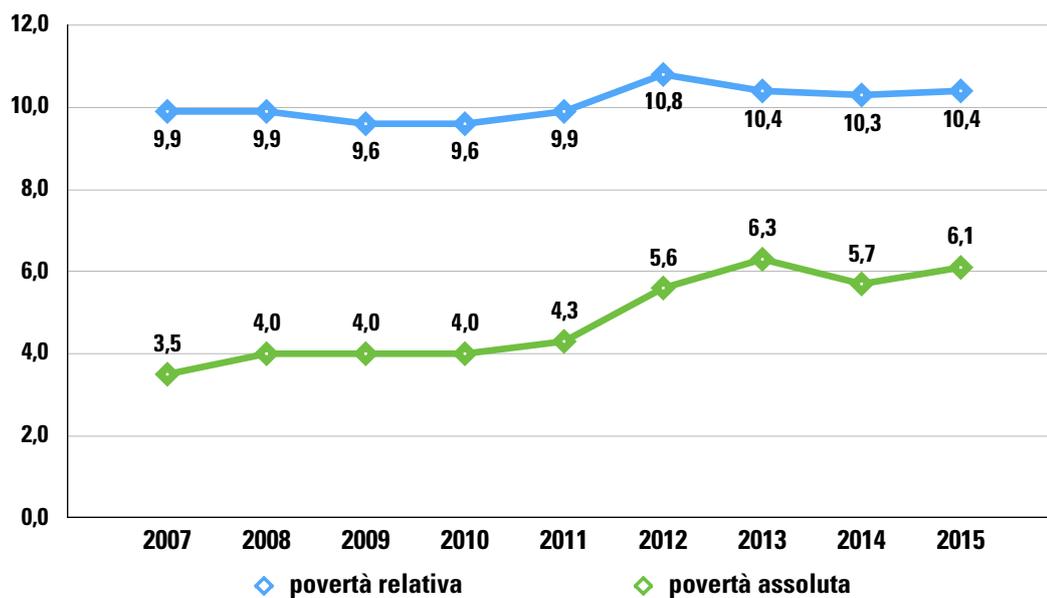
Fonte: dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie.

## PARTE PRIMA

# LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA

I segnali incoraggianti che si erano manifestati nel 2014 (5,7%), dopo il picco negativo del 2013 (6,3%), sono stati in pratica smentiti nel 2015 (che ha registrato un aumento di +0,4 punti percentuali) soprattutto perché si è riusciti a intercettare un campione più numeroso e rappresentativo di stranieri regolarmente residenti nel nostro paese, che presentano livelli di reddito e di spesa decisamente inferiori rispetto al resto della popolazione. A partire dal 2010 l'incidenza della povertà assoluta è cresciuta di anno in anno, passando dal 4% al 6,1% del 2015, seguendo di fatto un trend analogo a quello registrato anche con il precedente metodo di stima (Fig. 1.1)

**FIGURA 1.1**  
**ANDAMENTO DELLA POVERTÀ ASSOLUTA E RELATIVA IN ITALIA: 2007-2015 (VALORI %)**

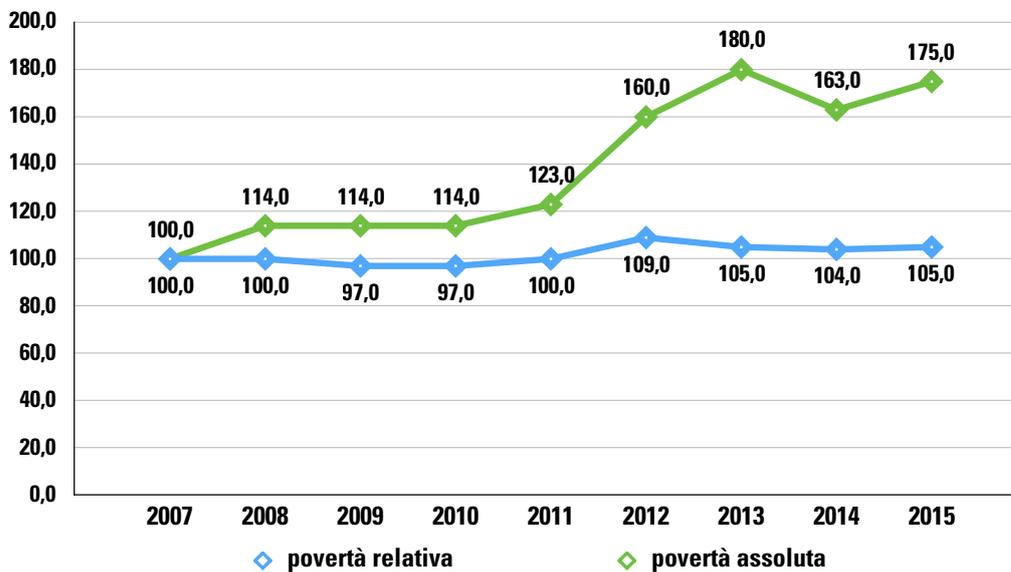


Fonte: elaborazioni su dati Istat,  
Indagine sulle spese delle famiglie 2014 e 2015 e sulla ricostruzione delle serie 2007-2013

L'utilizzo dei numeri indice mostra in modo evidente che le variazioni pi  ampie e significative sono avvenute a livello di povert  assoluta, mentre la povert  relativa   rimasta sostanzialmente stabile, per ragioni connesse al modo con cui   calcolata; l'incidenza della povert  relativa tiene conto infatti dell'andamento del tenore di vita medio e in periodi di contrazione generalizzata dei consumi (come quelli che abbiamo attraversato) scende di livello. Prendendo come riferimento il 2007, si constata che l'incidenza della povert  assoluta   quasi raddoppiata nel corso dei sei anni successivi (anno 2013, N.I. = 180) e resta a livelli elevati anche nell'ultimo biennio (Fig. 1.2).

L'andamento della povert  assoluta registra la condizione dei pi  poveri tra i poveri e coglie in modo pi  diretto i segnali di miglioramento o di peggioramento della parte pi  vulnerabile della popolazione, cresciuta di numero nel corso dell'ultimo quinquennio, anche a causa di misure di contrasto troppo deboli rispetto alle necessit .

**FIGURA 1.2**  
**ANDAMENTO DELLA POVERTÀ ASSOLUTA E RELATIVA IN ITALIA: 2007-2015.**  
**NUMERI INDICE: BASE 100 = ITALIA 2007**



Fonte: elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie 2014 e 2015 e sulla ricostruzione delle serie 2007-2013

## 2. | LA SPESA SANITARIA DELLE FAMIGLIE POVERE E NON POVERE NELLE REGIONI ITALIANE

Le innovazioni metodologiche introdotte dall'Istat nel 2014-2015 per monitorare i consumi e le spese delle famiglie hanno permesso di raccogliere informazioni più robuste e dettagliate anche sulla spesa sanitaria, con risultati molto utili per evidenziare le criticità che vanno affrontate per migliorare la tutela della salute delle persone indigenti.

L'indagine Istat mostra in primo luogo che ogni famiglia italiana sostiene una spesa media mensile di 109 euro per i servizi sanitari e la tutela della salute, corrispondente al 4,37% della spesa mensile totale, a conferma del fatto che una parte non irrilevante della spesa sanitaria è a carico del bilancio familiare (Tab. 2.1).

Contrariamente a quanto sarebbe logico attendersi, si deve constatare che anche le famiglie povere pagano di tasca loro una parte delle cure sanitarie (22,41 euro), con una incidenza sulla loro spesa mensile totale pari 2,56%. Siamo dunque lontani da quella piena gratuità che dovrebbe essere assicurata a questo tipo di famiglie. Insieme a questa sintetica considerazione critica, i dati Istat ci consentono di formulare osservazioni analitiche che tornano utili anche per programmare interventi pratici a vantaggio degli indigenti.

Si deve anzitutto notare che la spesa sanitaria dei poveri è concentrata sui farmaci (13 euro su 22, pari al 57%) e in secondo luogo sui servizi medici/ospedalieri (23%), mentre le famiglie non povere destinano alle medicine solo il 38% della loro spesa totale, dando maggior peso ai servizi dentistici (21%), notoriamente onerosi, e minor peso (paradossalmente) ai servizi medico/ospedalieri (Tab. 2.2).

PARTE PRIMA  
**LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA**

**TABELLA 2.1**  
**SPESA MEDIA MENSILE FAMILIARE PER CONSUMI E SPESA SANITARIA DELLE FAMIGLIE PER VOCE DI SPESA**  
**AL VARIARE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA. ITALIA, ANNO 2014. VALORI IN EURO.**

	Spesa totale	Spesa totale per servizi sanitari e per la salute	Di cui spese per:						Peso % della spesa per servizi sanitari e per la salute sulla spesa familiare totale
			Medicinali	Articoli sanitari	Attrezzature terapeutiche	Servizi medici / ospedalieri	Servizi dentistici	Servizi paramedici	
Famiglie non povere	2.585,12	113,84	43,52	3,66	11,28	21,44	23,97	9,96	4,40%
Famiglie povere	876,47	22,41	12,76	0,67	0,75	5,11	1,69	1,44	2,56%
<b>Totale famiglie</b>	<b>2.487,67</b>	<b>108,62</b>	<b>41,76</b>	<b>3,49</b>	<b>10,68</b>	<b>20,51</b>	<b>22,70</b>	<b>9,48</b>	<b>4,37%</b>

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

**TABELLA 2.2**  
**RAPPORTO % TRA SPESA SANITARIA DELLE FAMIGLIE POVERE E NON POVERE.**  
**ITALIA, ANNO 2014.**

	Di cui spese per:								
	Spesa totale	Spesa totale per servizi sanitari e per la salute	Medicinali	Articoli sanitari	Attrezzature terapeutiche	Servizi medici/ospeda-	Servizi dentistici	Servizi paramedici	
<b>Rapporto % spesa famiglie povere su famiglie non povere</b>	33,9	19,7	29,3	18,3	6,6	23,9	7,0	14,4	
<b>Incidenza % singole voci su spesa sanitaria totale</b>									
famiglie non povere			38,2	3,2	9,9	18,8	21,1	8,8	100,0
famiglie povere			56,9	3,0	3,3	22,8	7,5	6,4	100,0

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

Il livello e la composizione della spesa sanitaria delle famiglie povere confermano la loro vulnerabilità complessiva (sia in termini relativi che assoluti) insieme ai rischi specifici per il loro livello di salute. Le famiglie povere vivono, di fatto, con 1/3 del reddito a disposizione della famiglie non povere (876 euro vs. 2585), ma spendono per la salute 1/5 rispetto a quest'ultime (22 euro vs. 114) a causa dei maggiori vincoli di bilancio legate a spese necessarie non rinviabili. La mancata gratuità di alcuni farmaci necessari - a partire da quelli da banco - espone le persone indigenti alla elevata probabilità di rinunciare ad una serie di cure, allungando i tempi di guarigione e/o compromettendo la propria salute.

Indicazioni ancor più dettagliate e sintomatiche giungono dall'andamento delle spese medie pro-capite nell'ambito delle famiglie povere e non povere (Tab. 2.3).

PARTE PRIMA  
**LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA**

Sulla spesa media pro-capite incidono, in primo luogo le caratteristiche strutturali delle famiglie a cominciare dal numero di componenti: nell'ambito delle famiglie povere (che nel complesso spendono per medicinali 22,40 euro pro-capite al mese) la spesa per medicinali supera il valore medio quando ci sono uno o due componenti mentre si attesta al di sotto del valore medio quando ci sono 3 o più componenti; si tratta di un dato contro-intuitivo a meno di supporre che le famiglie povere più numerose ricevano più medicinali a titolo gratuito, posto che – in base ai dati disponibili - risulta difficile sostenere che queste famiglie si ammalino meno delle altre. Queste due ipotesi potrebbero invece essere applicate alle famiglie povere con minori che spendono decisamente meno di quelle con membri anziani (10,72 euro mensili vs. 34,78), i quali impegnano una parte molto elevata del loro reddito e dovrebbero ricevere supporti maggiori di quelli attualmente in essere.

**TABELLA 2.3**  
**SPESA MEDIA MENSILE P.C. SANITARIA E SPESA PER MEDICINALI AL VARIARE**  
**DI CARATTERISTICHE STRUTTURALI FAMILIARI. ITALIA, ANNO 2014. VALORI IN EURO.**

		Spesa totale per servizi sanitari e per la salute P.C.	"DI CUI: Spese in Medicinali P.C.
<b>Famiglie con minori</b>		29,83	10,72
<b>Famiglie con anziani</b>		79,98	34,78
<b>Famiglie per numero di componenti</b>	1	78,87	32,42
	2	63,87	25,14
	3	40,91	14,86
	4	28,69	10,15
	5	25,62	9,48
	6 o più	16,86	8,43
<b>Totale famiglie</b>		56,84	22,40

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

Sugli andamenti appena considerati incide significativamente anche la cittadinanza italiana o straniera delle famiglie<sup>3</sup> a cui si legano diritti di accesso alle cure più o meno ampi. Le differenze tra italiani e stranieri sono maggiori nell'ambito delle famiglie non povere, con un rapporto di 3 a 1 (62 euro vs. 20,68), sono invece più contenute (anche se presenti) tra le famiglie povere, ove si registra un rapporto di 2 a 1 (11,8 euro vs. 5,34) (Tab. 2.4). Nell'ambito della sola spesa per medicinali il gap tra le due popolazioni tende a salire tra le famiglie povere e a ridursi tra quelle non povere.

Sulla minor spesa media degli stranieri incide certamente il reddito meno elevato, ma non va trascurato il fatto che la popolazione straniera è mediamente più giovane della popolazione italiana e dunque ha minori necessità di ricorrere alle cure mediche e all'acquisto di medicinali.

3 La cittadinanza del nucleo familiare coincide con la cittadinanza della persona di riferimento entro ciascun nucleo.

PARTE PRIMA  
**LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA**

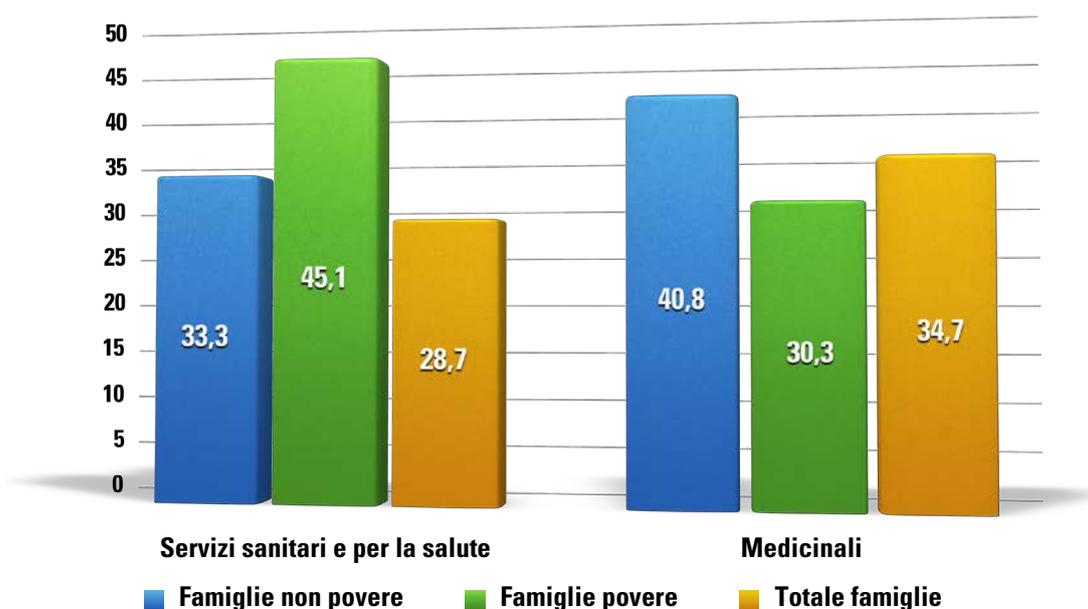
**TABELLA 2.4**  
**SPESA MEDIA MENSILE P.C. SANITARIA E SPESA PER MEDICINALI AL VARIARE DELLA CITTADINANZA DEL CAPOFAMIGLIA E DELLA CONDIZIONE ECONOMICA FAMILIARE. ITALIA, ANNO 2014. VALORI IN EURO.**

	"Spesa totale per servizi sanitari e per la salute P.C."			"DI CUI: Spesa in Medicinali P.C."		
	Cittadinanza Italiana	Cittadinanza Straniera	Totale famiglie	Cittadinanza Italiana	Cittadinanza Straniera	Totale famiglie
<b>Famiglie non povere</b>	62,0	20,68	59,67	24,20	9,88	23,39
<b>Famiglie povere</b>	11,8	5,34	10,03	7,51	2,27	6,05
<b>Totale famiglie</b>	59,8	17,18	56,84	23,46	8,14	22,40

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

La diseguale allocazione delle spese sanitarie tra i cittadini italiani e stranieri è illustrata nella figura 2.1 da cui si evince che: 1) nell'ambito delle famiglie povere gli stranieri spendono poco meno della metà (45%) degli italiani per i servizi sanitari, ma solo 1/3 (30%) per i medicinali; 2) nell'ambito delle famiglie non povere questa tendenza si inverte a favore di una maggior spesa relativa per i medicinali (40,8%) e una minor spesa relativa per i servizi sanitari (33,3%) da parte degli stranieri. In pratica, gli stranieri dotati di maggior reddito "imitano" i comportamenti degli italiani soprattutto a livello di spesa per medicinali, mentre gli stranieri poveri "imitano" gli italiani soprattutto a livello di spesa per i servizi sanitari. La spiegazione di queste tendenze speculari non è immediata, ma è probabile che vada ricercata nel maggior bisogno di intrattenere rapporti con le strutture sanitarie da parte di chi è più vulnerabile.

**FIGURA 2.1**  
**RAPPORTO % FRA LA SPESA MENSILE P.C. SANITARIA E PER MEDICINALI DEGLI STRANIERI E QUELLA DEGLI ITALIANI. ITALIA, ANNO 2014.**



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

PARTE PRIMA  
**LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA**

La spesa sanitaria a proprio carico dipende, in primo luogo, dalla accessibilità e dalla efficienza dei servizi sanitari nel proprio luogo di residenza e solo in secondo luogo dal reddito disponibile, che peraltro condiziona l'utilizzo di canali sostitutivi o integrativi. Una conferma di questa osservazione si ricava dall'analisi della spesa sanitaria media mensile pro-capite per regioni, specialmente considerando il peso percentuale medio di questa spesa sulla spesa totale (Tab. 2.5, Fig. 2.2).

Considerando il totale delle famiglie, colpisce in primo luogo il fatto che in quattro regioni questo peso percentuale supera il valore medio (4,4%): Veneto (5,9%), Valle d'Aosta (5,8%), Puglia (5,5%), Sicilia (5,1%). Ancor più significativi sono i dati relativi alle famiglie povere in ciascuna regione: al di sopra della media (2,6%) troviamo ben otto regioni tutte concentrate nel Centro-Sud e precisamente: Campania (5,2%), Basilicata (4,1%), Marche (3,9%), Abruzzo (3,3%), Puglia (3,3%), Sicilia (3,1%), Molise (2,9%), Lazio (2,9%).

I poveri di queste regioni sopportano una spesa sanitaria particolarmente elevata verosimilmente a causa di una minor efficienza delle strutture sanitarie e delle misure di contrasto della povertà in aree territoriali dove essa ha un'incidenza particolarmente elevata.

**TABELLA 2.5**  
**LA SPESA SANITARIA MEDIA MENSILE PRO-CAPITE E IL PESO PERCENTUALE MEDIO SUL BILANCIO DI SPESA**  
**AL VARIARE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA. REGIONI ITALIANE, ANNO 2014.**

Regione	Spesa sanitaria P.C. in euro				Peso % della spesa sanitaria		
	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie	Gap povere/non povere	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie
Piemonte	68,85	5,79	65,67	-63,06	4,6%	1,5%	4,6%
Valle d'Aosta	91,50	9,00	87,82	-82,50	5,8%	2,6%	5,8%
Lombardia	69,04	8,28	67,23	-60,77	4,4%	2,2%	4,4%
Trentino Alto Adige	72,49	6,61	69,98	-65,88	4,6%	1,6%	4,6%
Veneto	78,89	10,35	76,13	-68,54	5,9%	2,3%	5,9%
Friuli-Venezia Giulia	68,51	7,39	63,82	-61,11	4,7%	1,7%	4,6%
Liguria	61,44	7,93	57,38	-53,51	4,4%	1,7%	4,4%
Emilia Romagna	70,69	7,73	68,22	-62,96	4,5%	2,2%	4,5%
Toscana	55,91	4,18	53,93	-51,72	4,0%	1,1%	4,0%
Umbria	44,14	0,36	42,21	-43,78	3,5%	0,1%	3,4%
Marche	52,48	16,18	50,04	-36,30	4,2%	3,9%	4,2%
Lazio	62,21	12,81	59,80	-49,40	4,2%	2,9%	4,2%
Abruzzo	48,94	10,78	46,79	-38,15	4,6%	3,3%	4,5%
Molise	42,73	9,62	39,77	-33,11	4,2%	2,9%	4,2%
Campania	35,43	17,17	33,85	-18,26	3,8%	5,2%	3,8%
Puglia	55,61	10,04	51,98	-45,56	5,5%	3,3%	5,5%
Basilicata	44,82	12,60	41,22	-32,22	4,5%	4,1%	4,4%
Calabria	41,15	7,04	37,70	-34,11	4,4%	2,4%	4,4%
Sicilia	45,02	9,74	41,69	-35,28	5,1%	3,1%	5,1%
Sardegna	36,08	7,93	34,06	-28,14	3,2%	1,7%	3,2%
<b>Italia</b>	<b>59,67</b>	<b>10,03</b>	<b>56,84</b>	<b>-49,64</b>	<b>4,4%</b>	<b>2,6%</b>	<b>4,4%</b>

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

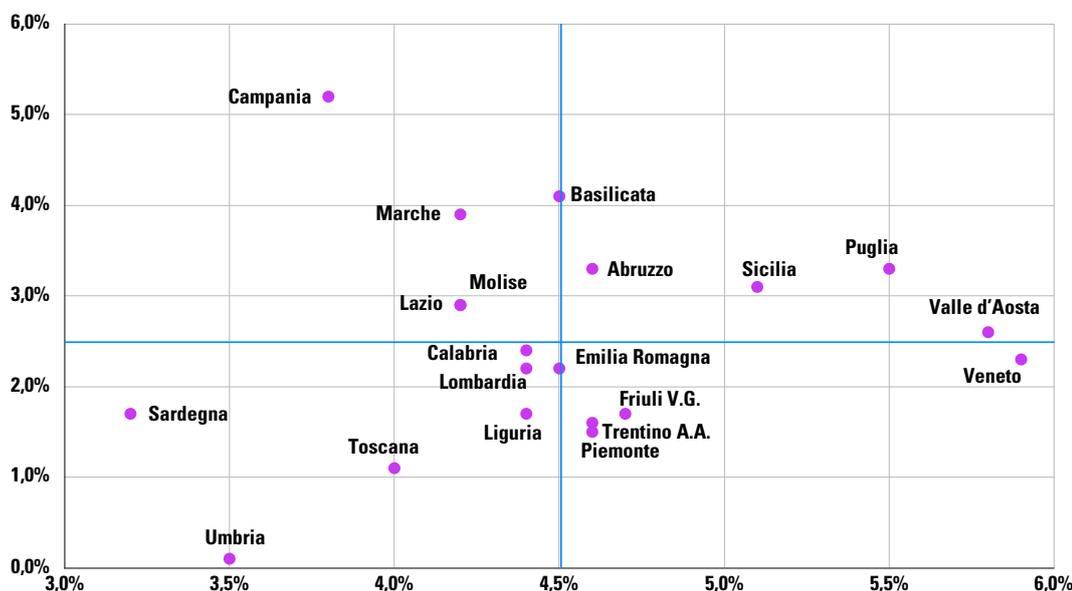
## PARTE PRIMA

# LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA

Il peso percentuale medio della spesa sanitaria sul bilancio di spesa al variare della condizione economica nelle diverse regioni è efficacemente illustrato dalla figura 1.4 che confronta gli orientamenti delle famiglie povere e non povere. Entrambi questi gruppi hanno valori superiori a quelli medi in 5 regioni (I quadrante: Basilicata, Abruzzo, Sicilia, Puglia, Valle d'Aosta) e valori inferiori in 4 regioni (III quadrante: Lombardia, Toscana, Sardegna, Umbria).

Situazioni divergenti si registrano invece nelle altre regioni e precisamente in 4 regioni (II quadrante: Lazio, Molise, Marche, Campania) le famiglie povere hanno una spesa percentuale superiore alla media, mentre le famiglie non povere hanno una spesa percentuale inferiore alla media, hanno cioè comportamenti più parsimoniosi; una situazione opposta si verifica infine in 7 regioni (IV quadrante: Calabria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Piemonte, Trentino Alto Adige, Veneto) ove le famiglie povere risultano più parsimoniose, mentre quelle non povere hanno comportamenti più dispendiosi rispetto agli orientamenti generali del loro sottogruppo.

**FIGURA 2.2**  
**IL PESO PERCENTUALE MEDIO DELLA SPESA SANITARIA SUL BILANCIO DI SPESA**  
**AL VARIARE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA. REGIONI ITALIANE, ANNO 2014.**



Tendenze analoghe si registrano anche considerando la spesa media mensile pro-capite per medicinali nelle singole regioni da parte delle persone economicamente povere e non povere, che a livello complessivo varia tra i 6,05 e i 23,39 euro con un rapporto di 1 a 3,8.

Il record della spesa pro-capite delle famiglie non povere spetta ai residenti in Veneto (29,71 euro), Lazio (28,21), Valle d'Aosta (28,17), Liguria (26,91), Piemonte (26,75), Emilia Romagna (26,24) per ragioni riconducibili in parte alle possibilità economiche e agli stili di vita e in parte alla necessità di sopperire a quanto non viene fornito dal sistema sanitario.

Meno immediato è il nesso tra i livelli di spesa e l'epidemiologia della popolazione su cui l'indagine Istat non fornisce indicazioni. Da rimarcare è però soprattutto il fatto che tra le famiglie povere la spesa pro-capite per medicinali risulta molto superiore alla media in Campania (10,73) e Basilicata (9,74) a cui si aggiungono l'Abruzzo (7,78), le Marche (7,44), la Sicilia (7,05) e il Veneto (6,51), a conferma del carattere necessario e non comprimibile della spesa farmaceutica, là dove le politiche di sostegno a favore dei più poveri sono insufficienti (Tab. 2.6)

PARTE PRIMA  
**LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA**

**TABELLA 2.6**  
**LA SPESA MEDIA MENSILE PER MEDICINALI PRO-CAPITE AL VARIARE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA.**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2014.**

Regione	Spesa P.C. per medicinali in euro			
	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie	Gap povere/non povere
Piemonte	26,75	5,26	25,67	-21,49
Valle d'Aosta	28,17	2,90	27,04	-25,26
Lombardia	21,44	4,19	20,93	-17,26
Trentino Alto Adige	19,15	3,37	18,55	-15,79
Veneto	29,71	6,51	28,78	-23,20
Friuli-Venezia Giulia	21,42	5,91	20,23	-15,52
Liguria	26,91	5,85	25,32	-21,06
Emilia Romagna	26,24	3,99	25,37	-22,25
Toscana	20,50	3,69	19,86	-16,81
Umbria	20,81	0,18	19,90	-20,64
Marche	23,29	7,44	22,22	-15,84
Lazio	28,21	4,43	27,05	-23,78
Abruzzo	23,97	7,78	23,06	-16,19
Molise	17,23	4,46	16,09	-12,77
Campania	16,54	10,73	16,04	-5,81
Puglia	23,26	5,62	21,86	-17,64
Basilicata	21,52	9,74	20,20	-11,77
Calabria	18,56	3,76	17,07	-14,81
Sicilia	22,31	7,05	20,87	-15,26
Sardegna	19,37	5,28	18,36	-14,09
<b>Italia</b>	<b>23,39</b>	<b>6,05</b>	<b>22,40</b>	<b>-17,34</b>

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

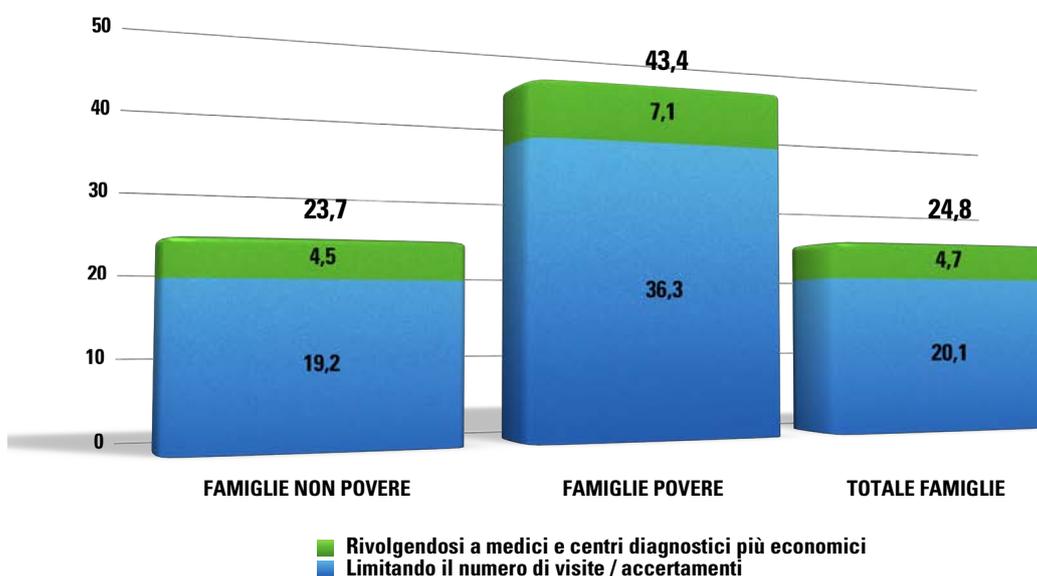
La mancata gratuità di una parte dei medicinali si lega in questi casi, verosimilmente, a una condizione sanitaria leggermente più problematica, ovvero a una salute dei poveri più fragile rispetto ad altre situazioni. Il dato risulta particolarmente allarmante per i poveri che vivono in Campania che al basso reddito uniscono un'incidenza della spesa per medicinali particolarmente elevata perchè non comprimibile.

La spesa sanitaria sostenuta dalle famiglie nel corso del 2014 (ultimo anno disponibile) nasce dal compromesso tra diverse esigenze, riconducibili: 1) alle condizioni di salute, 2) alla disponibilità di servizi e di farmaci gratuiti, 3) alle risorse economiche a disposizione, 4) agli stili di vita e di consumo. A parità di condizioni di salute, la spesa sanitaria familiare può dunque variare notevolmente per effetto degli altri vincoli/opportunità, con risultati molto diversi sul benessere sanitario delle persone. E', ad esempio, evidente che, a parità di condizioni

sanitarie, le persone povere hanno meno possibilità di curarsi e dunque di tutelare la loro salute nel corso degli anni. Forme di disuguaglianza sanitaria sussistono peraltro anche all'interno del gruppo delle persone non povere, per via della disuguale distribuzione del reddito e della conseguente capacità di spesa, anche se la copertura universalistica dei livelli essenziali di assistenza sanitaria riduce notevolmente questo gap.

Posto che le spese sanitarie sostenute dalle famiglie italiane fotografano lo sforzo compiuto per tener testa alle proprie necessità, ma non è detto che la risposta a tali necessità sia stata soddisfacente e talora sufficiente. Questa problematica è colta efficacemente dall'Indagine Istat là dove registra quante famiglie hanno dovuto limitare la spesa per visite mediche e per accertamenti periodici di controllo preventivo per motivazioni di tipo prettamente economico (Fig. 2.3, Tab. 2.7).

**FIGURA 2.3**  
**QUOTA % DI FAMIGLIE CHE HANNO CERCATO DI LIMITARE LA SPESA PER VISITE MEDICHE E ACCERTAMENTI PERIODICI DI CONTROLLO PREVENTIVO (DENTISTA, MAMMOGRAFIE, PAP-TEST, ECC.) PER MOTIVAZIONI DI TIPO ECONOMICO AL VARIARE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA FAMILIARE. ITALIA, ANNO 2014.**



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

**TABELLA 2.7**  
**NUMERO DI FAMIGLIE E DI INDIVIDUI CHE HANNO CERCATO DI LIMITARE LA SPESA PER VISITE MEDICHE E ACCERTAMENTI PERIODICI DI CONTROLLO PREVENTIVO (DENTISTA, MAMMOGRAFIE, PAP-TEST, ECC.) PER MOTIVAZIONI DI TIPO ECONOMICO. ITALIA, ANNO 2014.**

		Ha cercato di limitare la spesa	"DI CUI: limitando il numero di visite/accertamenti"	"DI CUI: rivolgendosi a medici e centri diagnostici più economici"
<b>Numero di famiglie</b>	Non povere	6.455.226	5.229.550	1.225.676
	Povere	637.814	533.471	104.343
	<b>Totale famiglie</b>	<b>6.390.370</b>	<b>5.179.292</b>	<b>1.211.078</b>
<b>Numeri di individui</b>	Non poveri	13.814.309	11.204.103	2.610.206
	Poveri	1.918.497	1.574.617	343.880
	<b>Totale individui</b>	<b>15.732.806</b>	<b>12.778.720</b>	<b>2.954.086</b>

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

PARTE PRIMA  
**LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA**

Nel 2014, si sono trovate in questa situazione quasi 25 famiglie su 100 ovvero 6 milioni 390 mila famiglie composte da 15,7 milioni di persone. In particolare hanno scelto medici/centri meno costosi il 4,7% delle famiglie (pari a 1 milione 211 mila unità), ed hanno limitato le visite e/o gli accertamenti il 20,1% delle famiglie (pari a 5 milioni 179 mila unità composte da 12,7 milioni di persone. Questo comportamento è stato adottato in modo massiccio da 533 mila famiglie povere (36,3% del totale) composte da 1 milione e 575 mila persone a cui vanno aggiunte le 104 mila famiglie povere (7,1%) (composte da 344 mila persone) che hanno scelto medici/centri meno costosi.

Si tratta di informazioni particolarmente utili per comprendere le "fatiche" e le "rinunce" affrontate nel 2014 dagli italiani per contenere le spese sanitarie e farmaceutiche a loro carico (vedi infra, cap. 3).

La distribuzione di questi dati per regioni arricchisce non soltanto il quadro informativo ma anche le indicazioni utili per progettare e per valutare politiche di supporto (Tab. 2.8).

Gli sforzi delle famiglie per limitare le spese sanitarie risultano maggiormente diffusi in 9 regioni del Centro-Sud - con valori percentuali compresi tra il 35,8% in Calabria e il 26,8% - dove la strategia della "rinuncia alle cure" ha un'incidenza sistematicamente superiore alla media e risulta talora rafforzata (come in Basilicata, Calabria, Puglia, Lazio) dal ricorso a medici e centri meno costosi. Questa scelta assume valori superiori alla media anche in Lombardia (7,1%) dotata di un'ampia gamma di servizi in competizione tra loro sui prezzi, non necessariamente a scapito della qualità.

**TABELLA 2.8**  
**QUOTA % DI FAMIGLIE CHE HANNO CERCATO DI LIMITARE LA SPESA PER VISITE MEDICHE E ACCERTAMENTI PERIODICI DI CONTROLLO PREVENTIVO (DENTISTA, MAMMOGRAFIE, PAP-TEST, ECC.) PER MOTIVAZIONI DI TIPO ECONOMICO. REGIONI ITALIANE, ANNO 2014.**

Regioni	Ha cercato di limitare la spesa	"DI CUI: limitando il numero di visite / accertamenti"	DI CUI: rivolgendosi a medici e centri diagnostici più economici
Piemonte	19,4	15,1	4,3
Valle d'Aosta	13,9	11,2	2,7
Lombardia	24,3	17,2	7,1
Trentino Alto Adige	8,9	7,0	2,0
Veneto	16,7	13,8	2,9
Friuli-Venezia Giulia	15,6	12,3	3,3
Liguria	22,0	17,5	4,4
Emilia Romagna	16,4	12,9	3,5
Toscana	23,6	18,1	5,5
Umbria	23,3	16,7	6,7
Marche	19,1	16,7	2,4
Lazio	29,8	24,8	5,0
Abruzzo	26,8	25,2	1,6
Molise	27,9	23,3	4,5
Campania	29,8	25,5	4,3
Puglia	31,8	26,6	5,2
Basilicata	33,1	24,3	8,9
Calabria	35,8	29,4	6,4
Sicilia	32,7	29,0	3,7
Sardegna	31,4	29,2	2,3
Italia	24,8	20,1	4,7

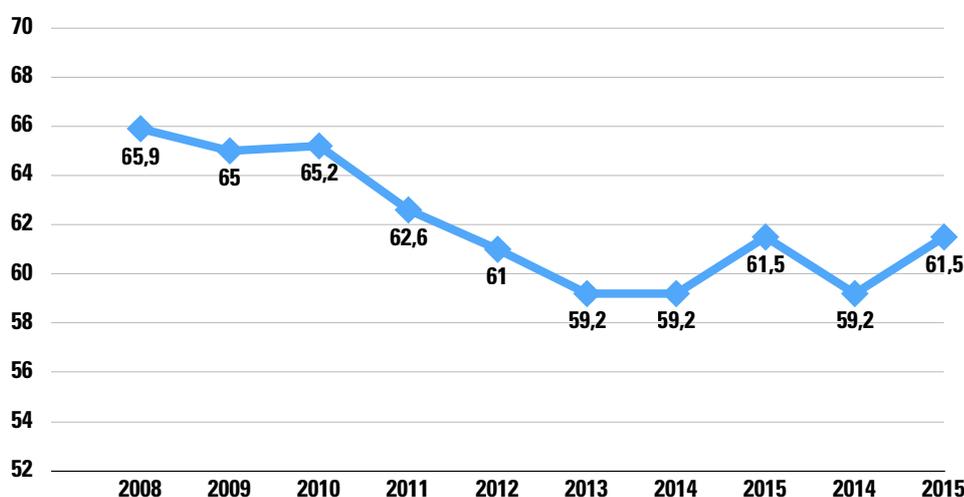
Fonte: elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie.

### 3. | LA SPESA SANITARIA IN ITALIA

Il peso della spesa farmaceutica a carico delle famiglie è puntualmente misurato dall'annuale rapporto AIFA-OsMed sia in termini assoluti che relativi. I dati del 2015 indicano che il 38,5% della spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale è stata a carico delle famiglie a fronte del 61,5% a carico del SSN, in leggero aumento rispetto al 59,2% nel biennio 2013-2014, anche se nel frattempo anche la spesa privata è aumentata di 219 milioni (Fig. 3.1).

In termini monetari la spesa farmaceutica privata ammonta (nel 2015) a 8 miliardi e 380 milioni di euro (Tab. 3.1) che rapportata al n. di famiglie residenti nello stesso anno (25 milioni 768 mila unità) equivale ad una spesa annua per famiglia di 325 euro; l'equivalente valore per l'anno 2014 è pari a 316 euro.

**FIGURA 3.1**  
QUOTA % DELLA SPESA PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE A CARICO DEL SSN.  
ITALIA, ANNI 2008-2015



Fonte: rapporto AIFA OsMed 2015.

**TABELLA 3.1**  
SPESA PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE PUBBLICA E PRIVATA,  
ITALIA, ANNI 2008-2015.

	2008 (milioni)	2009 (milioni)	2010 (milioni)	2011 (milioni)	2012 (milioni)	2013 (milioni)	2014 (milioni)	2015 (milioni)
Spesa convenzionata netta	11.383	11.193	11.058	10.023	8.986	8.863	8.598	8.477
Distribuzione diretta e per conto di fascia A	1.651	1.767	2.144	2.832	2.837	3.003	3.249	4.921
<b>TOTALE SPESA PUBBLICA</b>	<b>13.034</b>	<b>12.960</b>	<b>13.202</b>	<b>12.855</b>	<b>11.823</b>	<b>11.866</b>	<b>11.848</b>	<b>13.398</b>
Compartecipazione del cittadino	647	862	998	1337	1.406	1.436	1.500	1.521
Acquisto privato di fascia A	928	829	848	1026	1027	1468	1441	1487
Classe C con ricetta	3.106	3.154	3.093	3.207	3.000	2.985	2.937	2.997
Automedicazione (SOP e OTC)	2.054	2.140	2.105	2.113	2.125	2.278	2.283	2.375
<b>TOTALE SPESA FARMACEUTICA PRIVATA</b>	<b>6.735</b>	<b>6.985</b>	<b>7.044</b>	<b>7.683</b>	<b>7.558</b>	<b>8.168</b>	<b>8.161</b>	<b>8.380</b>
<b>TOTALE SPESA FARMACEUTICA</b>	<b>19.769</b>	<b>19.945</b>	<b>20.246</b>	<b>20.538</b>	<b>19.381</b>	<b>20.035</b>	<b>20.009</b>	<b>21.778</b>

Fonte: rapporto AIFA OsMed 2015.





**DONAZIONE FARMACI  
E BISOGNI DI SALUTE**

#### **4. | ANALISI DELLA DISPENSAZIONE DEI MEDICINALI DA PARTE DI ENTI CARITATIVI CONVENZIONATI CON BANCO FARMACEUTICO COME INDICATORE DELLO STATO DI SALUTE DI SETTORI DELLA POPOLAZIONE NON ASSISTITA DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IN ITALIA (\*)**

##### **Introduzione**

Descrivere lo stato di salute di una popolazione è un compito arduo, poiché esso dipende da numerose variabili di tipo genetico, ambientale e socio-economico. Bisogna inoltre considerare che in Italia, analogamente a quanto accade in altri Paesi europei, la composizione della popolazione sta rapidamente mutando a causa del fenomeno dell'immigrazione che è ormai diventato un elemento strutturale. Pertanto, oltre ai fattori sopra menzionati, è necessario tener conto anche della sempre più ampia variabilità di tipo etnico e culturale.

In tutti i Paesi dotati di un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o di altre forme diffuse di assicurazione contro le malattie, lo stato di salute dei residenti nativi e degli immigrati legali è costantemente monitorato dalle Istituzioni Sanitarie preposte ed è desumibile dagli appositi registri e database regolarmente aggiornati che riportano i dati di mortalità, accesso ai dipartimenti di emergenza, ricoveri ospedalieri, presenza di patologie croniche, fruizione dei servizi sanitari, dispensazione dei farmaci e dei presidi medici, ecc. Purtroppo, tuttavia, una percentuale crescente della popolazione elude questo tipo di sorveglianza e diventa virtualmente "invisibile" ai comuni metodi di indagine, in quanto troppo povera per permettersi la compartecipazione alle spese del SSN (ad esempio mediante il pagamento dei tickets per i farmaci da prescrizione e per le altre prestazioni mediche), l'acquisto diretto dei prodotti da banco o i proibitivi costi di forme assicurative private. Ad essi si aggiunge una quota crescente di stranieri privi di permesso di soggiorno che, a causa del loro stato irregolare, non possono beneficiare delle prestazioni erogate dal SSN, tranne che in caso di emergenza. Questa consapevolezza è fondamentale se si vuole ottenere una panoramica non parziale dello stato di salute di una popolazione.

Il volontariato, tramite una rete di Enti Caritativi presenti su tutto il territorio nazionale, svolge un ruolo importante anche in campo sanitario, sopperendo alle esigenze di cura espresse dalle fasce sociali deboli ed integrandosi o sostituendosi efficacemente all'intervento pubblico qualora quest'ultimo non sia in grado di fornire una risposta adeguata. Nel loro insieme queste Organizzazioni Non Governative (ONG) sono attualmente le uniche depositarie di informazioni attendibili sul bisogno di salute della parte più svantaggiata della popolazione. Per tale motivo, proseguendo il lavoro iniziato negli scorsi anni, con la presente indagine abbiamo avviato un percorso collaborativo con ONG convenzionate col Banco Farmaceutico per valutare lo stato di salute dei pazienti esclusi dalle prestazioni del SSN, usando come indicatore indiretto il numero di Dosi Definite Giornaliere (Defined Daily Dose, DDD) di tutti i farmaci dispensati all'utenza, classificati secondo il criterio Anatomico-Terapeutico-Chimico (ATC). Questo metodo di indagine, che si sta sempre più affermando a livello internazionale anche su raccomandazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2013), è utile soprattutto per le condizioni specifiche in cui esista una corrispondenza diretta tra farmaco (o insieme di farmaci) e patologia e per i casi in cui la prescrizione non sia discrezionale, ma necessaria. I suoi principali limiti consistono nel fatto che fornisce solo dati di consumo e non permette di determinare quante persone effettivamente usino le DDD erogate per ogni determinata classe terapeutica. Nonostante questi svantaggi probabilmente il metodo di analisi ATC/DDD rappresenta l'unica possibilità per indagare lo stato di salute della popolazione vulnerabile non assistita dal SSN, poiché l'attuale sistema di rilevazione consente di quantificare esattamente i farmaci dispensati, mentre non sempre vengono registrati i dati anagrafici e le informazioni circa le patologie da cui è affetta l'utenza. Il metodo di analisi ATC/DDD, da noi già utilizzato in diversi studi di valutazione dello stato di salute della popolazione italiana e straniera esclusa dalle prestazioni del SSN (Bini et al 2016 a, b e c; Fiorini et al 2016) è stato scelto anche in base alla consapevolezza dei limiti insiti in tutti gli altri indicatori epidemiologici, come discusso in un precedente rapporto (Cella et al 2014).

### **Dati analizzati**

Abbiamo analizzato i flussi informatizzati di dispensazione dei farmaci relativi all'intero anno solare 2015 desunti dal database di Enti Caritativi convenzionati col Banco Farmaceutico. Tali dati erano costituiti dal codice identificativo anonimizzato del paziente (comprendente età, sesso e area geografica di provenienza), la codifica ATC dei medicinali dispensati ed il numero di confezioni distribuite.

### **Analisi dei dati**

Per l'analisi dei dati abbiamo suddiviso i farmaci dispensati secondo il codice ATC e calcolato la quantità erogata mediante l'indicatore rappresentato dalla DDD.

- **CLASSIFICAZIONE ATC.** Questo metodo tassonomico, ampiamente consolidato e diffuso a livello internazionale dal WHO (2013) si basa sull'analisi dei farmaci classificati in base agli organi o apparati su cui agiscono ed alle loro proprietà terapeutiche, farmacologiche e chimiche. La tassonomia è articolata in cinque livelli gerarchici: 14 gruppi anatomici principali (I livello), ciascuno dei quali è suddiviso in gruppi terapeutici (II livello). I livelli III e IV rappresentano sottogruppi farmacologici e chimici e al V e ultimo livello corrispondono i singoli principi attivi. Usando questo metodo classificativo, per ogni principio attivo si ottiene un codice alfanumerico che identifica solo ed esclusivamente quel farmaco, rappresentandone una sorta di "impronta digitale". Ciò consente di uniformare ed armonizzare i diversi metodi classificativi ancora in uso nei diversi Paesi.
- **DOSE DEFINITA GIORNALIERA (DEFINED DAILY DOSE, DDD).** La DDD è una 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 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 del WHO per le Statistiche sui Farmaci di Oslo e rappresentano una unità di misura ormai universalmente accettata come riferimento. 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 giornate di terapia distribuite giornalmente ogni 1000 persone appartenenti ad una determinata popolazione. Nel nostro caso la popolazione di riferimento era rappresentata da tutti gli utenti che nel 2015 hanno ricevuto almeno una dispensazione di farmaci da parte degli Enti Caritativi selezionati. I principali limiti di questa metodologia risiedono nella natura stessa della DDD, cioè nel fatto che 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 del numero di pazienti trattati; b) non è possibile conoscere il numero di soggetti diversi che ricevono il farmaco, bensì solo il numero di giornate di terapia dispensate; c) nel caso di prescrizioni di più farmaci ad un medesimo paziente gli individui esposti risultano tanti quanti sono i farmaci prescritti; d) un possibile fattore confondente è rappresentato dall'eventuale carenza di farmaci necessari in determinati periodi o aree. Poiché attualmente la DDD dei principi attivi usati in età pediatrica non è stata definita, i consumi di farmaci nei bambini inclusi nella presente indagine stati analizzati usando come unità di misura il numero di confezioni dispensate.

### **Disegno dello studio**

Abbiamo eseguito uno studio osservazionale retrospettivo utilizzando i dati di dispensazione dei farmaci come indicatore indiretto del bisogno di salute di un ampio campione di pazienti che nel 2015 ha cercato aiuto sanitario presso gli Enti Caritativi convenzionati col Banco Farmaceutico. In particolare, abbiamo focalizzato la nostra attenzione sui bambini figli di migranti privi di permesso di soggiorno, sugli stranieri irregolari portatori di malattie croniche e sui soggetti affetti da disagio psichico.

#### 4.1 | LA DISPENSAZIONE DI FARMACI COME INDICATORE DI MALATTIA NEI BAMBINI FIGLI DI IMMIGRATI IRREGOLARI

In Italia, come in altri Paesi europei, la composizione della popolazione immigrata sta rapidamente mutando a causa del moltiplicarsi delle aree di crisi a livello mondiale. Oltre ai cosiddetti migranti economici, generalmente giovani e in buona salute (Pfarrwaller & Suris 2012), è infatti in costante aumento il numero di profughi in fuga da guerre, persecuzioni religiose o politiche, povertà estrema o altre fonti di pericolo. Spesso si tratta di interi nuclei familiari che si spostano con i loro bambini. I bambini sono la componente più fragile di questa popolazione di per sé estremamente vulnerabile (Gilgen et al 2005; Khoo 2010), essendo esposti in misura maggiore degli adulti ai determinanti di malattia, specialmente in condizioni di vita precarie come quelle incontrate nel Paese di arrivo (Razum 2008). Conoscere il loro bisogno di salute è fondamentale per poter intraprendere azioni preventive, poiché è stato dimostrato che povertà e malattie sperimentate nell'infanzia predispongono allo sviluppo di malattie croniche in età adulta (Britten et al 1987; Danese et al 2009).

In Italia i figli dei migranti irregolari, sebbene non possano essere registrati presso un Pediatra di libera scelta o un Medico di Medicina Generale, hanno diritto a molte forme di assistenza sanitaria e possono ricevere cure presso tutte le strutture sanitarie pubbliche. Tuttavia i loro genitori, per paura di essere identificati, per una scarsa conoscenza delle procedure o a causa di barriere linguistiche e culturali, spesso non cercano aiuto tranne che nei casi di emergenza e pertanto i dati relativi alla salute dei loro figli sono scarsi o incompleti. Per cercare di colmare tale deficit di conoscenza, abbiamo analizzato i dati di dispensazione dei farmaci relativi ad un ampio campione di bambini figli di migranti irregolari assistiti da Enti Caritativi convenzionati col Banco Farmaceutico. La nostra casistica era costituita da minori stratificati in base al sesso, all'area geografica di provenienza (Africa del Nord, Africa Sub-Sahariana, America Latina, Europa dell'Est e Asia Centrale e Meridionale) ed alla fascia di età (0-5 anni, 6-11 anni e 12-14 anni).

In Tabella 4.1 sono riportate le caratteristiche demografiche del campione analizzato. Si tratta di un gruppo di 628 bambini composto prevalentemente da Africani del Nord (48,4%), seguiti in ordine decrescente di numerosità dai Latino-Americani (24,5%) e dagli Est-Europei (esclusi i paesi dell'Unione Europea) (19,0%). Gli Asiatici ed i nativi dell'Africa Sub-Sahariana erano scarsamente rappresentati (rispettivamente 5,1 e 3,0%) ed i Medio-Orientali addirittura assenti. Non si tratta di un dato sorprendente, poiché i rifugiati del Medio-Oriente generalmente non rimangono in Italia, bensì cercano di raggiungere i Paesi del Nord Europa; i migranti dall'Africa Sub-Sahariana sono rappresentati soprattutto da single senza figli e gli Asiatici sono spesso ben integrati e fruiscono delle prestazioni erogate dal SSN. La popolazione studiata risultava uniformemente distribuita nei tre intervalli di età, sebbene fosse presente qualche differenza tra le varie etnie: ad esempio, tra gli Africani del Nord la fascia più rappresentata era quella di 0-5 anni, tra gli Est Europei erano più numerosi i bambini di età compresa tra 6 e 11 anni e tra i nativi dall'Africa Sub-Sahariana quelli di 12-14 anni. Non abbiamo riscontrato differenze significative di genere tra le varie etnie e poiché il sesso non è risultato correlato ad alcun outcome dello studio, non è stato considerato come una variabile indipendente.

**TABELLA 4.1.**  
**CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE DI POPOLAZIONE STUDIATO**

AREA GEOGRAFICA DI PROVENIENZA	ETA' (anni)			TOTALE
	0-5	6-11	12-14	
<b>Africa del Nord</b>	128	119	75	322
<b>America Centrale e Meridionale</b>	41	60	62	163
<b>Europa dell'Est</b>	19	38	35	92
<b>Asia Centrale e Meridionale</b>	11	8	13	32
<b>Africa Sub-Sahariana</b>	6	5	8	19
<b>Totale</b>	205	230	193	628

Fonte: Bini S et al: Pharmacoepidemiological data from drug dispensing charities as a measure of health patterns in a population not assisted by the Italian National Health Service, J Public Health Res. 2016 Aug 19;5(2):623

PARTE SECONDA  
**DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE**

La Tabella 4.2 riporta le quindici classi terapeutiche maggiormente erogate, che coprivano oltre il 90% delle 1.220 dispensazioni registrate durante il periodo in studio. I restanti gruppi terapeutici non sono stati considerati poiché di uso solo occasionale. I farmaci più frequentemente prescritti erano quelli per la terapia delle affezioni respiratorie (73,0%); al secondo posto c'erano le formulazioni per uso oftalmico e dermatologico (11,7%) ed in terza posizione i farmaci attivi sull'apparato gastro-intestinale (7,7%).

**TABELLA 4.2.**  
**CLASSI TERAPEUTICHE PIÙ FREQUENTEMENTE PRESCRITTE**

SOTTOGRUPPI TERAPEUTICI ATC	PRESCRIZIONI	
	N. CONFEZIONI	%
<b>Farmaci per l'apparato respiratorio</b>		
<b>N02 - Analgesici antipiretici</b>	265	21,7
<b>J01 - Antibatterici per uso sistemico</b>	143	11,7
<b>M01 - Anti-infiammatori ed anti-reumatici</b>	123	10,1
<b>R05 - Antitussigeni e preparati per le malattie da raffreddamento</b>	80	6,6
<b>R03 - Farmaci per le malattie ostruttive delle vie aeree</b>	73	6,0
<b>R06 - Anti-istaminici per uso sistemico</b>	47	3,9
<b>R01 - Decongestionanti nasali</b>	36	3,0
<b>TOTALE</b>	<b>767</b>	<b>73,0</b>
<b>Farmaci dermatologici ed oftalmici</b>		
<b>D07 - Corticosteroidi per uso topico</b>	40	3,3
<b>D06 - Antibiotici e chemioterapici per uso dermatologico</b>	34	2,8
<b>D01 - Antimicotici per uso dermatologico</b>	25	2,0
<b>S01 - Preparati oftalmici</b>	44	3,6
<b>TOTALE</b>	<b>143</b>	<b>11,7</b>
<b>Farmaci per le malattie dell'apparato gastro-enterico</b>		
<b>A02 - Antiacidi</b>	25	2,0
<b>A03 - Farmaci per disturbi funzionali dell'apparato gastro-enterico</b>	17	1,4
<b>A01 - Preparati stomatologici</b>	16	1,3
<b>A11 - Vitamine</b>	36	3,0
<b>TOTALE</b>	<b>94</b>	<b>7,7</b>

Fonte: Bini S et al: Pharmacoepidemiological data from drug dispensing charities as a measure of health patterns in a population not assisted by the Italian National Health Service, J Public Health Res. 2016 Aug 19;5(2):623

I farmaci respiratori erano più frequentemente prescritti ai bambini di 0-5 e 5-11 anni, mentre quelli attivi sull'apparato gastro-enterico nella fascia di età di 12-14 anni. Non sono emerse differenze correlate all'età nella prescrizione dei farmaci dermatologici (Tabella 4.3).

PARTE SECONDA  
**DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE**

**TABELLA 4.3.**  
**CLASSI TERAPEUTICHE PIÙ FREQUENTEMENTE PRESCRITTE IN BASE ALL'ETÀ**  
**(I DATI SONO ESPRESSI COME PERCENTUALE DI TUTTI I FARMACI DISPENSATI ALL'INTERNO DI OGNI FASCIA DI ETÀ)**

SOTTOGRUPPI TERAPEUTICI	0-5 ANNI	6-11 ANNI	12-14 ANNI
<b>Farmaci per l'apparato respiratorio</b>			
<b>N02 - Analgesici antipiretici</b>	30,0	20,1	11,9
<b>J01 - Antibatterici per uso sistemico</b>	9,1	12,7	14,1
<b>M01 - Anti-infiammatori ed anti-reumatici</b>	9,3	9,0	12,5
<b>R05 - Antitussigeni e preparati per le malattie da raffreddamento</b>	6,5	8,8	3,7
<b>R03 - Farmaci per le malattie ostruttive delle vie aeree</b>	7,8	7,4	1,5
<b>R06 - Anti-istaminici per uso sistemico</b>	3,0	5,1	3,4
<b>R01 - Decongestionanti nasali</b>	2,4	3,7	2,8

Fonte: Bini S et al: Pharmacoepidemiological data from drug dispensing charities as a measure of health patterns in a population not assisted by the Italian National Health Service, J Public Health Res. 2016 Aug 19;5(2):623

I composti attivi sull'apparato respiratorio erano comunemente prescritti ai bambini di tutte le etnie, sebbene con una frequenza lievemente superiore tra i Nordafricani; i prodotti dermatologici erano di uso più frequente tra gli Est Europei e quelli gastro-enterici tra i Latino Americani. I dati relativi agli Asiatici ed agli Africani Sub-Sahariani non sono stati analizzati a causa della loro scarsa numerosità (Tabella 4.4).

**TABELLA 4.4.**  
**CLASSI TERAPEUTICHE PIÙ FREQUENTEMENTE PRESCRITTE IN BASE ALL'ETNIA**  
**(I DATI SONO ESPRESSI COME PERCENTUALE DI TUTTI I FARMACI DISPENSATI ALL'INTERNO DI OGNI GRUPPO ETNICO).**

SOTTOGRUPPI TERAPEUTICI	NORD AFRICA	AMERICA LATINA	EST EUROPA
<b>Farmaci per l'apparato respiratorio</b>			
<b>N02 - Analgesici antipiretici</b>	29,3	15,2	9,6
<b>J01 - Antibatterici per uso sistemico</b>	11,4	12,2	17,4
<b>M01 - Anti-infiammatori ed anti-reumatici</b>	13,4	4,6	7,8
<b>R05 - Antitussigeni e preparati per le malattie da raffreddamento</b>	8,2	4,2	5,4
<b>R03 - Farmaci per le malattie ostruttive delle vie aeree</b>	7,6	6,8	1,8
<b>R06 - Anti-istaminici per uso sistemico</b>	3,9	6,8	1,8
<b>R01 - Decongestionanti nasali</b>	3,3	4,6	0,6
<b>TOTALE</b>	<b>77,1</b>	<b>54,4</b>	<b>44,4</b>
<b>Farmaci dermatologici ed oftalmici</b>			
<b>D07 - Corticosteroidi per uso topico</b>	2,3	4,2	6,6
<b>D06 - Antibiotici e chemioterapici per uso dermatologico</b>	2,2	4,6	3,0
<b>D01 - Antimicotici per uso dermatologico</b>	1,9	1,3	4,8
<b>S01 - Preparati oftalmici</b>	3,9	3,4	4,8
<b>TOTALE</b>	<b>10,3</b>	<b>13,5</b>	<b>19,2</b>

PARTE SECONDA  
**DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE**

Farmaci per l'apparato gastro-enterico			
A02 - Antiacidi	1,5	5,5	1,2
A03 - Farmaci per disturbi funzionali dell'apparato gastro-enterico	1,3	2,1	0,6
A01 - Preparati stomatologici	1,2	1,7	1,2
A11 - Vitamine	2,6	3,8	4,8
<b>TOTALE</b>	<b>6,6</b>	<b>13,1</b>	<b>7,8</b>

Fonte: Bini S et al: Pharmacoepidemiological data from drug dispensing charities as a measure of health patterns in a population not assisted by the Italian National Health Service, J Public Health Res. 2016 Aug 19;5(2):623

I principi attivi più frequentemente dispensati sono riportati nella Tabella 4.5.

**TABELLA 4.5.**  
**ELENCO DEI PRINCIPI ATTIVI PIÙ FREQUENTEMENTE DISPENSATI**  
**SUDDIVISI PER CLASSE TERAPEUTICA ATC**

CLASSE TERAPEUTICA	PRINCIPI ATTIVI
<b>Farmaci per l'apparato respiratorio</b>	
N02 - Analgesici antipiretici	Paracetamolo; acido acetilsalicilico; oxolamina+propifenazone
J01 - Antibatterici per uso sistemico	Amoxicillina clavulanato; amoxicillina; cefpodoxime
M01 - Anti-infiammatori ed anti-reumatici	Ibuprofene; ketoprofene; nimesulide
R05 - Antitussigeni e preparati per le malattie da raffreddamento	Ambroxolo; carbocisteina; levodropropizina; acetilcisteina; cloperastina
R03 - Farmaci per le malattie ostruttive delle vie aeree	Beclometasone; albuterolo; Budesonide
R06 - Anti-istaminici per uso sistemico	Cetirizina; oxatomide; levocetirizina
R01 - Decongestionanti nasali	Argento proteinato; budesonide; acetilcisteina+tuaminoeptano
<b>Farmaci dermatologici ed oftalmici</b>	
D07 - Corticosteroidi per uso topico	Gentamicina+Betametasona; idrocortisone; fluprednidene+miconazolo
D06 - Antibiotici e chemioterapici per uso dermatologico	Gentamicina; neomicina+bacitracina; acyclovir
D0 - Antimicotici per uso dermatologico	Clotrimazolo; bifonazolo; miconazolo; ketoconazolo
S01 - Preparati oftalmici	Tobramicina; levocabastina; tobramicin+desametazone
<b>Farmaci per l'apparato gastro-enterico</b>	
A02 - Antiacidi	Pantoprazolo; omeprazolo; lansoprazolo; rabeprazolo
A03 - Farmaci per disturbi funzionali dell'apparato gastro-enterico	Dimeticone; domperidone; metoclopramide
A01 - Preparati stomatologici	Flurbiprofene; exetidina; miconazolo
A11 - Vitamine	Complessi vitaminici+sali minerali

Fonte: Bini S et al: Pharmacoepidemiological data from drug dispensing charities as a measure of health patterns in a population not assisted by the Italian National Health Service, J Public Health Res. 2016 Aug 19;5(2):623

## 4.2 | IL PROBLEMA DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI TRA GLI IMMIGRATI PRIVI DI PERMESSO DI SOGGIORNO

Molti studi hanno avallato per decenni il cosiddetto “effetto migrante sano”, sostenendo che le persone di origine straniera godrebbero di una salute migliore di quella dei loro omologhi nativi quando giungono nel paese ospitante (Razum et al 1998; Messias & Rubio 2004). Nel corso del tempo, tuttavia, questo concetto è stato sottoposto ad una profonda revisione critica. Innanzitutto è stato osservato che questa differenza viene persa dopo alcuni anni di permanenza nel Paese di destinazione (Volodina et al 2011; Jatrana et al 2014) e, in secondo luogo, differenze significative nello stato di salute sembrano esistere già al momento dell’arrivo tra i migranti economici e quelli impossibilitati a regolarizzare la loro posizione (Diaz et al 2015). È pertanto possibile ipotizzare che anche la prevalenza delle malattie croniche tra gli stranieri privi di permesso di soggiorno sia molto elevata. Inoltre, l’irregolarità stessa dello status sociale e le limitazioni nell’accesso alle cure potrebbero esercitare un impatto negativo sulle loro condizioni di salute, esacerbando le malattie di cui già originariamente soffrono (Kuehene et al 2015). Si tratta di problematiche difficili da indagare perché, come discusso nei paragrafi precedenti, per queste persone i dati desumibili dai registri pubblici sono molto limitati. Ciò si riflette anche sulla letteratura scientifica esistente che, oltre ad essere molto scarsa, fino ad ora ha riguardato solo casistiche estremamente esigue. Per tale motivo abbiamo cercato di ottenere un quadro dello stato di salute di un ampio campione di stranieri irregolari, analizzando le terapie loro prescritte nel corso di un intero anno presso Enti Caritativi convenzionati col Banco Farmaceutico. In primo luogo abbiamo cercato di ottenere una misura indiretta di prevalenza delle malattie croniche non trasmissibili di cui soffrono; secondariamente abbiamo cercato di comprendere se esistano differenze tra i vari gruppi etnici di pazienti.

In Tabella 4.2.1 sono illustrate le caratteristiche demografiche del campione studiato, che comprendeva 8.438 pazienti (4.902 maschi e 3.536 femmine) con un’età media di 39,5 anni (intervallo: 18-70 anni). Essi sono stati stratificati per sesso ed età, dal momento che entrambi questi elementi potrebbero rappresentare fattori di confondimento influenzando l’uso dei farmaci. Sono stati inoltre suddivisi in base all’etnia, individuando cinque gruppi principali, provenienti da altrettante macro aree geografiche: Europa dell’Est (esclusi i paesi dell’Unione europea), America Latina, Africa Sub-Sahariana, Nord Africa e Asia Centrale e Meridionale. La nostra casistica non comprendeva Mediorientali, poiché i profughi della Siria e dei paesi limitrofi in genere si limitano ad attraversare il nostro territorio diretti verso il Nord Europa.

I dati analizzati comprendevano le quantità di farmaci dispensati suddivisi per categorie ATC ed espressi in termini di DDD/1000 pazienti/die. Inoltre, i farmaci sono stati divisi in tre gruppi: A) quelli usati per trattare le malattie croniche (ad esempio diabete mellito ed ipertensione), B) quelli per la cura delle malattie acute (ad esempio antibiotici) e C) quelli normalmente usati in entrambe le condizioni (ad esempio anti-infiammatori e diuretici).

**TABELLA 4.2.1.**  
**CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE STUDIATO**

ORIGINE GEOGRAFICA	N.	Maschi	Femmine	Età media (anni)
EST EUROPA	1.730	679	1.051	42,9
NORD AFRICA	2.470	1.806	664	38,2
AFRICA SUB-SAHARIANA	976	706	270	37,1
ASIA CENTRALE E MERIDIONALE	1.104	838	266	37,8
AMERICA LATINA	2.158	811	1.347	40,2
<b>Totale</b>	<b>8.438</b>	<b>4.902</b>	<b>3.536</b>	<b>39,5</b>

Fonte: Fiorini G et al: The burden of chronic noncommunicable diseases in undocumented migrants: a 1-year survey of drugs dispensation by a non-governmental organization in Italy, Public Health 2016 141; 26-31

PARTE SECONDA  
**DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE**

Considerando l'intero campione emerge che i farmaci utilizzati nella terapia delle malattie croniche erano maggiormente prescritti rispetto a quelli per le malattie acute (154,2 vs 51,3 DDD/1000 pazienti/die) ed a quelli usati in entrambe le condizioni (57,9 DDD/1000 pazienti/die). Questa differenza è rimasta significativa anche dopo correzione per età e sesso ed era presente in tutti i cinque gruppi etnici (Tabella 4.2.2). La stessa tabella mostra che gli Europei Orientali e gli Asiatici necessitavano di una quantità maggiore di terapie croniche rispetto ai Sudamericani, agli Africani del Sub-Sahara ed ai Nordafricani. Non abbiamo invece rilevato alcuna differenza tra le varie etnie nella prescrizione di farmaci usati per trattare le malattie acute e di quelli usati in entrambe le condizioni.

**TABELLA 4.2.2.**  
**FARMACI PRESCRITTI AI DIVERSI GRUPPI ETNICI SUDDIVISI IN BASE ALLE LORO INDICAZIONI**  
**PER LE MALATTIE ACUTE (CLASSE A), PER LE MALATTIE CRONICHE (CLASSE C) E PER ENTRAMBE LE CONDIZIONI (CLASSE B).**  
**I DATI SONO ESPRESSI IN DDD/1000 PAZIENTI/DIE**

CLASSI DI FARMACI	EST EUROPA	AMERICA LATINA	AFRICA SUB SAHARIANA	NORD AFRICA	ASIA	TOTALE	MEDIA
(A) Farmaci per le malattie acute	43,7	46,1	51,2	53,5	61,8	256,4	51,3
(B) Farmaci per le malattie acute e croniche	66,0	56,5	49,7	63,4	53,9	289,5	57,9
(C) Farmaci per le malattie croniche	232,4	140,3	103,1	102,4	192,6	770,8	154,2

Fonte: Fiorini G et al: The burden of chronic noncommunicable diseases in undocumented migrants: a 1-year survey of drugs dispensation by a non-governmental organization in Italy, Public Health 2016 141; 26-31

In Tabella 4.2.3 sono riportate le cinque categorie ATC maggiormente prescritte, tutte utilizzate in condizioni croniche, che nel loro insieme rappresentavano il 60% dell'intero carico prescrittivo. Tra i diversi gruppi etnici erano evidenzabili differenze significative: tra gli Asiatici e gli Europei Orientali era maggiore la necessità di farmaci anti-ipertensivi (categorie ATC C08 e C09); gli antidiabetici (categoria ATC A10) erano più spesso dispensati agli Asiatici, mentre i composti modificanti i lipidi (categoria ATC C10) e quelli anti-trombotici (categoria ATC B01) erano prescritti soprattutto agli Europei dell'Est.

**TABELLA 4.2.3.**  
**DISTRIBUZIONE DELLE CINQUE CLASSI ATC MAGGIORMENTE PRESCRITTE (60% DEL TOTALE)**  
**AI DIVERSI GRUPPI ETNICI. I DATI SONO ESPRESSI COME DDD/1000 PAZIENTI/DIE**

CLASSE ATC	EST EUROPA	AMERICA LATINA	AFRICA SUB-SAHARIANA	NORD AFRICA	ASIA
C09: sostanze attive sul sistema renina-angiotensina	67,3	39,4	36,7	13,1	52,8
A10: anti-diabetici	24,5	29,1	13,3	29,1	43,2
C08: calcio-antagonisti	21,9	14,9	11,2	7,5	22,8
C10: sostanze modificatrici dei lipidi	22,6	9,6	2,8	6,5	14,1
B01: anti-trombotici	20,5	5,9	4,7	5,7	9,3

Fonte: Fiorini G et al: The burden of chronic noncommunicable diseases in undocumented migrants: a 1-year survey of drugs dispensation by a non-governmental organization in Italy, Public Health 2016 141; 26-31

La prima classe di farmaci usati per trattare sia le malattie acute che quelle croniche era presente in sesta posizione. Si trattava dei composti appartenenti alla categoria C03 (diuretici) e, anche in questo caso, erano rilevanti importanti differenze nella loro dispensazione ai diversi gruppi etnici (Est Europei: 13,6; Nordafricani: 11,1; Asiatici: 2,1; Sub-Sahariani: 1,9; Latino Americani: 1,7 DDD/1000 pazienti/die). Le vitamine (categoria ATC A11) erano al settimo posto nella classifica, con un picco di consumo da parte dei Latino Americani (12,0 DDD/1000 pazienti/die). I rimanenti gruppi ATC erano troppo esigui per consentire un'analisi statistica affidabile.

Nel valutare criticamente questi dati è necessario considerare che la popolazione da noi studiata è in parte selezionata, in quanto costituita da immigrati irregolari che hanno volontariamente cercato aiuto presso gli Enti Caritativi, mentre non conosciamo la percentuale di soggetti comparabili che, pur malati, si sono comportati in modo diverso. Anche tenendo conto di questa considerazione, tuttavia, è possibile affermare che le malattie croniche non trasmissibili rappresentano un problema serio tra gli stranieri privi di permesso di soggiorno. Tra queste l'ipertensione esercita un ruolo importante, soprattutto tra i soggetti provenienti dall'Asia e dall'Europa Orientale, mentre i dati sulla sua prevalenza sono meno chiari per quanto riguarda gli Africani (tra i quali, tuttavia, è molto elevata la prescrizione dei diuretici). Anche le malattie endocrino-metaboliche rappresentano un importante fattore di rischio cardiovascolare e la prevalenza d'uso dei farmaci antidiabetici è risultata molto elevata nella nostra popolazione, con un picco evidente per gli immigrati provenienti dall'Asia. Questi risultati concordano con l'osservazione che una maggiore incidenza del diabete e delle sue complicanze è riscontrabile in alcune minoranze etniche e, più in generale, in condizioni di disagio socio-economico (Testa et al 2015). Nel loro insieme i nostri dati suggeriscono che le malattie cardiovascolari croniche e quelle endocrino-metaboliche rappresentano una parte importante dei problemi di salute degli immigrati privi di permesso di soggiorno.

In generale, il problema della gestione delle malattie croniche tra gli stranieri irregolari necessiterebbe di una maggiore attenzione sociale, soprattutto perché riguarda una popolazione estremamente fragile che, pur condividendo le stesse difficoltà della popolazione nativa economicamente svantaggiata, generalmente riceve uno scarso - o nullo - sostegno terapeutico, se non da parte degli Enti Caritativi. L'approccio dovrebbe essere anche di tipo educativo considerando che i comportamenti non salutari, annoverabili tra i principali fattori responsabili di queste malattie e già difficili da modificare nella popolazione nativa, sono ancora più difficili da individuare ed eradicare in questi soggetti. In caso contrario è facile prevedere che con il passare del tempo le malattie croniche degli immigrati irregolari contribuiranno sempre più ad aumentare il peso sanitario ed economico in molti Paesi dell'Unione Europea.

### **4.3 | RISULTATI PRELIMINARI DI UNA INDAGINE SUL DISAGIO PSICHICO NELLA POPOLAZIONE NON ASSISTITA DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

La migrazione è un radicale processo di cambiamento sociale in cui l'individuo per diversi motivi (desiderio di miglioramento economico o di istruzione, fuga da sconvolgimenti politici o da persecuzioni, ecc.), lascia il proprio Paese per un soggiorno prolungato o per un insediamento definitivo in un'altra area geografica. Diversi studi di popolazione hanno riscontrato una elevata prevalenza di disagio psichico tra gli immigrati di prima e di seconda generazione, ipotizzando un legame tra migrazione e rischio di sviluppare malattie mentali. I meccanismi alla base di questa associazione rimangono poco chiari. Un ruolo in tal senso potrebbe essere esercitato da un processo di auto-selezione: secondo questa ipotesi, formulata molti anni orsono e mai suffragata da riscontri certi, coloro che sono predisposti a malattie mentali avrebbero maggiori probabilità di migrare (Ødegaard, 1935). Una seconda possibilità è che la migrazione in sé rappresenti una fonte di stress che, in individui vulnerabili, può condurre alla morbilità psicologica (Bhugra, 2004). Anche gli aspetti del nuovo contesto sociale percepiti negativamente e giudicati inaccettabili in base ai propri riferimenti religiosi e culturali potrebbero fornire un importante contributo allo sviluppo di disagio psichico (Bhugra, 2004). Infine, un altro fattore che non può essere trascurato è la povertà accompagnata da isolamento sociale: una recente meta-analisi ha infatti dimostrato che il disagio psichico colpisce in misura molto maggiore le persone disoccupate rispetto a quelle che hanno un lavoro (Paul & Moser, 2009). È molto difficile stimare il contributo relativo di questi diversi fattori, anche perché la letteratura scientifi-

PARTE SECONDA  
**DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE**

ca sull'argomento è scarsa e lacunosa per quanto riguarda gli stranieri irregolari e più in generale per i poveri esposti agli effetti di una perdurante crisi economica. Per tale motivo abbiamo avviato una indagine preliminare in un ampio gruppo di soggetti assistiti da Enti Caritativi convenzionati col Banco Farmaceutico, con lo scopo di determinare le proporzioni dei pazienti che nell'arco del 2015 hanno ricevuto prescrizioni di farmaci psicotropi appartenenti a tre classi terapeutiche principali: A) gli stabilizzatori dell'umore e gli antipsicotici (classe ATC N05A); B) gli ansiolitico-ipnotici (classi ATC N05B e N05C); C) gli antidepressivi di qualunque natura (classe ATC N06A). Non sono stati considerati gli anticonvulsivanti, spesso utilizzati in virtù della loro provata o presunta capacità di agire come stabilizzatori dell'umore, poiché il nostro metodo di analisi non consente di definire con certezza il loro uso in campo neurologico o psichiatrico. I pazienti, suddivisi per sesso, sono stati assegnati ad uno di questi tre gruppi sulla base del primo farmaco loro prescritto durante il periodo di osservazione. Le quantità di medicinali sono state calcolate in base al numero di DDD/1000 pazienti/die dispensate durante il periodo di osservazione.

La Tabella 4.3.1 illustra le principali caratteristiche demografiche della popolazione studiata. Essa era composta da 8.987 soggetti (5.207 maschi e 3.780 femmine) appartenenti a sei gruppi etnici (Italiani, Est Europei esclusi i paesi dell'Unione europea, Nord Africani, Africani Sub-Sahariani, Latino Americani ed Asiatici), la cui età media era di 45,2 anni.

**TABELLA 4.3.1.**  
**CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO**

AREA GEOGRAFICA DI PROVENIENZA	N.		Età media (anni)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Italia	367	182	49,45	40,2
Est Europa	679	1.051	49,7	49,8
Nord Africa	1.806	664	42,3	39,5
Africa Sub-Sahariana	706	270	40,8	44,5
America Latina	811	1.347	45,7	46,7
Asia	838	266	41,2	47,3
<b>TOTALE</b>	<b>8.987</b>		<b>45,2</b>	

Nota: Dati preliminari non ancora pubblicati

I dati di cui attualmente disponiamo, riportati in Tabella 4.3.2, indicano che la prescrizione di farmaci ansiolitico/ipnotici e antipsicotici riguardava soprattutto i maschi, mentre gli antidepressivi erano prescritti principalmente alle donne.

**TABELLA 4.3.2.**  
**PERCENTUALI DI PAZIENTI CHE NECESSITANO DI FARMACI PSICOTROPI**

FARMACI (classe ATC)	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Ansiolitico/ipnotici (N05B+N05C)	12,1	7,6	9,5
Antidepressivi (N06A)	7,9	10,1	10,1
Neurolettici/antipsicotici (N05A)	6,6	2,5	4,2

Nota: Dati preliminari non ancora pubblicati

Il picco prescrittivo di tutte le classi terapeutiche analizzate era riscontrabile tra gli Italiani. Gli ansiolitico/ipnotici erano molto frequentemente dispensati anche agli Est Europei ed agli Africani Sub-Sahariani; i neurolettici/antipsicotici erano di frequente uso tra gli Africani Sub-Sahariani ed i Latino-Americani; gli antidepressivi erano molto prescritti agli Est Europei ed ai Latino Americani (dati non illustrati).

Trattandosi un'indagine preliminare e tutt'ora in corso, i nostri risultati non sono di facile interpretazione. Un dato, tuttavia, emerge in modo inequivocabile: nella popolazione non assistita dal SSN il disagio psichico è sperimentato da un numero elevato di persone e rappresenta un problema rilevante il cui affronto è ormai indifferibile. L'osservazione dell'elevato carico prescrittivo di farmaci psicotropi tra gli Italiani poveri suggerisce l'ipotesi che i problemi economici e sociali esercitino un ruolo rilevante nella genesi di questi disturbi e che anche gli stranieri presenti sul nostro territorio, condividendo le stesse difficoltà dei nativi poveri, potrebbero risentirne in misura cospicua. Tuttavia, la disomogeneità nella prevalenza d'uso di questi composti riscontrata tra i vari gruppi etnici non consente di escludere la presenza di una diversa epidemiologia. È necessario cercare possibili differenze tra la popolazione nativa e quella straniera (e all'interno di quest'ultima tra i migranti economici ed i rifugiati). Deve infine essere osservato che anche in questo caso la nostra indagine ha riguardato un campione altamente selezionato per l'elevata fragilità sociale, per l'impossibilità o l'incapacità di ottenere una adeguata assistenza sanitaria pubblica e per la volontarietà della richiesta di aiuto agli Enti Caritativi. Pertanto queste osservazioni devono essere interpretate con cautela e necessitano di ulteriori approfondimenti prima di poter estrapolare conclusioni definitive.

#### **4.4 | CONCLUSIONI**

Il bisogno di salute delle fasce sociali più fragili presenta caratteri di urgenza e necessita di risposte efficaci non solo per motivi umanitari, ma anche perché prima o poi eserciterà un impatto significativo sul Servizio Sanitario di molti Paesi dell'Unione Europea, rappresentando un crescente onere per i contribuenti in un periodo in cui tutte le Nazioni sono già di fronte a molte difficili sfide. In questo quadro di grande complessità emerge sempre più l'importanza dell'intervento degli Enti Caritativi nel supplire alle carenze assistenziali del settore pubblico. Sulla base delle nostre osservazioni è evidente che una notevole quantità di lavoro deve essere svolta in un tempo molto limitato e pertanto ogni ulteriore informazione in questo settore della conoscenza è estremamente utile. Pur con tutti i limiti, questo studio rappresenta a nostro avviso un importante tentativo preliminare di valutazione dello stato di salute della popolazione più emarginata e conferma che l'analisi dei farmaci dispensati può fornire le basi per pianificare interventi mirati.

**(\*)**

*Silvano G. Cella* | Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano

con la collaborazione di:

*Silvia Bini* | ODF Banco Farmaceutico

*Cesare Cerri* | Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano Bicocca

*Gianfrancesco Fiorini* | Istituti Clinici Zucchi, Carate

*Nicoletta Marazzi* | IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Milano e Verbania

*Stefano Perlini* | Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi di Pavia

*Antonello E. Rigamonti* | Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano

*Alessandro Sartorio* | IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Milano e Verbania

## 4.5 | BIBLIOGRAFIA

- 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, Hanoa 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
- Bhugra D: *Migration, distress and cultural identity*. "British Medical Bulletin" 2004; 69:129-141
- Bickers DR, Lim HW, Margolis D, Weinstock MA, Goodman C, Faulkner E, Gould C, Gemmen E, Dall T: *The burden of skin diseases: 2004 a joint project of the American Academy of Dermatology Association and the Society for Investigative Dermatology*. "J Am Acad Dermatol" 2006; 55:490-500
- Bini S, Rigamonti AE, Fiorini F, Bertazzi PA, Fiorini G, Cella SG: *Health needs assessment in patients assisted by a pharmaceutical non-profit charitable organisation: a preliminary pharmacoepidemiological survey based on the analysis of drug dispensation within Italy's Banco Farmaceutico*. "Italian Journal of Medicine" 2016a; 10:111-118
- Bini S, Cerri C, Rigamonti AE, Bertazzi PA, Fiorini G, Cella SG: *Pharmacoepidemiological data from drug dispensing charities as a measure of health patterns in a population not assisted by the Italian National Health Service*. "Journal of Public Health Research" 2016b; 5: 92-94
- Bini S, Clavenna A, Rigamonti AE, Sartorio A, Marazzi N, Fiorini G, Cella SG: *Drugs Delivery by Charities: A Possible Epidemiologic Indicator in Children of Undocumented Migrants*. "Journal of Immigrant and Minority Health" 2016c; DOI 10.1007/s10903-016-0471-6
- 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
- Brunekreef B, Dockery DW, Speizer FE, Ware JH, Spengler JD, Ferris BG: *Home Dampness and Respiratory Morbidity in Children*. American Review of Respiratory Disease 1989; 140:1363-1367
- Cella SG, Bini S, Fiorini G, Rigamonti AE, Bertazzi PA: *Il bisogno di salute nella popolazione assistita dal Banco Farmaceutico: uno studio preliminare condotto mediante l'analisi della dispensazione dei farmaci*. In: "Donare per Curare - Povertà Sanitaria e Donazione Farmaci" Report Annuale Osservatorio Donazione Farmaci del Banco Farmaceutico, 2014
- Danese A, MD, Moffitt TE, Harrington HL, Milne BJ, Polanczyk G, Pariante CM, Poulton R, Caspi A: *Adverse Childhood Experiences and Adult Risk Factors for Age-Related Disease*. Arch Pediatr Adolesc Med 2009;163:1135-1143
- Diaz E, Kumar BN, Gimenu-Feliu LA, Calderon-Larranaga A, Poblador-Pou B, Prados-Torres A: *Multimorbidity among registered immigrants in Norway: the role of reason for migration and length of stay*. Trop Med Internal Health 2015; DOI 10.1111/tmi.12615
- Fiedorek SC, Malaty HM, Evans DL, Pumphrey CL, Casteel HB, Evans DJ, Graham JrDY: *Factors Influencing the Epidemiology of Helicobacter pylori Infection in Children*. Pediatrics 1991; 88:578-583
- Fiorini G, Cerri C, Bini S, Rigamonti AE, Perlini S, Marazzi N, Sartorio A, Cella SG: *The burden of chronic noncommunicable diseases in undocumented migrants: a 1-year survey of drugs dispensation by a non-governmental organization in Italy*. Public Health 2016; 141:26-31
- Gilgen D, Maeusezahl D, Salis Gross C, Battegay E, Flubacher P, Tanner M, Weiss MG, Hatz C: *Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel*. Health & Place 2005; 11:261-273
- Goh CL, Akarapant R: *Epidemiology of skin Diseases among children in a referral skin clinic in Singapore*. Pediatric Dermatology 1994; 11:125-128
- Gregory F. Hayden, MD: *Skin Diseases Encountered in a Pediatric Clinic. A One-Year Prospective Study*. Am J Dis Child 1985;139:36-38
- Hay RJ, Fuller LC: *The assessment of dermatological needs in resource-poor Regions*. Int J Dermatol 2012; 50:552-557
- Jatrana S, Pasupuleti SSR, Richardson K: *Nativity, duration of residence and chronic health conditions: Do trends converge towards the native-born population?* Soc Sci Med 2014; 119:53-63
- Khoo SE: *Health and humanitarian migrants' economic participation*. J Immigr Minor Health 2010; 3:327-339
- Kuehene A, Huschke S, Bullinger M: *Subjective health of undocumented migrants in Germany - a mixed methods approach*. BMC Public Health 2015; DOI10.1186/s12889-01-2268-2

- Leekassa R, Bizuneh E, Alem A, Fedaku A, Shibre T: *Community diagnosis of common skin diseases in the Zay community of the Zeway Islands*. *Ethiop Med J* 2005; 43:189-195
- 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
- Messias DK, Rubio M: *Immigration and health*. *Annu Rev Nurs Res* 2004; 22:101-134
- Ödegaard O: *Emigration and insanity*. *Acta Psychiatr Neurol* 1935; Suppl 4
- Pandolfini C, Campi R, Clavenna A, Cazzato T, Bonati M: *Italian paediatricians and offlabel prescriptions: loyal to regulatory or guideline standard*. *Acta Paediatr* 2005; 94:753-757
- Paul KI, Moser H: *Unemployment impairs mental health: meta-analyses*. *Journal of Vocational Behavior* 2009; 74:264-282
- Pfarrwaller, Suris JC: *Determinants of health in recently arrived young migrants and refugees: a review of the literature*. *Italian Journal of Public Health* 2012; 9:e-7529-1-7515
- Piovani D, Clavenna A, Bonati M: *Review of Italian primary care paediatricians identifies 38 commonly prescribed drugs for children*. *Acta Paediatr* 2014; 103:e532-e537
- Principi N, Bianchini S, Baggi E, Esposito S: *No evidence for the effectiveness of systemic corticosteroids in acute pharyngitis, community-acquired pneumonia and acute otitis media*. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2013; 32:151-160
- Razum O, Zeeb H, Akgün H.S, Yilmaz S: *Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect?* *Trop. Med. Int. Health* 1998; 3: 297e303.
- Razum O: *Migrant Mortality, Healthy Migrant Effect*: In: Kirchw W, ed., *Encyclopedia of Public Health*. Springer, Berlin; 2008:933-934
- Steer AC, Jenney AW, Kado J, Batzloff MR, La Vincente S, Wagatakirewa L, Mullholland EK, Carapetis JR: *High burden of impetigo and scabies in a tropical country*. *PLoS Negl Trop Dis* 2009; 3:e467
- Testa R, Bonfigli AR, Genovese S, Ceriello A: *Focus on migrants with type 2 diabetes mellitus in European Countries*. *Intern Emerg Med* 2015. DOI 10.1007/s1 1739-015-1350-1351
- Volodina A, Bertsche T, Kostev K, Winkler V, Haefeli WE, Becher H: *Drug utilization patterns and reported health status in ethnic German migrants (Aussiedler) in Germany: a cross-sectional study*. *BMC Public Health* 2011; <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/509>
- WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology: *Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2014*. Oslo, 2013



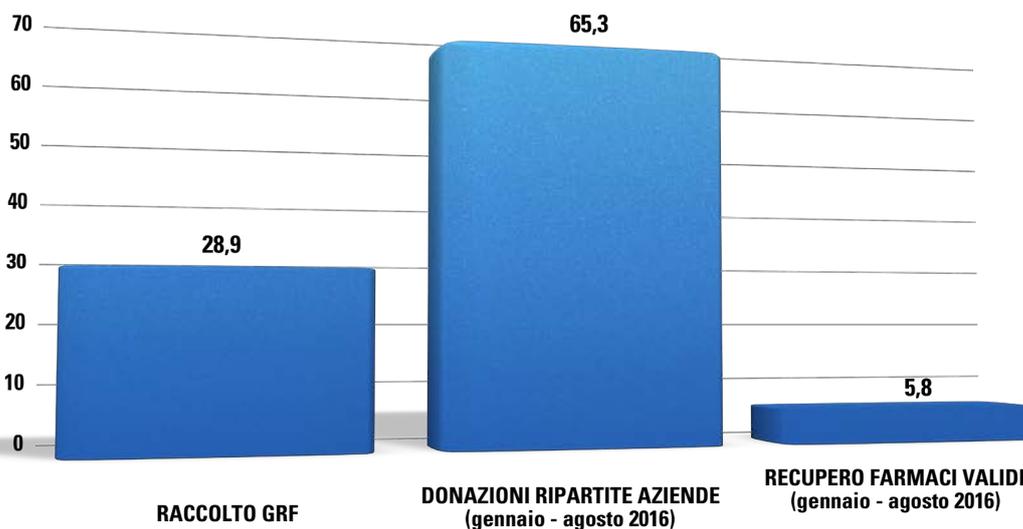
**LA FILIERA DELLA  
DONAZIONE FARMACI**

## 5. | FARMACI RACCOLTI E DISTRIBUITI: PROFILO SINTETICO

L'anno 2016 non è ancora terminato, ma è possibile tracciare il bilancio consuntivo dei farmaci raccolti durante la Giornata della Raccolta Farmaci (GRF) e un robusto bilancio provvisorio sia delle donazioni ricevute dalle aziende farmaceutiche, sia dell'iniziativa sperimentale Recupero Farmaci Validi (RFV) che evita la distruzione di migliaia di medicinali pienamente efficienti sotto il profilo terapeutico.

La GRF 2016 ha raggiunto il ragguardevole traguardo di 354 mila confezioni di farmaci da banco grazie alla collaborazione di 3681 farmacie e di decine di migliaia di cittadini-donatori, rispetto ai quali rimandiamo anche allo specifico approfondimento di ricerca previsto per questa edizione del Rapporto. Queste confezioni sono state assegnate a 1663 enti benefici, convenzionati con il Banco Farmaceutico, che hanno provveduto a distribuirle gratuitamente a 557 mila indigenti (Tab. 5.2). Un traguardo tanto più importante e lusinghiero per il fatto che è stato raggiunto in una sola giornata (il 13 febbraio 2016) nel corso della quale è stato raccolto il 29% di tutte le confezioni (1 milione e 200 mila unità) distribuite dal Banco Farmaceutico nei primi 8 mesi dell'anno (Fig. 5.1).

**FIGURA 5.1**  
**NUMERO DI CONFEZIONI DI FARMACI RACCOLTI PER CANALE (VALORI %).**  
**ITALIA, ANNO 2016**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF

L'andamento della GRF 2016 è in linea con la media dell'ultimo quadriennio e solo leggermente al di sotto (- 6000 confezioni) del miglior risultato conseguito nel 2014 (Tab. 5.1). In leggera contrazione è invece il flusso delle donazioni aziendali se lo si raffronta con il corrispondente dato stagionale del 2015 (859 mila 238 confezioni), ma è verosimile che i risultati finali si avvicinino a quelli dell'intero anno precedente che peraltro aveva segnato il picco più alto nella serie storica degli ultimi 4 anni. In sensibile aumento è invece l'andamento del progetto RFV che nei primi 8 mesi dell'anno aveva quasi raggiunto il totale dell'intero anno precedente (70.518 vs. 83.496) e continua a dare segnali incoraggianti sul piano della adesione delle farmacie e dei cittadini (si veda a questo proposito l'approfondimento nel capitolo 9). L'incremento dei quantitativi si lega in questo caso all'aumento delle farmacie che hanno aderito all'iniziativa e dunque anche all'ampliamento della platea dei cittadini potenzialmente coinvolgibili.

Se dalle singole iniziative si passa all'analisi complessiva di ciò che è affluito al Banco Farmaceutico nei primo 8 mesi del 2016 sembra ragionevole ipotizzare il raggiungimento dei risultati complessivi del 2015 che avevano registrato un incremento sensibile rispetto al 2014 e il massimo storico del quadriennio 2012-2015 (Tab. 5.1).

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**TABELLA 5.1**  
**FARMACI RACCOLTI PER CANALE. ANNI 2012-2016.**

Anno	Quantità raccolte e ripartite (N confezioni)			
	GRF	Aziende	Recupero farmaci validi	TOTALE
2012	329.769	238.002	-	567.771
2013	350.519	571.161	18.804	940.484
2014	359.889	1.027.869	53.341	1.441.099
2015	354.065	1.230.365	83.496	1.667.926
Gennaio-agosto 2016	353.850	800.156	70.518	1.224.525
Di cui destinati a enti operanti all'estero	8.772	654.369	5.974	669.115
Quota % farmaci destinati all'estero sul totale di ogni canale	2,5	81,8	8,5	54,6

Fonte: sistema di monitoraggio FBF

Il 54,6% dei farmaci raccolti nei primi 8 mesi del 2016 attraverso i vari canali (1 milione 224 mila unità) è stato distribuito all'estero dove il loro apporto è, in genere, decisivo per la mancanza di fonti alternative di approvvigionamento. La maggior parte dei farmaci inviati all'estero (669 mila unità) proviene dalle donazioni aziendali che coprono una gamma di farmaci più ampia rispetto alla GRF e alla RFV e consentono di curare patologie più complesse e gravi

Tutti i farmaci che affluiscono al Banco Farmaceutico attraverso i tre principali canali di raccolta si trasformano in un beneficio effettivo per le persone indigenti grazie all'intervento degli enti che entrano in contatto diretto con costoro, sia in Italia che all'estero. Il loro numero è, nel complesso, considerevole (1.663 unità), ma la loro distribuzione per macro ripartizioni territoriali risulta disomogenea rispetto alla popolazione residente che vive in povertà assoluta. All'origine degli enti non profit che erogano aiuti sanitari vi è certamente la sensibilità nei confronti delle persone indigenti, ma la "scintilla" che suscita la loro nascita e la loro diffusione va cercata nella intraprendenza dei fondatori e dei gestori, piuttosto che nella semplice presenza di bisogni e di risorse. Può dunque capitare che i territori che abbondano di persone indigenti scarseggino di imprenditori sociali e di opere non profit e che, viceversa, territori con un numero di persone indigenti comparativamente più ridotto abbondino (per ragioni storiche e culturali) di talenti creativi in campo caritativo e sociale.

E' con questa avvertenza che vanno letti i dati sulla distribuzione territoriale degli enti non profit convenzionati con il Banco Farmaceutico, che risultano più numerosi nel Nord-Ovest (37,2%) e nel Nord-Est (27,8%) - ove la diffusione della povertà (assoluta e relativa) è più bassa - e meno numerosi nel Centro (15,9%), nel Sud (13,6%) e nelle Isole (5,5%), ove la diffusione della povertà è più elevata<sup>4</sup> (Tab. 5.2).

4 Cfr. cap. 11.

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

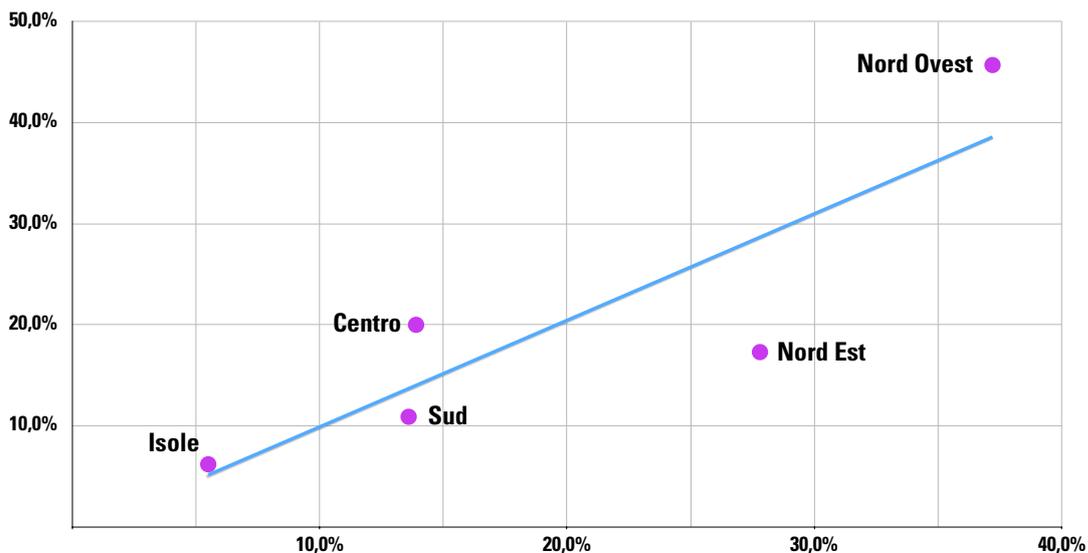
**TABELLA 5.2**  
**NUMERO DI BENEFICIARI E NUMERO DI ENTI PER RIPARTIZIONE. ANNO 2016.**

	Numero enti	Numero beneficiari	Distribuzione % enti	Distribuzione % beneficiari
<b>Nord Ovest</b>	618	254.556	37,2	45,7
<b>Nord Est</b>	462	96.166	27,8	17,3
<b>Centro</b>	265	111.539	15,9	20,0
<b>Sud</b>	226	60.540	13,6	10,9
<b>Isole</b>	92	34.450	5,5	6,2
<b>Italia</b>	1.663	557.251	100	100
<b>Di cui enti operanti all'estero</b>	29	19.368	1,7	3,5

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Il numero dei beneficiari ha raggiunto nel 2016 la cifra di 557.251 unità, con un aumento di 152 mila unità (+ 37%) rispetto al 2015, dovuto ad interventi straordinari a favore di alcuni grandi enti nazionali. La distribuzione territoriale dei beneficiari è direttamente collegato alla distribuzione degli enti assistenziali, con una correlazione diretta molto elevata in 4 ripartizioni su 5, cioè con l'eccezione del Nord-Est, ove anche il numero di beneficiari per ente è mediamente più basso che nelle altre ripartizioni<sup>5</sup>. In pratica al crescere del numero degli enti aumenta anche il numero degli indigenti assistiti (Fig. 5.2).

**FIGURA 5.2**  
**DISTRIBUZIONE % DEGLI ENTI E DEI BENEFICIARI PER RIPARTIZIONE**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

<sup>5</sup> 208 beneficiari in media per ente rispetto alla media generale di 335 beneficiari per ente.

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

Al valore sociale e sanitario del sistema di aiuti attivato dal Banco Farmaceutico corrisponde un valore economico di non minore entità quando si considerano i prezzi di mercato dei farmaci recuperati e redistribuiti gratuitamente. Sommando i dati definitivi della GRF con quelli provvisori delle donazioni aziendali e della RFV (recupero farmaci validi) si arriva a un valore di mercato dei farmaci raccolti di 9 milioni 604 mila euro, assai vicino al dato complessivo dell'anno 2014 e in linea con il valore mensile del 2015<sup>6</sup> Tab. 5.3).

**TABELLA 5.3**  
**VALORE COMPLESSIVO DEI FARMACI RACCOLTI (IN EURO).**  
**ANNI 2012-2016.**

Anno	Valore in euro del raccolto			
	GRF	Aziende	Recupero farmaci validi	TOTALE
2012	1.828.609	2.196.822	-	4.025.431
2013	2.108.094	4.685.033	240.613	7.033.740
2014	2.311.969	7.636.964	712.481	10.661.414
2015	2.263.582	10.946.379	1.056.936	14.266.897
Gennaio-agosto 2016	2.275.818	6.381.520	947.247	9.604.586
Di cui destinati a enti operanti all'estero	55.335	5.529.216	82.117	5.666.669

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

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

Rapportando questo dato provvisorio al numero di beneficiari (anch'esso provvisorio) si può dire che nei primi 8 mesi del 2016 ogni beneficiario ha ricevuto - sotto forma di bene fisico - l'equivalente di 17,23 euro.

## 6. | LE DONAZIONI AZIENDALI

Il carattere di innovazione sociale della filiera della donazione dei farmaci ha al proprio vertice le numerose aziende farmaceutiche (in tutto sono 18) che hanno deciso di incorporare nelle proprie strategie aziendali anche un atteggiamento orientato alla Corporate Social Responsibility, che trova uno sbocco naturale nel conferimento di farmaci destinati alle opere di carità. In questo senso, la Fondazione Banco Farmaceutico si pone come soggetto di interconnessione nella catena di produzione del valore sociale rappresentato dalla donazioni.

L'intensa operatività rivolta a questo rilevante canale di approvvigionamento ha per altro permesso alla FBF di accrescere in modo esponenziale i quantitativi di farmaci recuperati attraverso il canale delle donazioni aziendali. Si tratta di un fenomeno ormai robusto, come già si è avuto modo di osservare nelle precedenti edizioni di questo Rapporto: dalle 100mila confezioni donate nell'intero anno 2011 si è passati nel 2015 alle circa 100mila donazioni mensili, un dato quest'ultimo che sarà con ogni probabilità raggiunto anche al termine dell'anno 2016, se l'andamento dei primi otto mesi verrà confermato anche nel terzo quadrimestre (tab. 6.1).

<sup>6</sup> Le donazioni mensili nei primi 8 mesi del 2016 equivalgono a 916.000 euro a fronte dell'equivalente valore mensile di 1.000.276 euro nell'intero anno 2015.

PARTE TERZA

## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

**TABELLA 6.1**  
**NUMERO DI CONFEZIONI RICEVUTE (ACCETTATE E RIPARTITE) DALLE AZIENDE PER CLASSE DI FARMACO.**  
**ITALIA, ANNI 2011-2016.**

Anno	Etico classe A	Etico classe C + OTC	Integratore	Presidio	Numero di confezioni totale
2011	8.915	91.188	0	0	100.103
2012	116.325	69.374	14.994	37.309	238.002
2013	86.216	407.618	24.311	53.017	571.161
2014	56.017	727.587	71.118	173.147	1.027.869
2015	203.257	648.693	181.591	196.824	1.230.365
Gennaio-Agosto 2016	329.337	367.280	21.712	81.827	800.156

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

In costante crescita è anche il valore monetario complessivo dei farmaci donati (Tab. 6.2): dagli oltre 2 milioni di euro del 2012 si è passati ai quasi 11 milioni complessivi dello scorso anno, mentre nei primi due quadrimestri del 2016 il valore è di circa 6,3 milioni di euro. Come si può notare dall'ultima colonna in tabella, l'ammontare complessivo varia anche a causa del differente valore medio della confezione donata, che si attesta per il momento nel 2016 a 8 euro, contro gli 8,9 euro di valore medio registrati lo scorso anno

Come si può osservare nella tabella 6.2, la destinazione estera delle donazioni aziendali è ormai divenuto molto significativa, superando ormai in valori assoluti il 70% del totale dei farmaci raccolti. Si tratta di un flusso di farmaci destinati ad alleviare le sofferenze di popolazioni alle prese con problemi cronici di povertà e spesso vittime anche di sanguinosi conflitti. Significativa è ad esempio l'ingente donazione (oltre 60mila confezioni per un totale di 99 differenti tipologie di farmaci donati da 9 aziende) con cui FBF in collaborazione con l'Agenzia Italiana del Farmaco hanno risposto all'appello della Ong Doctors of the World impegnata in Grecia ad affrontare il dramma della crisi umanitaria legata ai flussi migratori.

**TABELLA 6.2**  
**VALORE MONETARIO DEI FARMACI DONATI DALLE AZIENDE.**  
**ITALIA, ANNI 2012-2016.**

	Valore monetario farmaci donati (euro)	N. farmaci raccolti	Valore medio confezione
2012	2.196.822	238.002	9,2
2013	4.685.033	571.161	8,2
2014	7.636.964	1.027.869	7,4
2015	10.946.379	1.230.365	8,9
Gennaio-agosto 2016	6.381.520	800.156	8,0
Di cui destinati a enti operanti all'estero	5.529.216	654.369	8,4

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Il flusso di queste donazioni viene indirizzato in particolare verso un sottogruppo di 40 grandi enti dotati di un'organizzazione adeguata a gestire importanti flussi di medicinali in entrata e in uscita raggruppati rispetto alla loro posizione geografica (sede giuridica) in sette regioni (Tab 6.3).

Un ruolo prioritario è rivestito dagli enti il cui quartier generale è ubicato in Lombardia (17 in tutto), che da soli hanno intermediato oltre 575mila confezioni di medicinali. Complessivamente sono 17 i grandi enti che finalizzano la propria attività a donazioni di farmaci verso paesi esteri: come si è visto già in precedenza, da solo questi enti intercettano e distribuiscono oltre 654.000 confezioni di medicinali, generando in questo modo un flusso di solidarietà internazionale che di anno in anno si sta facendo sempre più significativo in termini quantitativi.

**TABELLA 6.3**  
**NUMERO DI CONFEZIONI RICEVUTE (ACCETTATE E RIPARTITE) DALLE DONAZIONI AZIENDALI RIPARTITE AGLI ENTI**  
**E NUMERO DI ENTI DESTINATARI DEI FARMACI. REGIONI DELL'ENTE, GENNAIO - AGOSTO 2016.**

Regione dell'ente	N. di enti destinatari di donazioni aziendali		Numero di confezioni ricevute
	N. assoluto	% sul totale degli enti	
Piemonte	8	4%	29.612
Lombardia	17	5%	575.395
Veneto	3	2%	5.424
Emilia-Romagna	4	2%	77.756
Toscana	2	2%	36.979
Lazio	3	6%	51.382
Sicilia	3	6%	23.608
<b>ITALIA</b>	<b>40</b>	<b>2%</b>	<b>800.156</b>
<b>Di cui destinati a enti operanti all'estero</b>	<b>17</b>	<b>59%</b>	<b>654.369</b>

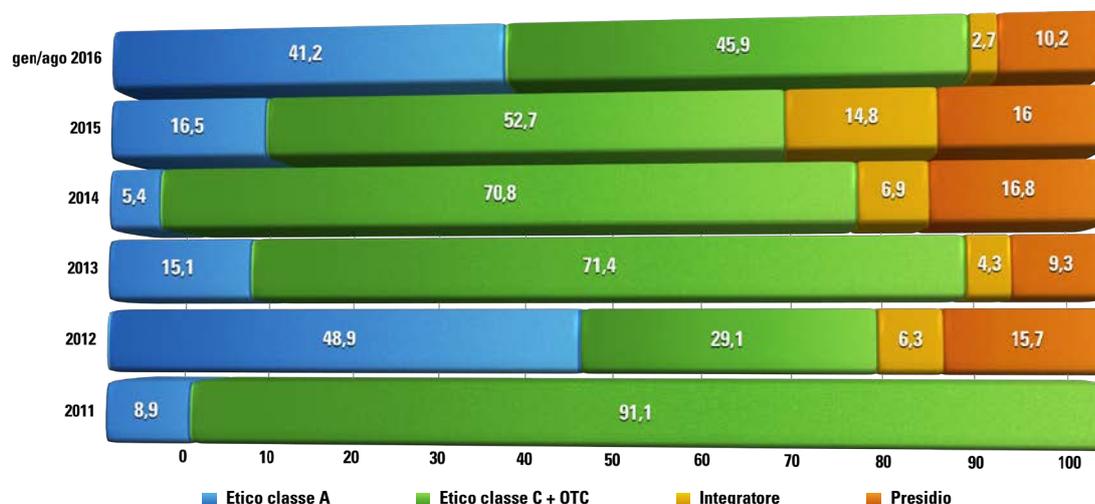
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Scendendo a “leggere” il dettaglio dei farmaci donati dalle aziende, si conferma l’evidente ricalibratura del mix di prodotti conferiti: se agli esordi di questa storia di relazioni tra aziende e Fondazione Banco Farmaceutico (almeno per quanto riguarda la storia che può essere ricostruita utilizzando i dati comparativi provenienti dal monitoraggio sistematico delle informazioni strutturato da FBF) prevalevano largamente i medicinali da banco, nel tempo si è strutturata una composizione più variegata, seppur con una estrema variabilità annuale di questo mix, legato evidentemente non soltanto ad aspetti attinenti le dinamiche produttive e di mercato delle imprese farmaceutiche, ma anche alla programmazione dei fabbisogni di farmaci da parte dei grandi enti (in termini di dimensioni e capacità organizzativa) recettori dei farmaci.

Come si può facilmente notare analizzando la Fig. 6.1, negli ultimissimi anni si è modificata la proporzione tendenziale tra le due classi di farmaci maggiormente donati dalle aziende: se nei tre anni precedenti si era registrata una diminuzione dei farmaci etici di classe A e un parallelo aumento di disponibilità di farmaci etici di classe C e di medicinali da banco (OTC), dal 2014 la tendenza appare invertita, con un particolare rafforzamento di questa tendenza nell’anno 2016. Nello specifico, i farmaci etici di classe A pesavano per il 5,4% del totale nel 2014, mentre oggi sono più di 4 su 10 (41,2%); di contro, classe C e OTC rappresentavano oltre il 70% di tutte le donazioni nel 2014, per scendere quest’anno a circa il 46%. In forte calo nell’ultimo anno sono anche gli integratori alimentari (dopo il boom del 2015) e i presidi medico-chirurgici (seppur con una flessione più contenuta e un peso ancora di poco superiore al 10% del totale).

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**FIGURA 6.1**  
**DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER CLASSE DI FARMACO DELLE CONFEZIONI RICEVUTE (ACCETTATE) DALLE AZIENDE.**  
**ITALIA, ANNI 2011-2016.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Come già segnalato, sono state complessivamente 18 le aziende farmaceutiche che hanno effettuato almeno una donazione di medicinali durante l'anno: in tabella 6.4 è possibile verificare il dettaglio delle tipologie di farmaci donati da ciascuna azienda (in proporzione sul totale). È evidente come esistano degli ambiti di specializzazione tipologica che ciascuna azienda riesce a coprire, come già segnalato nelle scorse edizioni del Rapporto.

**TABELLA 6.4**  
**AZIENDE DONATRICI E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER CLASSE DI FARMACO DELLE CONFEZIONI RICEVUTE (ACCETTATE).**  
**ITALIA, GENNAIO - AGOSTO 2016.**

Nome azienda	Classe di farmaco				Totale
	Etico classe A	Etico classe C + OTC	Integratore	Presidio	
Accord Healthcare Italia Srl	74,9	25,1	0,0	0,0	100,0
Acrif S.p.a.	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Alfasigma Spa	33,3	66,7	0,0	0,0	100,0
Almus Srl	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
B. Braun S.p.a.	22,1	77,9	0,0	0,0	100,0
Boehringer Ingelheim Italia S.p.a.	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Bracco Spa	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Bruno Farmaceutici Spa	29,0	71,0	0,0	0,0	100,0
Doc Generici S.r.l.	51,1	48,9	0,0	0,0	100,0
Eg S.p.a. Laboratori Eurogenerici	72,3	22,7	5,0	0,0	100,0
Farmapro Srl	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Ibsa Farmaceutici Italia S.r.l.	0,0	54,8	31,2	14,0	100,0
Italchimici Spa	0,0	63,2	36,8	0,0	100,0
Montefarmaco Otc Spa	0,0	0,0	74,2	25,8	100,0
Mylan S.p.a.	71,9	28,1	0,0	0,0	100,0

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

Polifarma Spa	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Reckitt Benckiser Italia S.p.a.	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
S.A.L.F. S.p.a. Laboratorio Farmacologico	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>41,2</b>	<b>45,9</b>	<b>2,7</b>	<b>10,2</b>	<b>100,0</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

## 7. | LE FARMACIE

Nella filiera del dono le farmacie rappresentano fin dall'origine del Banco Farmaceutico un punto sorgivo sia per la presenza tra i fondatori di un nucleo storico di titolari di farmacie, sia per l'ideazione e la realizzazione della Giornata della Raccolta del Farmaco (GRF) giunta nel 2016 alla sua 16° edizione.

L'adesione di un numero sempre maggiore di farmacie appartenenti a tutte le regioni italiane ha consentito, nel corso degli anni, la costruzione di una vera e propria rete nazionale, a cui aderiscono attualmente 3681 unità pari al 20,2% di tutte le 18.201 farmacie che operano in Italia

L'adesione delle farmacie alla Rete Banco Farmaceutico è cresciuta con una certa regolarità anche nel corso dell'ultimo quadriennio (2013-2016) con una variazione del +9,4% su base nazionale, una sensibile accelerazione nel Sud (+16,3%) e nel Centro (+13,3%) e un incremento di poco superiore alla media nel Nord Ovest e nel Nord Est (+9,6%); a questa tendenza positiva si contrappone la contrazione avvenuta nelle Isole (- 12,5%), specie nel biennio 2015-16 (Tab. 7.1).

**TABELLA 7.1**  
**NUMERO DI FARMACIE TOTALE E NUMERO DI FARMACIE PARTECIPANTI ALLA GRF.**  
**RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNI 2013-2016.**

Ripartizione	N. totale Farmacie 2015	Farmacie aderenti alla GRF				
		GRF 2013	GRF 2014	GRF 2015	GRF 2016	Var. % 2013-16
Nord Ovest	5.088	1.413	1.508	1.537	1.549	9,6%
Nord Est	3.287	898	928	956	984	9,6%
Centro	3.414	497	513	559	563	13,3%
Sud	4.377	326	372	391	379	16,3%
Isole	2.035	232	235	220	203	-12,5%
<b>Totale</b>	<b>18.201</b>	<b>3.366</b>	<b>3.558</b>	<b>3.665</b>	<b>3.681</b>	<b>9,4%</b>

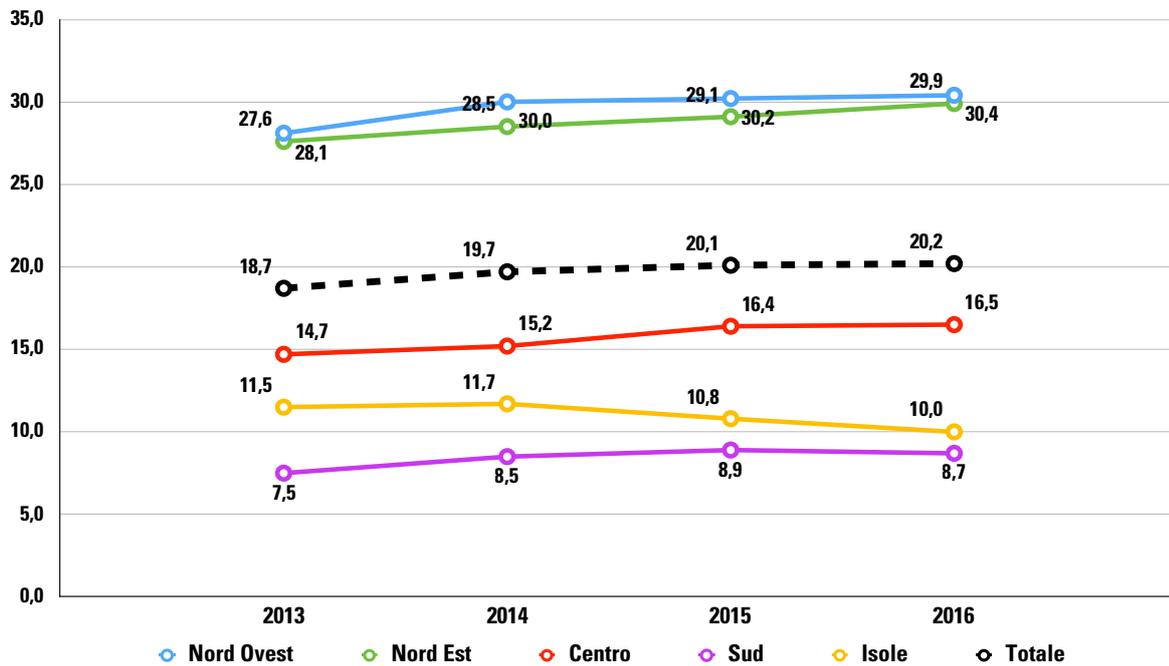
Fonte: sistema di monitoraggio FBF e Federfarma.

Nota: Nel totale sono conteggiate anche le farmacie della Repubblica di San Marino (3 nel 2016).

A questo bilancio positivo, corrisponde un andamento altrettanto favorevole del tasso di partecipazione alla GRF calcolato sul numero di farmacie attive in ambito territoriale. A livello nazionale, il tasso di partecipazione è passato dal 18,7% nel 2013 al 20,2% nel 2016, con valori tradizionalmente più elevati nel Nord Ovest (dal 28,1% al 30,4%) e nel Nord Est (dal 27,6% al 28,9%) seguiti a una certa distanza dal Centro (14,7% - 16,5%), dalle Isole (11,5% - 10%) e dal Sud (7,5-8,7%) (Fig. 7.1).

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**FIGURA 7.1**  
**TASSO DI PARTECIPAZIONE DELLE FARMACIE ALLA GRF. RIPARTIZIONI ITALIANE,**  
**ANNI 2013-2016. VALORI PERCENTUALI.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF e Federfarma.

Su base regionale i tassi di partecipazione più elevati (oltre 25%) si registrano in Friuli Venezia Giulia (40,9%), Lombardia (33,2%), Emilia Romagna (30,9%) Valle d'Aosta (30%) Piemonte (29,4%), Umbria (28,7%), Veneto (28,5%). Anche le regioni con tassi di partecipazione più bassi hanno contribuito all'innalzamento del tasso generale, con la sola eccezione della Sicilia a cui si deve la contrazione registrata nella ripartizione Isole (Mappa 7.1).

L'insieme di questi dati testimonia la diffusione di un atteggiamento pro-attivo nei confronti della GRF a cui è riconosciuto un posto di rilievo all'interno delle modalità con cui il mondo farmaceutico esprime la vocazione alla responsabilità sociale d'impresa.



PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

La crescente adesione delle farmacie alla GRF rende possibile il coinvolgimento di un numero crescente di potenziali donatori che in larga misura coincidono con i residenti nei bacini d'utenza delle singole farmacie. Il numero di questi potenziali donatori ha raggiunto nel 2016 il ragguardevole numero di 12 milioni 322 mila persone, corrispondente a poco più del 20% della popolazione residente in Italia (Tab. 7.2).

**TABELLA 7.2**  
**BACINO D'UTENZA DELLE FARMACIE ADERENTI ALLA GRF.**  
**REGIONI ITALIANE. ANNO 2016. VALORI PERCENTUALI.**

Regione	Numero farmacie GRF	Numero medio abitanti per farmacia (aderenti o non alla GRF)	Numero Abitanti nel bacino d'utenza delle farmacie aderenti alla GRF	Distribuzione % per regione dei residenti nel bacino d'utenza delle farmacie aderenti alla GRF	N. farmaci raccolti	N. donatori su 10000 residenti
Piemonte	463	2.813	1.302.419	10,6	48.032	369
Valle D'aosta	15	2.572	38.580	0,3	1.793	465
Lombardia	951	3.484	3.313.284	26,9	102.964	311
Trentino Alto Adige	51	3.615	184.365	1,5	5.573	302
Veneto	385	3.652	1.406.020	11,4	31.667	225
Friuli Venezia Giulia	159	3.160	502.440	4,1	16.511	329
Liguria	120	2.662	319.440	2,6	11.223	351
Emilia Romagna	389	3.534	1.374.726	11,2	36.093	263
Toscana	176	3.313	583.088	4,7	16.306	280
Umbria	78	3.297	257.166	2,1	6.809	265
Marche	122	3.069	374.418	3,0	11.001	294
Lazio	187	3.903	729.861	5,9	16.350	224
Abruzzo	33	2.626	86.658	0,7	3.032	350
Molise	7	1.862	13.034	0,1	760	583
Campania	84	3.628	304.752	2,5	6.262	205
Puglia	182	3.672	668.304	5,4	16.439	246
Basilicata	26	2.821	73.346	0,6	2.231	304
Calabria	47	2.596	122.012	1,0	3.194	262
Sicilia	136	3.497	475.592	3,9	12.765	268
Sardegna	67	2.879	192.893	1,6	4.845	251
<b>ITALIA</b>	<b>3.681</b>	<b>3.340</b>	<b>12.322.398</b>	<b>100,0</b>	<b>353.850</b>	<b>287</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF e elaborazioni Federfarma su dati ISTAT.

Sulla base di questa potenziale platea di donatori è possibile stimare, in modo attendibile, l'incidenza dei donatori effettivi nei diversi territori: nell'ipotesi che essi coincidano con il numero dei farmaci raccolti durante la GRF 2016 (353.850) si può dire che a livello nazionale i donatori effettivi sono stati mediamente 287 ogni 10.000, con 10 regioni attestate al di sopra di tale valore e l'invidiabile primato di 583 donatori residenti raggiunto in Molise.

## 8. | PROFILO DELLE DONAZIONI DELLA GRF

La giornata della raccolta del farmaco (GRF) è la modalità più nota attraverso cui tutti i cittadini possono collaborare alla donazione di farmaci senza obbligo di prescrizione alle persone povere assistite da enti benefici che operano in molti comuni del nostro paese. Questa iniziativa è stata avviata dal Banco Farmaceutico 16 anni fa (anno 2001) in stretta collaborazione con i titolari di un numero crescente di farmacie. La GRF è dunque il frutto della cooperazione congiunta tra farmacisti, cittadini, enti benefici per distribuire gratuitamente alle persone indigenti farmaci necessari non coperti dal SSN, che dunque debbono essere acquistati indipendentemente dal reddito a disposizione. Ogni cittadino può acquistare farmaci da banco presso le farmacie che aderiscono all'iniziativa, lasciandoli in dono a enti benefici convenzionati con il Banco Farmaceutico che spesso favorisce la realizzazione di gemellaggi tra gli enti e le singole farmacie. I farmacisti partecipano alla GRF mettendo a disposizione la loro professionalità e la loro farmacia e sostenendo l'iniziativa con un'erogazione liberale. In questa solidale catena della donazione, il primo anello è rappresentato dalle farmacie, il secondo dai cittadini, il terzo dagli enti e l'ultimo dagli indigenti a cui è finalizzata l'intera impresa.

Nella GRF del 13 febbraio 2016 sono stati raccolti 353.851 confezioni di farmaci da banco (OTC) eguagliando in pratica il risultato del 2015 a sua volta leggermente inferiore al "record" raggiunto nel 2014 (Tab. 8.1). Il dato nazionale è però frutto di andamenti non omogenei tra le circoscrizioni, dove le Isole (-5,8%), il Sud (-2,6%) e il Nord-Ovest (-0,8%) registrano variazioni negative.

**TABELLA 8.1**  
**VARIAZIONE DEI FARMACI RACCOLTI DURANTE LA GRF (NUMERO DI CONFEZIONI**  
**DAL 2013 AL 2016. RIPARTIZIONI ITALIANE.**

Ripartizioni	2016	2015	2014	2013	Variazione % 2016-2013	Variazione % 2016-2015
Nord Ovest	164.012	165.332	172.023	168.863	-2,9%	-0,8%
Nord Est	89.844	87.522	88.800	88.877	1,1%	2,7%
Centro	50.466	49.737	47.212	46.292	9,0%	1,5%
Sud	31.918	32.785	32.598	26.758	19,3%	-2,6%
Isole	17.610	18.689	19.257	19.729	-10,7%	-5,8%
<b>ITALIA</b>	<b>353.851</b>	<b>354.065</b>	<b>359.889</b>	<b>349.037</b>	<b>1,4%</b>	<b>-0,1%</b>

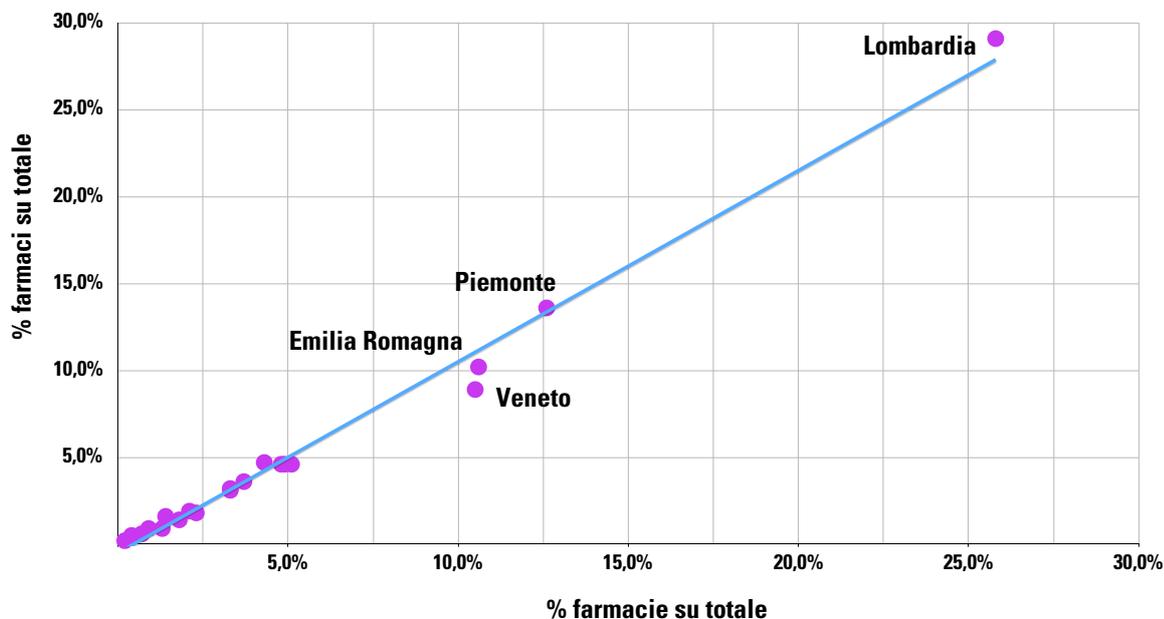
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Mettendo a confronto i dati del quadriennio 2013-2016 (ovvero un periodo congruo per cogliere tendenze non contingenti) si osservano variazioni significative sia a livello complessivo che nelle singole ripartizioni territoriali, con segnali incoraggianti soprattutto nelle regioni del Sud (+19,3%) e del Centro (+9%) e in subordine nel Nord-Est (+1,1%). In direzione contraria sono andati invece i risultati nelle Isole (-10,7%) che già occupavano l'ultima posizione e nel Nord-Ovest (-2,9%) che comunque mantiene la prima posizione e il ruolo, per così dire, di "locomotiva".

## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

Sulle variazioni negative e positive incide in via principale il numero delle farmacie che aderiscono alla GRF e solo in seconda battuta la propensione al dono dei cittadini, come mostra il grafico di dispersione e la retta che interpola tutti i dati. (Fig. 8.1).

**FIGURA 8.1**  
% DELLE FARMACIE ADERENTI ALLA GRF 2016 E % DEI FARMACI RACCOLTI PER REGIONE



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Nel 2016 hanno aderito alla GRF 3681 farmacie distribuite in tutte le regioni sia pure in proporzioni molto diversificate. Nelle quattro regioni con il maggior numero di farmacie aderenti alla GRF 2016 (Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Veneto) si concentra il 59% di tutte le farmacie e il 61% delle donazioni. La propensione al dono dei cittadini - identificata dal numero medio di farmaci donati per farmacia - risulta peraltro elevata anche in alcune regioni con poche "farmacie-GRF": da segnalare è il caso del Molise che raggiunge un numero medio di donazioni per farmacia (109) identico a quanto si registra in Lombardia e in Trentino-Alto Adige e inferiore solo alla generosità della Valle d'Aosta (120 farmaci per farmacia). Al di sopra del numero medio di farmaci donati in ogni farmacia (96 unità) si collocano 6 regioni, mentre al di sotto della soglia media si collocano le restanti 14 regioni, alcune delle quali molto popolose, come nel caso del Lazio e della Campania (Tab. 8.2).

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**TABELLA 8.2**  
**FARMACI RACCOLTI IN OCCASIONE DELLA GRF (VALORI ASSOLUTI, PERCENTUALI E PER FARMACIA).**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2016. VALORI PERCENTUALI.**

Regione	N. farmacie GRF	% farmacie sul totale	N. farmaci raccolti	% farmaci sul totale	N. medio farmaci per farmacia
Piemonte	463	12,6	48.032	13,6	104
Valle D'aosta	15	0,4	1.793	0,5	120
Lombardia	951	25,8	102.964	29,1	108
Trentino-Alto Adige	51	1,4	5.573	1,6	109
Veneto	385	10,5	31.667	8,9	82
Friuli-Venezia Giulia	159	4,3	16.511	4,7	104
Liguria	120	3,3	11.223	3,2	94
Emilia-Romagna	389	10,6	36.093	10,2	93
Toscana	176	4,8	16.306	4,6	93
Umbria	78	2,1	6.809	1,9	87
Marche	122	3,3	11.001	3,1	90
Lazio	187	5,1	16.350	4,6	87
Abruzzo	33	0,9	3.032	0,9	92
Molise	7	0,2	760	0,2	109
Campania	84	2,3	6.262	1,8	75
Puglia	182	4,9	16.439	4,6	90
Basilicata	26	0,7	2.231	0,6	86
Calabria	47	1,3	3.194	0,9	68
Sicilia	136	3,7	12.765	3,6	94
Sardegna	67	1,8	4.845	1,4	72
<b>ITALIA</b>	<b>3.681</b>	<b>100</b>	<b>353.850</b>	<b>100</b>	<b>96</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Per le ragioni già accennate, la propensione al dono dei cittadini deve essere misurata non tanto sull'intera popolazione residente in una determinata località quanto sulla popolazione residente nel bacino di utenza delle farmacie che aderiscono alla GRF, come indicato nella Tabella 8.3 che riporta l'indice di propensione al dono per le singole regioni.

Tra le regioni con il maggior numero di donatori potenziali ogni 10.000 abitanti troviamo il Molise (583), la Valle d'Aosta (465), il Piemonte (369), la Liguria (351), l'Abruzzo (350), il Friuli Venezia Giulia (329) (Mappa 8.1). Se, per ipotesi, si volesse eguagliare a livello nazionale l'indice di propensione al dono del Molise, le farmacie aderenti alla GRF dovrebbero raddoppiare di numero, raggiungendo quota 7.477 su base nazionale.

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

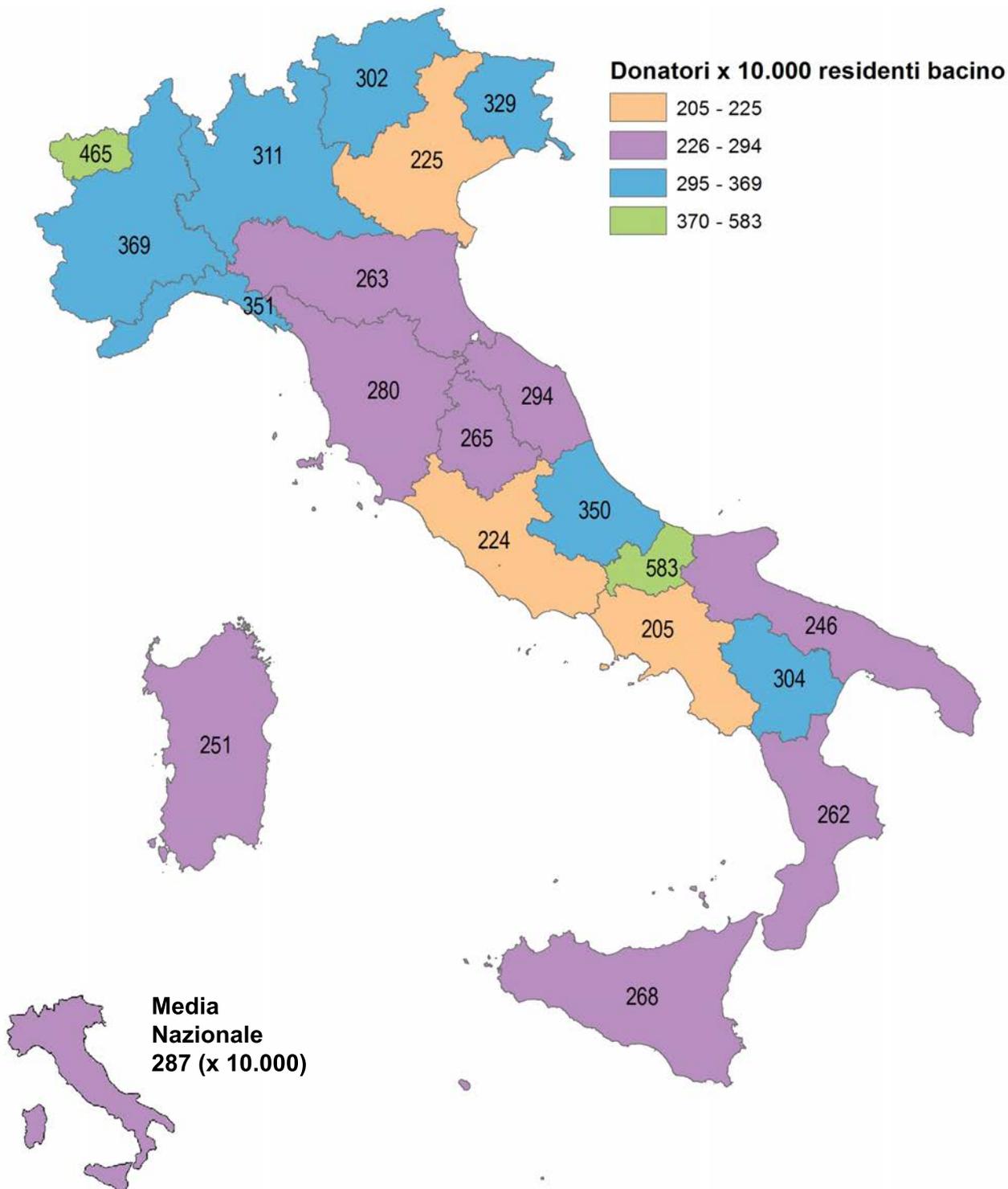
**TABELLA 8.3**  
**INDICE DI PROPENSIONE AL DONO SU 10.000 ABITANTI RESIDENTI NEL BACINO D'UTENZA DELLE FARMACIE ADERENTI ALLA GRF. REGIONI ITALIANE, ANNO 2016. VALORI PERCENTUALI.**

Regione	"(a) N. farmacie GRF"	"(b) N. farmaci raccolti"	"(c) N. abitanti rispetto alle farmacie aderenti alla GRF	"(d) N. donatori teorici su 10.000 residenti nel bacino utenza delle farmacie aderenti"
Piemonte	463	48.032	1.302.419	369
Valle D'aosta	15	1.793	38.580	465
Lombardia	951	102.964	3.313.284	311
Trentino-Alto Adige	51	5.573	184.365	302
Veneto	385	31.667	1.406.020	225
Friuli-Venezia Giulia	159	16.511	502.440	329
Liguria	120	11.223	319.440	351
Emilia-Romagna	389	36.093	1.374.726	263
Toscana	176	16.306	583.088	280
Umbria	78	6.809	257.166	265
Marche	122	11.001	374.418	294
Lazio	187	16.350	729.861	224
Abruzzo	33	3.032	86.658	350
Molise	7	760	13.034	583
Campania	84	6.262	304.752	205
Puglia	182	16.439	668.304	246
Basilicata	26	2.231	73.346	304
Calabria	47	3.194	122.012	262
Sicilia	136	12.765	475.592	268
Sardegna	67	4.845	192.893	251
<b>ITALIA</b>	<b>3.681</b>	<b>353.850</b>	<b>12.322.398</b>	<b>287</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

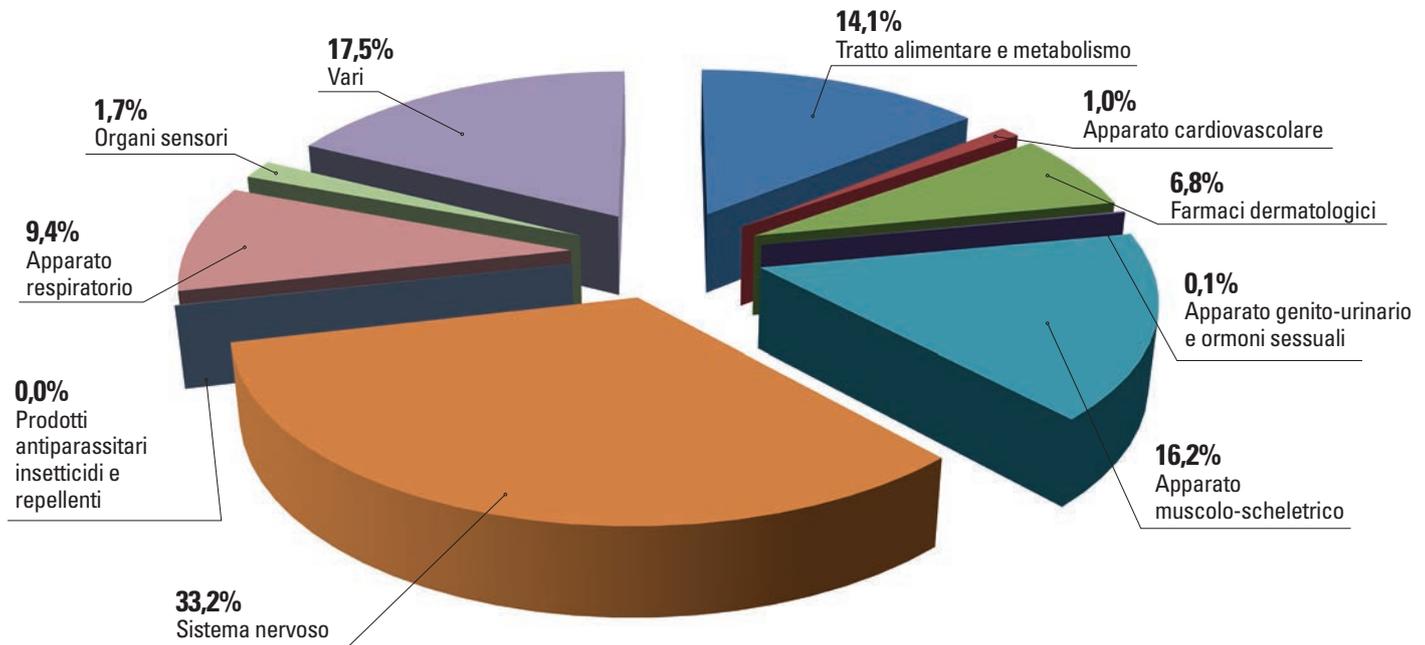
**MAPPA 8.1**  
**N. DONATORI IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE NEL BACINO DI UTENZA DELLE FARMACIE (x10.000).**  
**REGIONI ITALIANE. ANNO 2016.**



All'interno dei farmaci da banco donati durante la GRF 2016 i cittadini hanno scelto diverse tipologie di farmaci seguendo le indicazioni dei farmacisti sulla base del fabbisogno dichiarato dagli enti benefici. Le tipologie terapeutiche più acquistate dai cittadini appartengono ai codici N (33,2%), M (16,2%), A (14,1%) destinati rispettivamente alla cura dei disturbi del sistema nervoso, dell'apparato muscolo-scheletrico, del tratto alimentare e metabolismo (Fig. 8. 2).

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**FIGURA 8.2**  
**DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI FARMACI RACCOLTI IN OCCASIONE DELLA GRF PER 1° LIVELLO DI ATC (VALORI %). ITALIA, ANNO 2016.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Dal punto di vista dei principi attivi sono stati donati principalmente confezioni di analgesici e antipiretici (33,2%), di antinfiammatori orali (12,3%), di preparati per la tosse e il raffreddore (6,8%), di preparati per il cavo oro-faringeo (4,2%). In queste quattro tipologie rientra il 56% di tutte le confezioni donate, mentre la parte restante appartiene a 21 altre tipologie (Tab. 8.4).

Per raggiungere questa grande varietà di prodotti risulta fondamentale la competenza professionale e la collaborazione dei farmacisti unitamente alla regia del Banco Farmaceutico cui spetta il compito di raccogliere e coordinare le richieste provenienti dagli enti benefici.

**TABELLA 8.4**  
**DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI FARMACI RACCOLTI IN OCCASIONE DELLA GRF PER CATEGORIE (VALORI %). ITALIA, ANNO 2016.**

Categorie (nome semplificato)	Distrib. % del numero di confezioni
<b>Analgesici e antipiretici</b>	33,2%
<b>Antinfiammatori orali</b>	12,3%
<b>Preparati per tosse e raffreddore</b>	6,8%
<b>Preparati per il cavo oro-faringeo</b>	4,2%
<b>Farmaci uso locale per dolori articolari/muscolari</b>	3,9%
<b>Lassativi</b>	3,5%
<b>Antidiarroici, antimicrobici intestinali</b>	3,3%
<b>Antisetici e disinfettanti</b>	2,9%
<b>Farmaci per i disturbi gastrointestinali</b>	2,4%

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

Decongestionanti nasali	2,3%
Antipruriginosi e antistaminici uso locale	1,7%
Oftalmici	1,4%
Antimicotici uso locale	1,1%
Vitamine e sali minerali	0,7%
Antibiotici e altri terapeutici uso dermatologico	0,6%
Antiemorroidali	0,6%
Preparati per ferite e ulcerazioni	0,4%
Vasoprotettori uso locale	0,4%
Antistaminici orali	0,4%
Otologici	0,3%
Antimicrobici e antisettici ginecologici	0,1%
Emollienti e protettivi	0,1%
Antiparassitari, insetticidi e repellenti	0,02%
Anestetici locali in crema	0,02%
Altro	17,5%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Ad avvalorare l'utilità e l'importanza della GRF concorre anche il valore monetario dei farmaci donati, pari a 2 milioni 276 mila euro, dovuto al valore medio di 6,4 euro per ogni confezione donata (Tab. 8.5).

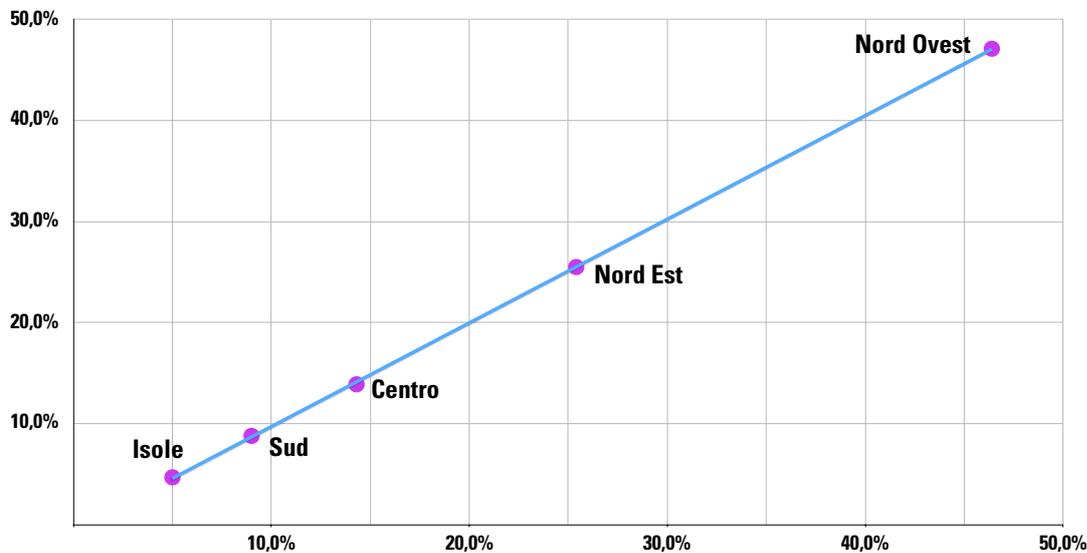
**TABELLA 8.5**  
**VALORE MONETARIO DEI FARMACI RACCOLTI NELLA GRF.**  
**RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNO 2016.**

	Valore monetario farmaci donati (euro)	Quota % valore monetario	N. farmaci raccolti	Valore medio confezione
<b>Nord Ovest</b>	1.072.839	47,1	164.012	6,5
<b>Nord Est</b>	580.148	25,5	89.775	6,5
<b>Centro</b>	315.827	13,9	50.371	6,3
<b>Sud</b>	199.313	8,8	31.918	6,2
<b>Isole</b>	107.690	4,7	17.610	6,1
<b>ITALIA</b>	<b>2.275.818</b>	<b>100</b>	<b>353.850</b>	<b>6,4</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

La distribuzione di questo ammontare nelle singole ripartizioni è correlato direttamente con le confezioni raccolte negli stessi luoghi come è documentato dal grafico di dispersione elaborato ad hoc (Fig. 8.3).

FIGURA 8.3  
QUOTA % FARMACI RACCOLTI E QUOTA % VALORE MONETARIO PER RIPARTIZIONI. GRF ANNO 2016



## 9. | IL RECUPERO DEI FARMACI VALIDI

A partire dall'anno 2013 la raccolta farmaci organizzata dalla Fondazione Banco Farmaceutico si è arricchita di una nuova strategia di recupero: quella legata alle confezioni acquistate dalle famiglie e mai utilizzate (ma ancora valide dal punto di vista della data di scadenza riportata sulla confezione). Si tratta di una linea di recupero la cui portata va molto al di là del dato quantitativo: segnala infatti anche una possibile evoluzione culturale dei consumatori di farmaci, finalizzata al recupero ai fini di condivisione sociale. Si tratta di una logica che sta crescendo nella consapevolezza delle persone, e che spinge ad una graduale limitazione degli sprechi associata ad un aumento della cultura del dono, similmente a quanto sta accadendo rispetto ad altri prodotti di prima necessità (come nel caso dei prodotti alimentari). Risulta per altro molto difficile stimare il livello di spreco generato all'interno delle mura domestiche: il Rapporto Rifiuti Urbani 2015 dell'Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale su circa ¼ dei Comuni italiani (per la precisione 1.890) ha per esempio evidenziato un volume di farmaci scartati (e dunque buttati via) pari a 1.546 tonnellate per un controvalore di oltre 2,3 milioni di euro. Naturalmente non trattandosi di un'analisi di tipo campionario (il questionario è stato inviato alla totalità dei Comuni ed ha ricevuto una risposta volontaria molto disomogenea dal punto di vista territoriale, nella quasi totalità dei casi (1.665) dell'area Nord del Paese risulta scientificamente impossibile proporre una stima nazionale a partire da questi dati, ma il dato empirico segnala comunque dimensioni molto robuste del fenomeno dello spreco, determinato per altro da una serie di concause non facilmente soppesabili nel loro contributo reale al fenomeno: inappropriatezza della prescrizione, riduzione dei sintomi prima del completamento della confezione, spesa inappropriata da parte del consumatore (per quanto riguarda in specifico l'acquisto di farmaci da banco, acquistabili dunque senza prescrizione medica).

Ai fini del recupero farmaci promosso dalla Fondazione Banco Farmaceutico si presenta anche la necessità che questi farmaci provengano da confezioni integre, dunque del tutto inutilizzate da parte del paziente potenziale: ancora di più risulta difficile stimare la diffusione di questo particolare tipo di farmaco sprecato.

Tutte queste limitazioni che impediscono stime reali del target potenziale raggiungibile da una simile operazione anti-spreco, rimane comunque di notevole importanza l'analisi delle dimensioni che ha assunto questo canale di approvvigionamento da parte della FBF. Per questo, stante l'ormai raggiunta maturità dell'esperien-

za, il Rapporto ODF 2016 propone per la prima volta un approfondimento che può contare ormai su informazioni relative a circa un quadriennio di attività.

La tabella 9.1 ci restituisce le dimensioni di una crescita costante della diffusione di questa importante esperienza di raccolta, che dopo l'esordio romano del 2013 (con 42 farmacie, affiancate da un'unica rivendita milanese) si è diffusa complessivamente in otto province, con una maggiore frequenza di farmacie a Torino (113) e Milano (59). Complessivamente nel 2016 sono 260 le farmacie coinvolte, rispetto alle 225 dell'anno precedente (+15,5%).

**TABELLA 9.1**  
**FARMACIE ADERENTI AL RECUPERO FARMACI VALIDI. PROVINCE ITALIANE, ANNI 2013-2016.**

Province	2013	2014	2015	2016
<b>MB</b>		2	6	10
<b>MC</b>			3	3
<b>MI</b>	1	58	56	59
<b>MN</b>			5	6
<b>Roma</b>	42	35	35	53
<b>TO</b>		100	114	113
<b>VA</b>		4	3	4
<b>VR</b>			2	12
<b>Totale</b>	43	199	225	260

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Nella tabella 9.2 presentiamo l'andamento trimestrale del raccolto, che come si può osservare presenta una tendenza alla crescita costante nel corso del tempo, che può essere ancora meglio colta osservando la successiva figura 1: dalle 3.691 confezioni raccolte agli esordi di questa iniziativa (nel II semestre del 2013), si è passati alle oltre 28.000 confezioni raccolte nel II semestre del 2016, con un picco di quasi 33.500 confezioni raccolte nel I trimestre di questo stesso anno.

**TABELLA 9.2**  
**NUMERO DI CONFEZIONI DI FARMACI RACCOLTI MEDIANTE IL RECUPERO DI FARMACI VALIDI (BIDONI NELLE FARMACIE) E VALORE COMMERCIALE. ITALIA, TRIMESTRI 2013-2016.**

Anno	Trimestre	Numero di confezioni	Valor in euro	Valore medio per confezione
<b>2013</b>	2	3.691	48.888	13,2
	3	3.131	42.116	13,5
	4	11.982	149.610	12,5
<b>Totale 2013</b>		18.804	240.613	12,8
<b>2014</b>	1	5.765	83.827	14,5
	2	9.475	127.196	13,4
	3	16.014	208.424	13,0
	4	22.087	293.034	13,3
<b>Totale 2014</b>		53.341	712.481	13,4

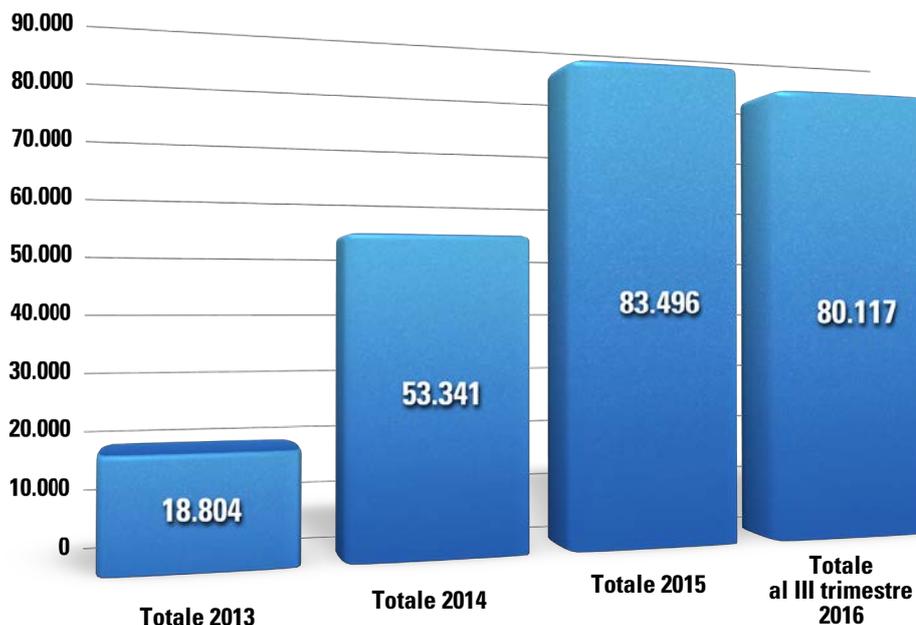
PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

2015	1	25.920	344.538	13,3
	2	23.470	280.285	11,9
	3	12.696	160.571	12,6
	4	21.410	271.542	12,7
<b>Totale 2015</b>		<b>83.496</b>	<b>1.056.936</b>	<b>12,7</b>
2016	1	33.454	449.327	13,4
	2	28.971	388.469	13,4
	3	17.692	240.405	13,6
<b>Totale gennaio-settembre 2016</b>		<b>80.117</b>	<b>1.078.200</b>	<b>13,5</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Complessivamente si è dunque passati da una cifra di confezioni raccolte di poco inferiore alle 19.000 unità del 2013 alle quasi 84.000 del 2015. Il 2016 presenta un ritmo di donazione ancora in crescita rispetto allo scorso anno: se lo schema degli scorsi anni verrà confermato, il “rimbalzo” previsto per il IV trimestre porterà con ogni probabilità al superamento della quota “psicologica” delle 100.000 confezioni donate (fig. 9.1).

**FIGURA 9.1**  
**NUMERO DI CONFEZIONI DI FARMACI RACCOLTI MEDIANTE IL RECUPERO DI FARMACI VALIDI (BIDONI NELLE FARMACIE).  
 ITALIA, TOTALE ANNUALE 2013 (ULTIMI 9 MESI) - 2016 (PRIMI 8 MESI).**



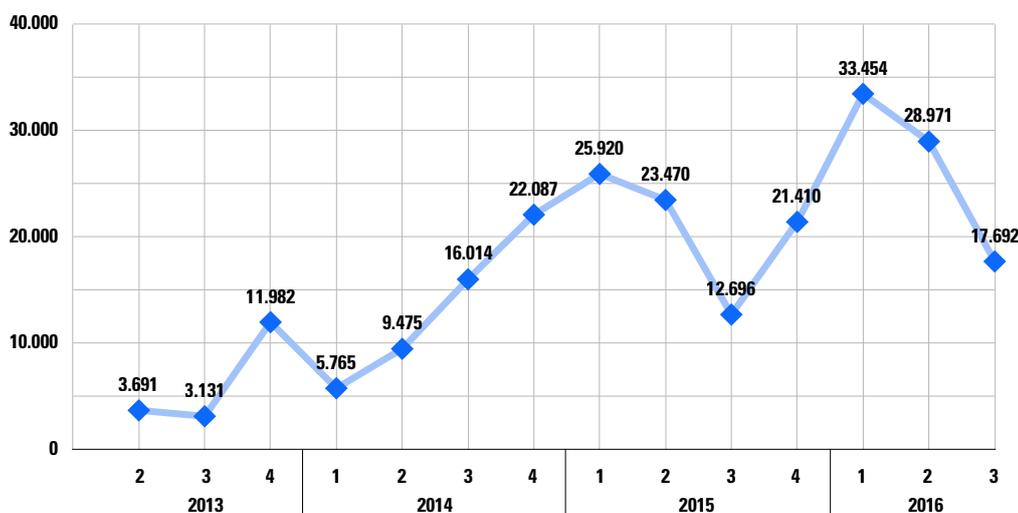
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

L’andamento di questo particolare tipo di donazione presenta un significativo andamento stagionale. Come si può osservare in figura 9.2, fatto salvo l’anno 2014 in cui (come vedremo oltre) si è registrato il più consistente “salto” in termini di partecipazione di esercizi, negli ultimi due anni si registra un picco di donazione in corrispondenza del periodo più freddo della stagione invernale (I trimestre) e una caduta nella stagione estiva. Una caduta che però è sempre determinata da un dimezzamento (tendenziale) rispetto al dato del II semestre: il che significa che siamo di fronte in ogni caso di cifre in crescita, trimestre su trimestre, anche per quanto riguarda i mesi estivi.

## PARTE TERZA

# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

**FIGURA 9.2**  
**NUMERO DI CONFEZIONI DI FARMACI RACCOLTI MEDIANTE IL RECUPERO DI FARMACI VALIDI**  
**(BIDONI NELLE FARMACIE). ITALIA, TRIMESTRI 2013-2016.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Come si è già osservato nella parte relativa al commento dei dati della GRF 2016, anche in questo caso occorre segnalare l'esistenza di una chiara relazione tra il numero delle farmacie aderenti all'iniziativa e il contributo complessivo del donato da parte della popolazione. La crescita delle aree coinvolte e dunque delle farmacie in cui è possibile consegnare le confezioni rappresenta la principale spiegazione della crescita complessiva delle confezioni donate, aumentate in modo costante nei quattro anni di sperimentazione.

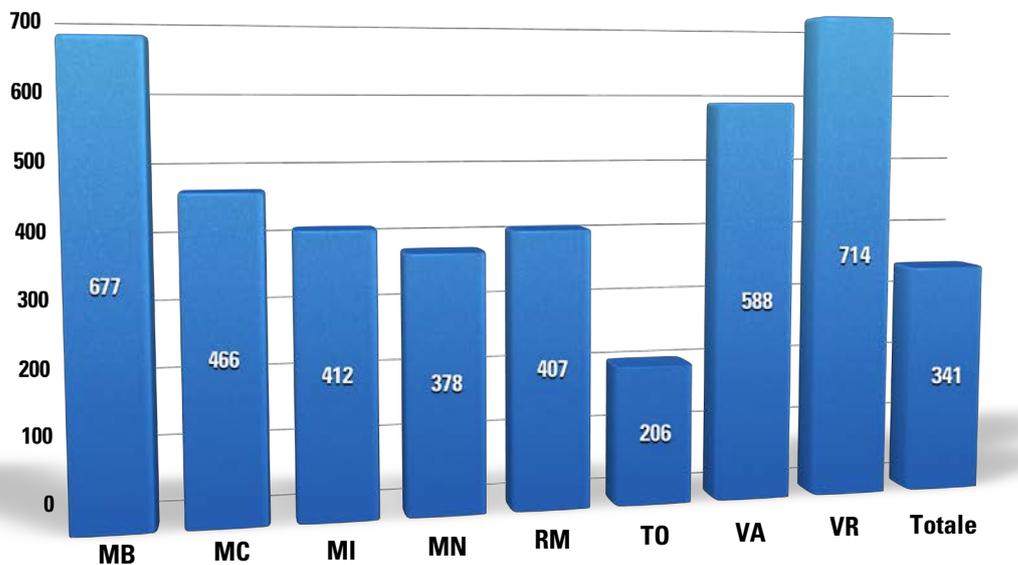
In tabella 9.3 e in figura 9.3 è possibile visualizzare infine il contributo di ciascuna provincia all'andamento complessivo. Mediamente in ogni farmacia vengono consegnate 341 confezioni, ma le differenze di generosità nelle differenti province sono molto elevate: dalle 714 confezioni raccolte in media nelle 10 farmacie della provincia di Verona, si scende fino alle 206 raccolte nelle 111 farmacie di Torino, provincia che in ragione di questa capillarità di presenza può vantare il record di raccolto con quasi 23.000 confezioni (sempre relativamente ai soli primi III trimestri del 2016).

**TABELLA 9.3**  
**NUMERO DI CONFEZIONI DI FARMACI RACCOLTI MEDIANTE IL RECUPERO DI FARMACI VALIDI**  
**E RELATIVO NUMERO DI FARMACIE (IN CUI È AVVENUTO LO SCARICO DEI BIDONI).**  
**PROVINCE ITALIANE, PRIMI III TRIM. 2016**

Provincia	Numero di confezioni	Numero di farmacie
MB	6.771	10
MC	1.398	3
MI	18.965	46
MN	1.512	4
RM	19.143	47
TO	22.834	111
VA	2.351	4
VR	7.143	10
<b>Totale</b>	<b>80.117</b>	<b>235</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

**FIGURA 9.3**  
**NUMERO DI CONFEZIONI MEDI PER FARMACIA RACCOLTI MEDIANTE IL RECUPERO DI FARMACI VALIDI.**  
**PROVINCE ITALIANE, GENNAIO-SETTEMBRE 2016.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

## 10. | GLI ENTI NON PROFIT

Il numero degli enti non profit che partecipa alla rete del Banco Farmaceutico varia sensibilmente a seconda che si faccia riferimento alla GRF o alla redistribuzione delle donazioni provenienti dalle aziende farmaceutiche; mentre alla prima esperienza partecipano varie centinaia di enti, di piccole e grandi dimensioni, alla seconda partecipano solo gli enti di maggiori dimensioni e quelli più strutturati che sono in numero più ridotto<sup>7</sup>. L'acquisizione delle donazioni aziendali richiede in effetti un impegno costante non solo da parte del Banco Farmaceutico, ma anche da parte degli enti beneficiari che debbono essere in grado di: 1) programmare e monitorare il loro fabbisogno di medicinali; 2) gestire farmaci diversi da quelli da banco; 3) gestire in tempo reale flussi informativi complessi; 4) immagazzinare quantità elevate di farmaci. La distribuzione delle donazioni aziendali a un numero più elevato di enti richiederebbe a tutta la filiera uno sforzo supplementare che al momento non sembra sostenibile, sia dal punto di vista economico sia dal punto di vista logistico-organizzativo.

Dai dati sulle donazioni aziendali (cfr. cap. 6) sappiamo che nei primi 8 mesi del 2016 gli enti che hanno beneficiato di questa fonte sono stati 40 (pari al 2% del totale nazionale) e che questi enti hanno distribuito agli indigenti 800 mila confezioni di farmaci, appartenenti non soltanto alla tipologia dei prodotti di automedicazione, ma anche a quella dei prodotti con obbligo di prescrizione, agli integratori e ai presidi e risultano dunque più differenziati rispetto a quelli provenienti dalla GRF (Tab. 10.1). Gli enti destinatari delle donazioni aziendali hanno sede solo in 7 regioni su 20, e in ciascuna di queste regioni rappresentano una quota percentuale decisamente contenuta (dal 2 al 6%) rispetto al totale degli enti ivi operanti. La distribuzione per regione delle donazioni aziendali mostra però una forte concentrazione (71%) a favore degli enti con sede in Lombardia e, in seconda battuta, in Emilia e Romagna (9%). All'interno dei 40 enti che hanno ricevuto le donazioni aziendali,

<sup>7</sup> A beneficiare delle donazioni aziendali sono grandi strutture assistenziali che rispondono ai seguenti criteri:

- si occupano di assistenza sanitaria in Italia o in paesi in via di sviluppo;
- hanno personale medico che può dispensare farmaci con obbligo di prescrizione
- dispongono di armadio/magazzino farmaceutico

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

risulta abbastanza eclatante la situazione dei 17 enti che operano anche all'estero (pari al 43 % di questo gruppo), in quanto hanno beneficiato di ben l'82% di tutte le confezioni provenienti dalle aziende. In quest'ultimo dato troviamo una conferma delle elevate caratteristiche organizzative di questi enti così come del particolare tipo di fabbisogno dei loro beneficiari. Tutti i 40 enti in questione hanno ricevuto un numero supplementare di farmaci rispetto alla GRF e hanno dunque potuto aiutare gli indigenti con cui sono entrati in contatto talora in modo più estensivo e talora in modo più intensivo.

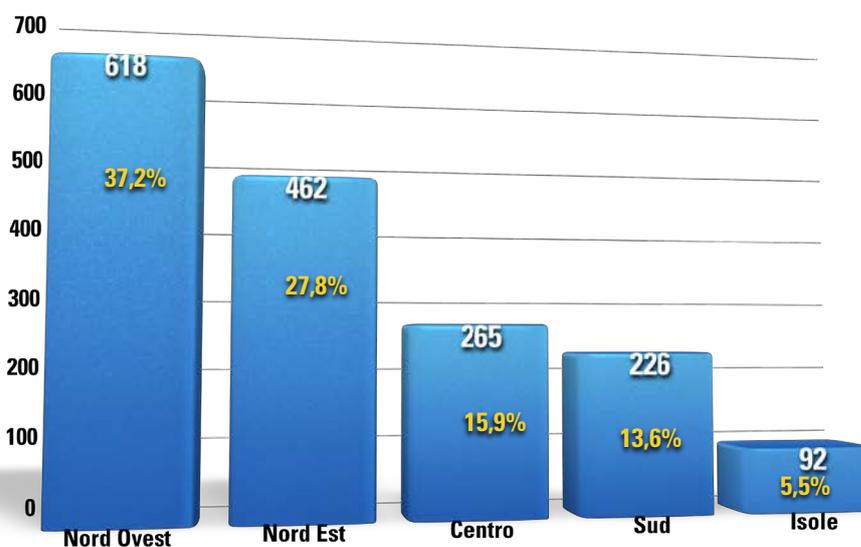
**TABELLA 10.1**  
**NUMERO DI CONFEZIONI RICEVUTE (ACCETTATE E RIPARTITE) DALLE DONAZIONI AZIENDALI RIPARTITE AGLI ENTI E NUMERO DI ENTI DESTINATARI DEI FARMACI. REGIONI DELL'ENTE, GENNAIO - AGOSTO 2016.**

Regione dell'ente	N. di enti destinatari di donazioni aziendali		Numero di confezioni ricevute	Distribuzione % confezioni ricevute
	N. assoluto	% sul totale degli enti		
Piemonte	8	4%	29.612	3,7
Lombardia	17	5%	575.395	71,9
Veneto	3	2%	5.424	0,7
Emilia-Romagna	4	2%	77.756	9,7
Toscana	2	2%	36.979	4,6
Lazio	3	6%	51.382	6,4
Sicilia	3	6%	23.608	3,0
<b>ITALIA</b>	<b>40</b>	<b>2%</b>	<b>800.156</b>	<b>100,0</b>
<b>Di cui destinati a enti operanti all'estero</b>	<b>17</b>	<b>43%</b>	<b>654.369</b>	<b>81,8</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Gli enti non profit che hanno partecipato alla GRF 2016 ammontano a 1.663 unità, concentrate principalmente nel Nord Ovest (37,2%) e nel Nord Est (27,8%) e in via decrescente nel Centro, nel Sud e nelle Isole (Fig. 10.1)

**FIGURA 10.1**  
**NUMERO DI ENTI E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER RIPARTIZIONE. ANNO 2016.**

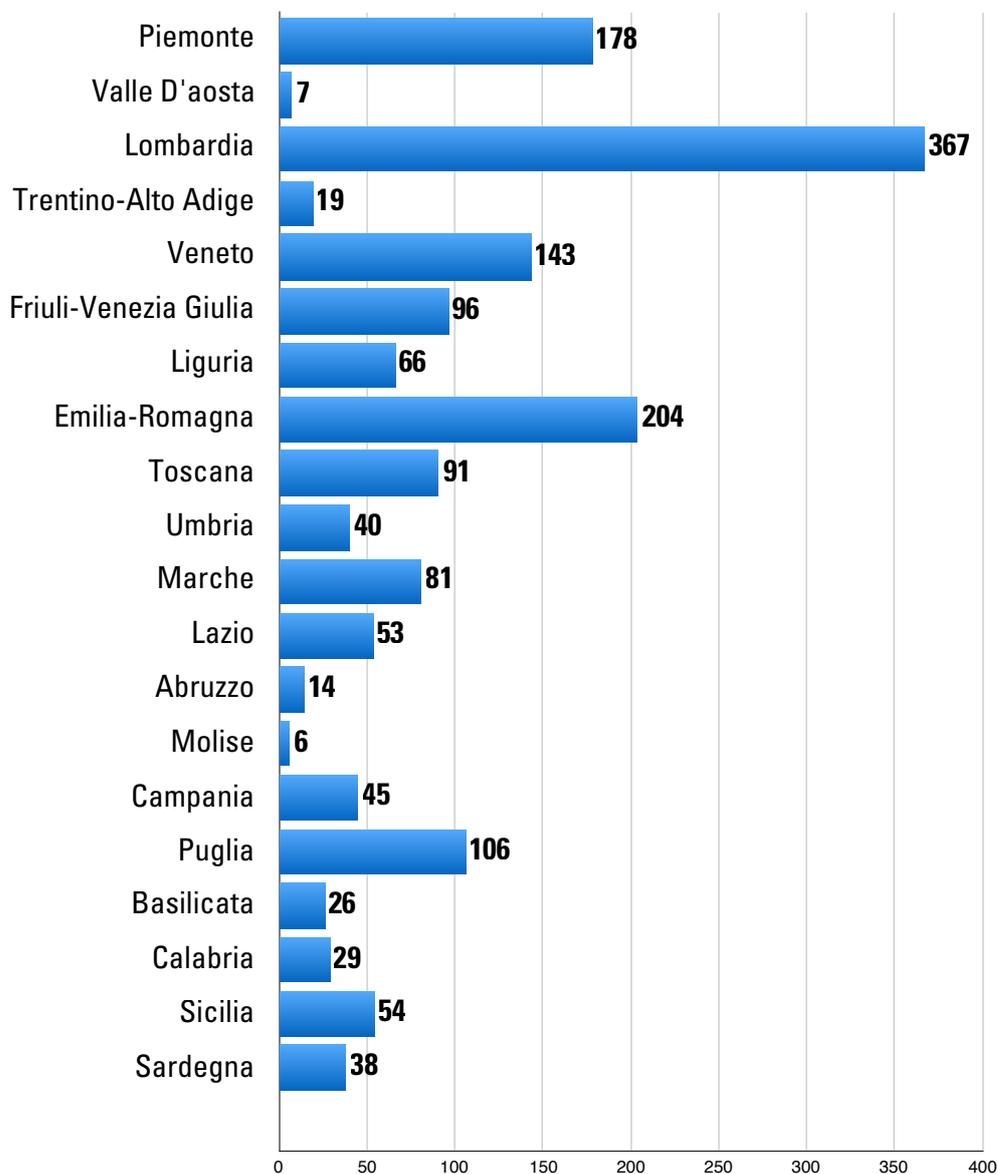


Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

La distribuzione degli enti per regione ricalca gli andamenti osservati per le farmacie (cap. 7): è maggioritaria in Lombardia (367 enti) e sensibilmente accentuata in Emilia-Romagna (204), Piemonte (178) e Veneto (143). Tra le regioni del Sud la situazione più favorevole si manifesta in Puglia, ove operano 106 unità (Fig. 10.2)

**FIGURA 10.2**  
NUMERO DI ENTI PER REGIONE. ANNO 2016.

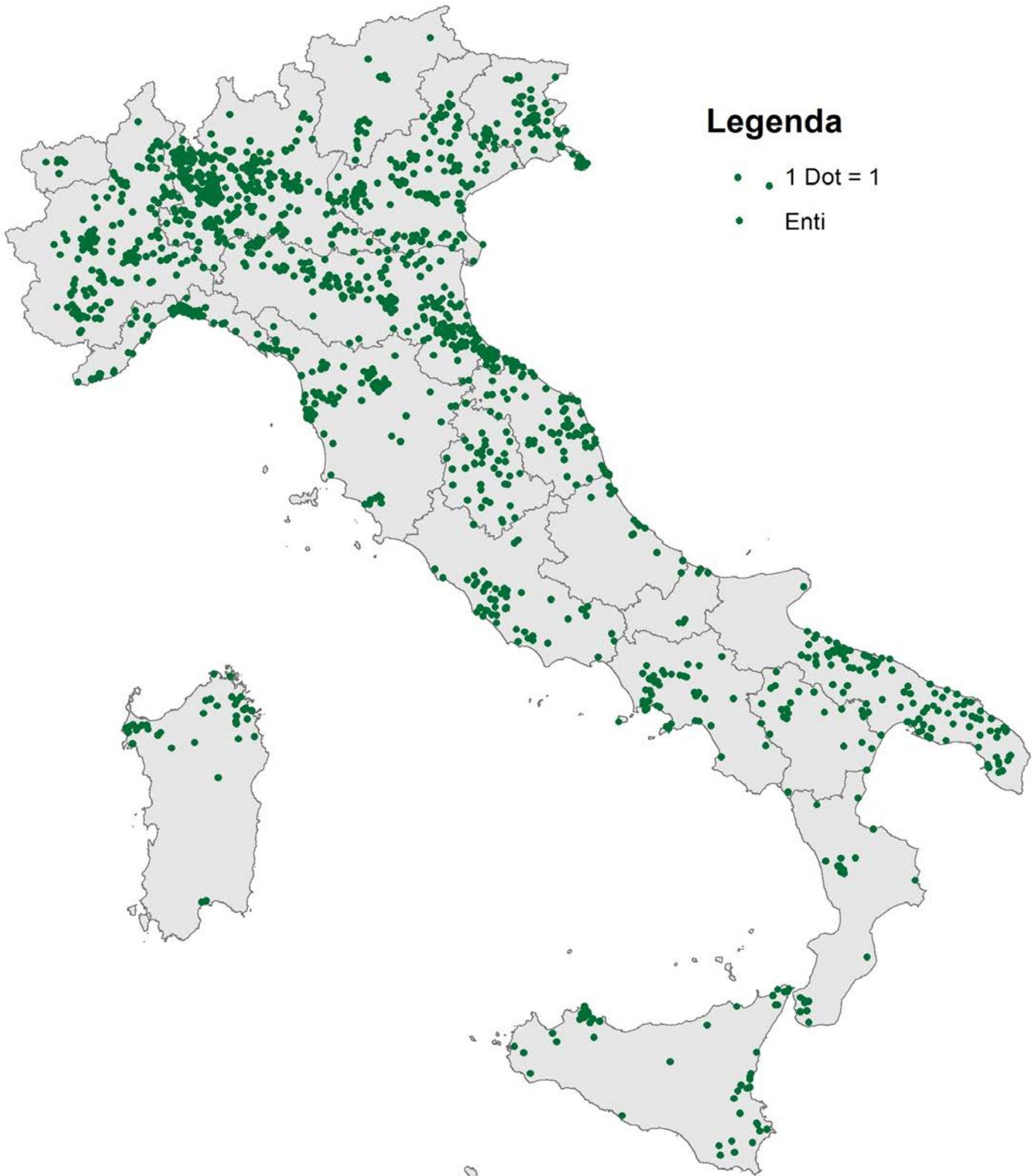


Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

La distribuzione territoriale degli "enti - GRF" su base comunale evidenzia una collocazione a macchia di leopardo, con addensamenti forti nelle regioni del Nord e limitati nelle regioni del Sud e delle Isole (Mappa 10.1). In via speculare va anche notato che gran parte della popolazione non ha la possibilità di entrare in contatto con gli enti assistenziali e di usufruire dei loro aiuti. Questa difficoltà di accesso e dunque l'esclusione da eventuali aiuti sono più elevate nelle Isole e in alcune province del Centro (Abruzzo e Molise) e del Sud (Puglia e Calabria).

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**MAPPA 10.1**  
**N. DI ENTI. COMUNI ITALIANI, ANNO 2016**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Al pari delle farmacie (cfr. cap. 7), anche gli enti che hanno aderito alla GRF sono cambiati di numero con

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

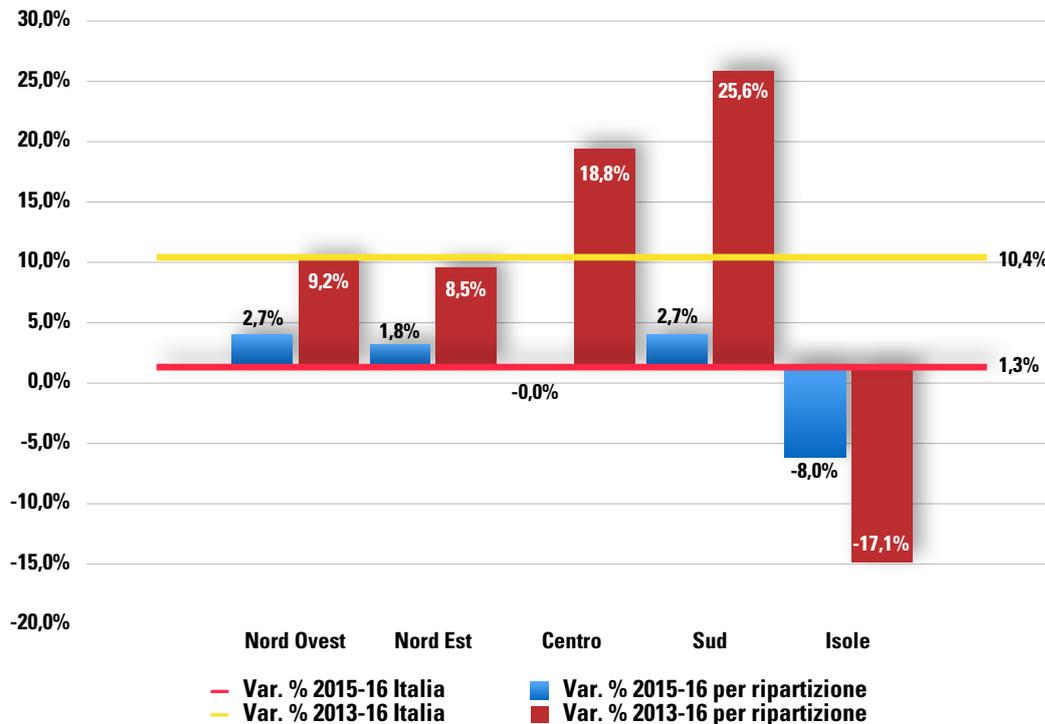
un aumento, su base nazionale, dell'1,3% nell'ultimo anno (2015-16) e del 10,4% nel quadriennio 2013-2016. A queste dinamiche generali corrispondono andamenti eterogenei nelle singole ripartizioni, con forti criticità nelle Isole ove gli enti sono diminuiti per più anni consecutivi segnando un -17,1% nel periodo 2013-16 e un -8% nell'ultimo anno (2015-16) (Tab. 10.2 e Fig. 10.3).

**TABELLA 10.2**  
**VARIAZIONE PERCENTUALE DEGLI ENTI NELL'ULTIMO ANNO (2015-2016) E SUL LUNGO PERIODO (2013-2016).**  
**RIPARTIZIONI ITALIANE.**

	2013	2014	2015	2016	Var. % 2015-16 per ripartizione	Var. % 2013-16 per ripartizione
<b>Nord Ovest</b>	566	593	602	618	2,7%	9,2%
<b>Nord Est</b>	426	441	454	462	1,8%	8,5%
<b>Centro</b>	223	235	265	265	0,0%	18,8%
<b>Sud</b>	180	196	220	226	2,7%	25,6%
<b>Isole</b>	111	111	100	92	-8,0%	-17,1%
<b>Italia</b>	1.506	1.576	1.641	1.663	1,3%	10,4%

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

**FIGURA 10.3**  
**VARIAZIONE PERCENTUALE DEGLI ENTI NELL'ULTIMO ANNO (2015-2016)**  
**E SUL MEDIO PERIODO (2013-2016). RIPARTIZIONI ITALIANE.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Se l'aumento complessivo degli enti convenzionati in occasione della GRF è un segnale incoraggiante di fiducia nei confronti di BF, questo stesso fatto indica anche un incremento della domanda di aiuto a cui però non ha corrisposto un incremento dei farmaci da donare. In un sistema di ripartizione degli aiuti guidato dall'offerta piuttosto che dalla domanda questa situazione produce effetti problematici sul piano psicologico ed operativo: genera infatti un aumento delle aspettative e delle delusioni, da un lato, e una contrazione delle risorse da ripartire, con un peggioramento della situazione per gli utenti finali.

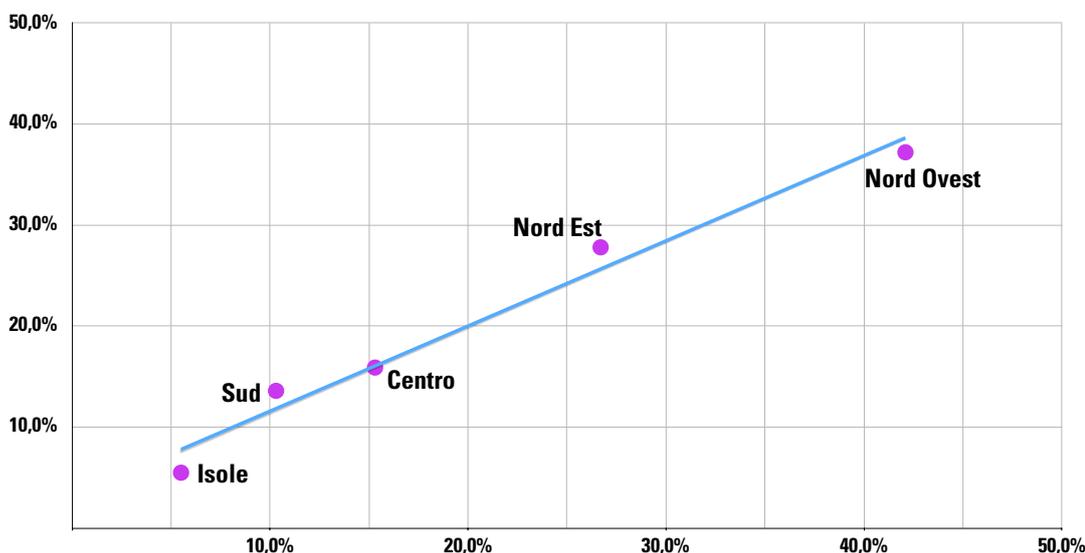
La distribuzione percentuale degli enti e delle farmacie nelle diverse ripartizioni ha andamenti abbastanza simili, con qualche lieve differenza nel Nord Ovest dove la concentrazione relativa delle farmacie (42%) supera quella degli enti (Tab. 10.3 e Fig. 10.4)

**TABELLA 10.3**  
DISTRIBUZIONE DEGLI ENTI E DELLE FARMACIE PER RIPARTIZIONE. GRF 2016

	Numero enti	Distribuzione % enti	GRF 2016	Distribuzione % farmacie
<b>Nord Ovest</b>	618	37,2	1.549	42,1
<b>Nord Est</b>	462	27,8	984	26,7
<b>Centro</b>	265	15,9	563	15,3
<b>Sud</b>	226	13,6	379	10,3
<b>Isole</b>	92	5,5	203	5,5
<b>Italia</b>	1.663	100	3.681	100

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

**FIGURA 10.4**  
QUOTA % ENTI ASSISTENZIALI E QUOTA % FARMACIE PER RIPARTIZIONE. GRF 2016



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

La localizzazione per comuni degli enti e delle farmacie (Mappa 10.2) mostra relazioni ancora più dettagliate e strette tra queste due variabili, con una disposizione ad arcipelago che insieme alla prossimità favorisce la collaborazione. Troviamo in pratica una conferma della strategia dei "gemellaggi" tra le farmacie e gli enti caritativi che per lo più continua tutto l'anno, sia pure con flussi di medicinali più limitati e saltuari.

**MAPPA 10.2**  
**ADDENSAMENTO DEGLI ENTI INTORNO ALLE FARMACIE PARTECIPANTI ALLA GRF.**  
**COMUNI ITALIANI, ANNO 2016.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

L'andamento sinergico tra la distribuzione territoriale delle farmacie e degli enti che partecipano alla GRF è confermato in via diretta dalla tabella 10.4 e dal corrispondente grafico di dispersione con indicata la linea di tendenza che interpola tutte le coordinate (Fig. 10.5).

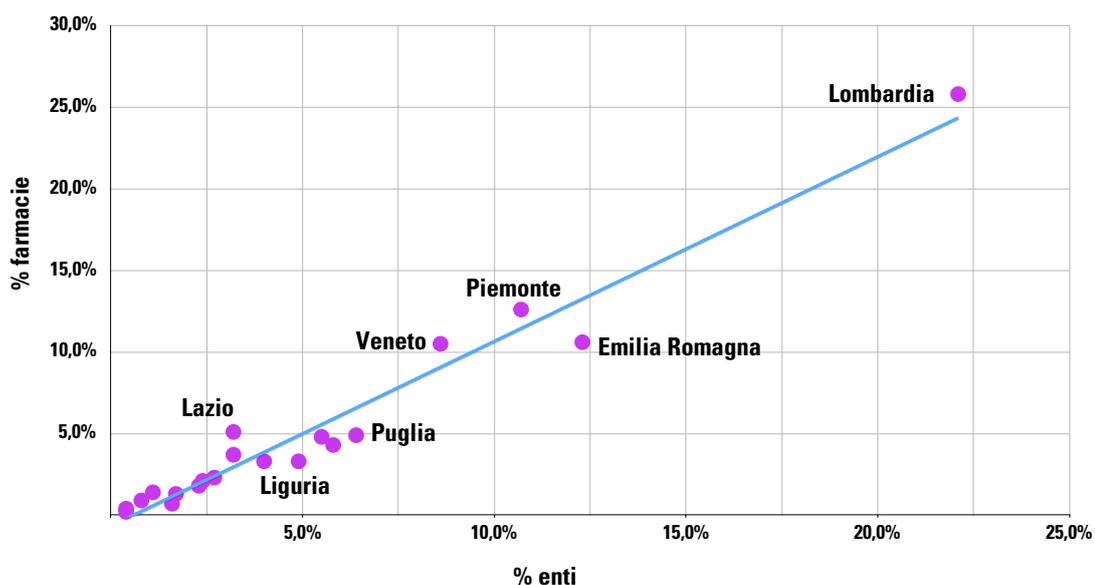
## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

TABELLA 10.4  
N. ENTI GRF E N. FARMACIE PER REGIONE. VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI. ANNO 2016

Regione	N. farmacie GRF	% farmacie sul totale	N. Enti GRF	Distribuzione % enti
Piemonte	463	12,6	178	10,7
Valle D'aosta	15	0,4	7	0,4
Lombardia	951	25,8	367	22,1
Trentino-Alto Adige	51	1,4	19	1,1
Veneto	385	10,5	143	8,6
Friuli-Venezia Giulia	159	4,3	96	5,8
Liguria	120	3,3	66	4,0
Emilia-Romagna	389	10,6	204	12,3
Toscana	176	4,8	91	5,5
Umbria	78	2,1	40	2,4
Marche	122	3,3	81	4,9
Lazio	187	5,1	53	3,2
Abruzzo	33	0,9	14	0,8
Molise	7	0,2	6	0,4
Campania	84	2,3	45	2,7
Puglia	182	4,9	106	6,4
Basilicata	26	0,7	26	1,6
Calabria	47	1,3	29	1,7
Sicilia	136	3,7	54	3,2
Sardegna	67	1,8	38	2,3
<b>ITALIA</b>	<b>3.681</b>	<b>100</b>	<b>1.663</b>	<b>100</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

FIGURA 10.5  
DISTRIBUZIONE % ENTI E % FARMACIE GRF 2016 PER REGIONI



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

Gli enti convenzionati con BF sono solo una parte di quelli che - secondo il censimento Istat sugli enti non profit condotto nel 2011 - erogano servizi simili alla popolazione residente. Il tasso di copertura degli enti GRF varia comunque in ciascuna regione, con un picco del 46% nel Friuli Venezia Giulia e un livello minimo del 2% nel Trentino Alto-Adige, mentre il tasso complessivo si attesta sul 18,4%. Le variazioni rispetto all'anno precedente sono molto contenute a conferma di rapporti storici consolidati tra i partner della convenzione (Tab. 10.5 e Mappa 10.3).

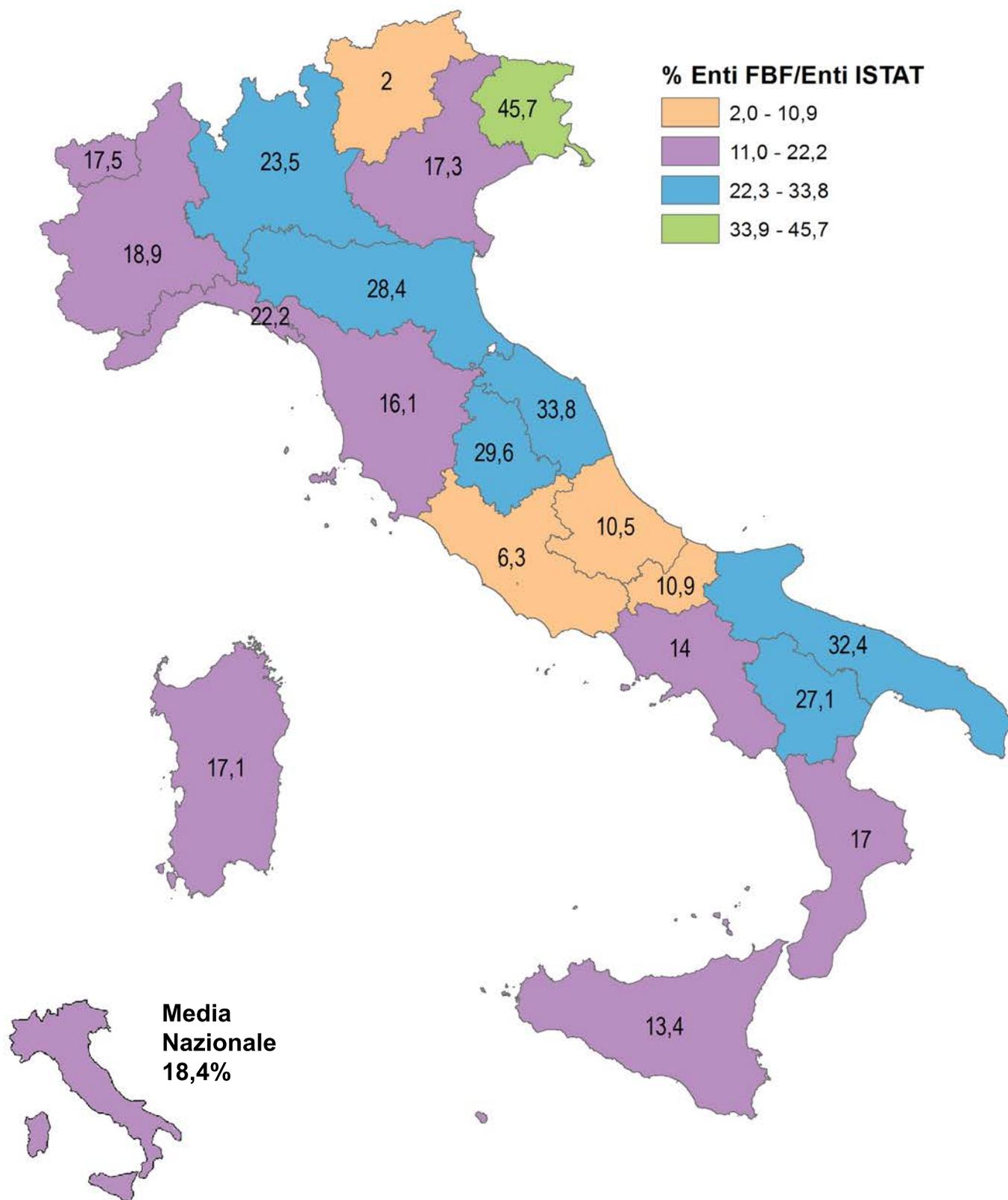
**TABELLA 10.5**  
**QUOTA PERCENTUALE DI ENTI CONVENZIONATI CON FBF SUL TOTALE DEGLI ENTI CARITATIVI CENSITI DA ISTAT.**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2016.**

Regione	Numero Enti	Numero enti caritativi Istat	Enti FBF/enti ISTAT
Piemonte	178	941	18,9
Valle D'aosta	7	40	17,5
Lombardia	367	1.559	23,5
Trentino-Alto Adige	19	939	2,0
Veneto	143	826	17,3
Friuli-Venezia Giulia	96	210	45,7
Liguria	66	297	22,2
Emilia-Romagna	204	719	28,4
Toscana	91	566	16,1
Umbria	40	135	29,6
Marche	81	240	33,8
Lazio	53	841	6,3
Abruzzo	14	133	10,5
Molise	6	55	10,9
Campania	45	322	14,0
Puglia	106	327	32,4
Basilicata	26	96	27,1
Calabria	29	171	17,0
Sicilia	54	403	13,4
Sardegna	38	222	17,1
<b>ITALIA</b>	<b>1.663</b>	<b>9.042</b>	<b>18,4</b>

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

# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

**MAPPA 10.3**  
**QUOTA PERCENTUALE DI ENTI CONVENZIONATI CON FBF SUL TOTALE DEGLI ENTI CARITATIVI CENSITI DA ISTAT.**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2016.**



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

PARTE TERZA

## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

L'erogazione di prestazioni sanitarie da parte degli enti convenzionati alla GRF convive con molte altre attività, tra cui risultano particolarmente diffuse le forme di accoglienza di tipo residenziale (48%), la distribuzione di cibo (48% dei casi) e di abbigliamento (33%), l'erogazione di contributi economici (21%), la gestione di servizi di segretariato (31%) a cui si legano servizi di accompagnamento e di consulenza in campo lavorativo e legale (8%). Nell'ambito delle prestazioni sanitarie troviamo vere e proprie forme di assistenza infermieristica (28%) e medica (27%) oltre a forme di distribuzione dei farmaci a specifici target di indigenti (55%) (Tab. 10.6).

**TABELLA 10.6**  
**SERVIZI OFFERTI DAGLI ENTI (NUMERO E QUOTA % DI ENTI).**  
**ITALIA, ANNO 2016.**

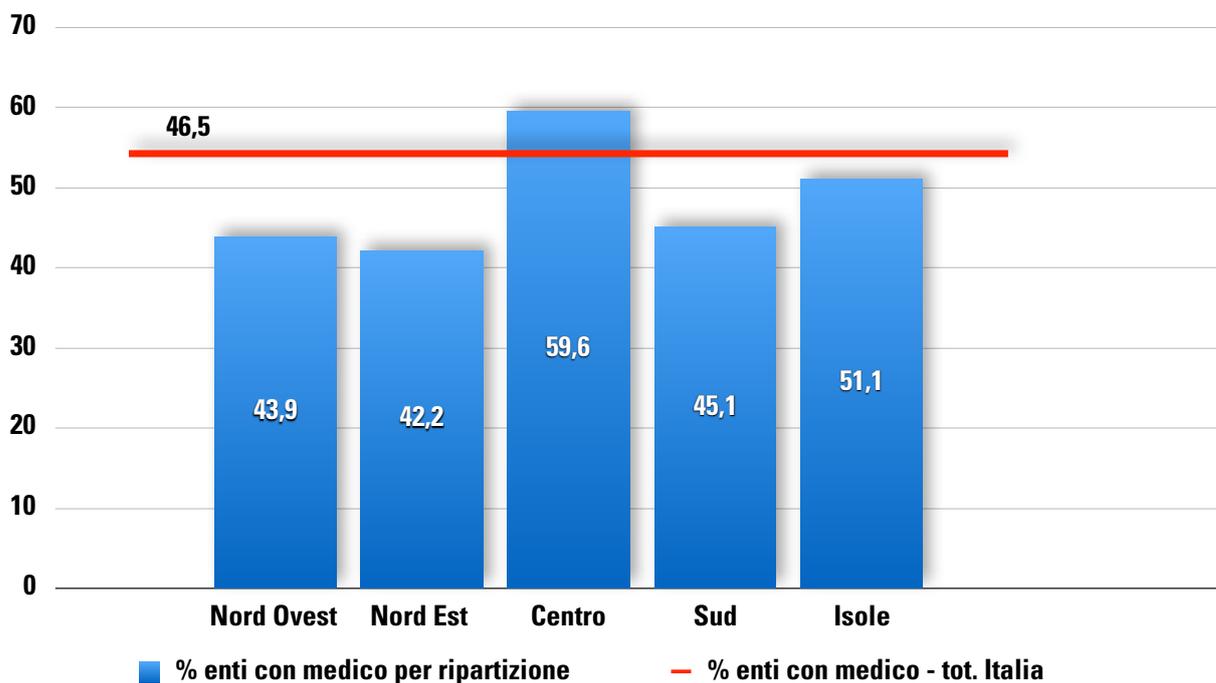
Servizio offerto	N. Enti	Quota % di enti
Servizio mensa o distribuzione cibo e pacchi alimentari	798	48%
Assistenza infermieristica	458	28%
Assistenza medica	446	27%
Distribuzione farmaci	911	55%
Dormitorio	174	10%
Casa di accoglienza o comunità	796	48%
Distribuzione abbigliamento	550	33%
Servizi per l'igiene (docce)	197	12%
Erogazione di contributi monetari o pagamento utenze	343	21%
Servizio di segretariato sociale e ascolto	509	31%
Accompagnamento	373	22%
Sportello Lavoro	131	8%
Servizio Legale	137	8%
Altro	140	8%

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

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

La presenza di personale medico - che qualifica la vocazione propriamente sanitaria degli enti convenzionati - è diffusa nel 46% dei casi, con valori superiori alla media nelle strutture che operano nel Centro (59%) e nelle Isole (51%) (Fig. 10.6).

**FIGURA 10.6**  
**PRESENZA DEL MEDICO NEGLI ENTI (VALORI %). RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNO 2016.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

In vista della GRF ogni ente è invitato dal Banco farmaceutico a segnalare il suo fabbisogno di farmaci distinto per tipologia, in modo da poter trasmettere alle farmacie la lista dei prodotti richiesti e la loro ripartizione ottimale. Le richieste trasmesse dagli Enti rappresentano la base di riferimento per procedere alla ripartizione finale dei farmaci effettivamente raccolti, adottando un criterio proporzionale sia per quanto riguarda le tipologie che i quantitativi. Le richieste danno in ogni caso una misura dell'obiettivo ottimale e funzionano dunque come termine di riferimento per l'acquisizione da parte del Banco Farmaceutico di ulteriori donazioni provenienti dalle farmacie e dalle aziende farmaceutiche.

E' il caso di sottolineare che la GRF del 2016 ha registrato un'impennata delle confezioni richieste, con una variazione dell'8,3% rispetto all'anno precedente (Tab. 10.7). La richiesta crescente nel corso degli anni spiega la variazione del 16% registrata su base nazionale nel periodo 2013-2016, bisogna tuttavia considerare che, in entrambi i casi, i valori medi esprimono una dinamica altamente differenziata nelle diverse ripartizioni e regioni. In qualche misura contro-intuitiva è, in particolare, la contrazione, delle richieste provenienti dagli enti che operano nelle Isole, tenuto conto della forte incidenza della povertà e della già esigua presenza di enti assistenziali impegnati nel contrasto della povertà sanitaria. In realtà, questa contrazione dipende dalla riduzione del numero di enti convenzionati (che forse hanno cessato anche l'attività) che sono passati da 100 (nel 2015) a 92 unità (vedi Tab. 10.1).

PARTE TERZA

## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

**TABELLA 10.7**  
**RICHIESTE DEGLI ENTI IN OCCASIONE DELLA GRF (NUMERO DI CONFEZIONI).**  
**RIPARIZIONI ITALIANE, ANNI 2013-2016.**

Ripartizione	Richieste in N. confezioni farmaci				Variazione % 2013-16	Variazione % 2015-16
	GRF 2013	GRF 2014	GRF 2015	GRF 2016		
<b>Nord Ovest</b>	318.716	335.406	368.418	410.018	28,6%	11,3%
<b>Nord Est</b>	175.914	183.913	196.469	206.988	17,7%	5,4%
<b>Centro</b>	191.505	164.382	176.080	197.853	3,3%	12,4%
<b>Sud</b>	58.765	69.606	69.323	73.983	25,9%	6,7%
<b>Isole</b>	67.986	65.003	60.964	54.916	-19,2%	-9,9%
<b>ITALIA</b>	812.886	818.310	871.254	943.758	16,1%	8,3%

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

I quantitativi richiesti al Banco Farmaceutico in occasione della GRF dipendono sia dall'ammontare del fabbisogno sia dal numero degli enti convenzionati; risulta dunque opportuno considerare anche gli andamenti del numero di confezioni per enti nelle diverse ripartizioni (Tab. 10.8). L'uso di questo indicatore produce risultati in parte differenti rispetto a quanto abbiamo considerato, anche se conferma la tendenza generale alla crescita del fabbisogno, sia nel breve periodo (2015-2016: + 6,9%) sia nel medio periodo (2013-16: + 5,1%). Colpisce in particolare il trend negativo (- 13,1%) che si è registrato nel Centro Italia nel periodo 2013-16, principalmente a causa dell'incremento del numero degli enti e della relativa stabilità del fabbisogno dichiarato.

**TABELLA 10.8**  
**RICHIESTE DEGLI ENTI IN OCCASIONE DELLA GRF (NUMERO DI CONFEZIONI PER ENTE).**  
**RIPARIZIONI ITALIANE, ANNI 2013-2016.**

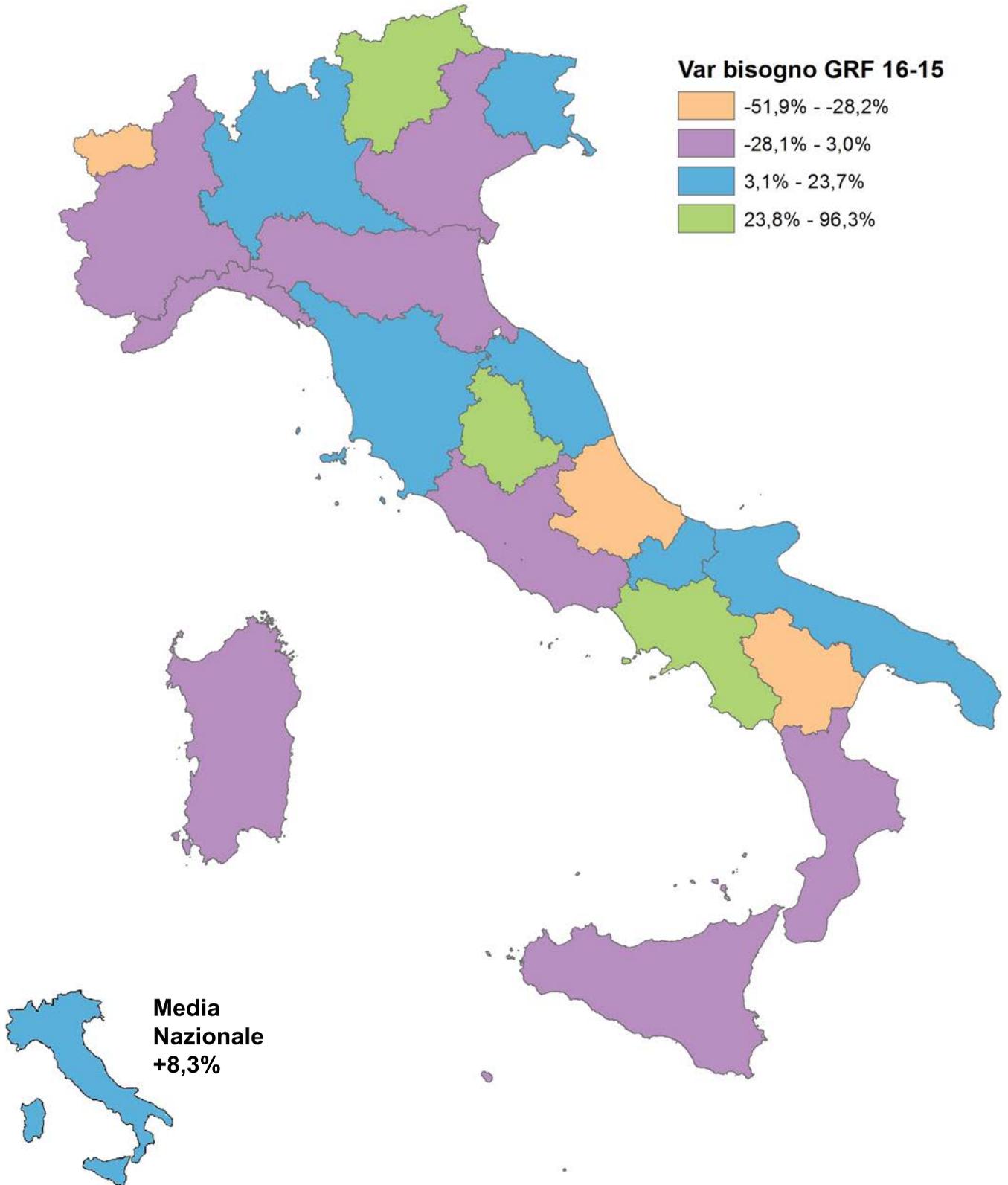
Ripartizione	Richieste in N. confezioni farmaci per ente				Variazione % 2013-16	Variazione % 2015-16
	GRF 2013	GRF 2014	GRF 2015	GRF 2016		
<b>Nord Ovest</b>	563	566	612	663	17,8%	8,4%
<b>Nord Est</b>	413	417	433	448	8,5%	3,5%
<b>Centro</b>	859	699	664	747	-13,1%	12,4%
<b>Sud</b>	326	355	315	327	0,3%	3,9%
<b>Isole</b>	612	586	610	597	-2,5%	-2,1%
<b>ITALIA</b>	540	519	531	568	5,1%	6,9%

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

La disaggregazione dei dati di breve periodo per regioni (Mappa 10.4) mostra che in 9 regioni su 20 il fabbisogno dichiarato nel 2016 è calato rispetto al 2015 in misura talora molto consistente, come in Basilicata, in Abruzzo, in Valle d'Aosta. E' bene sottolineare che la variazione si riferisce alla stima del fabbisogno e che dunque il risultato negativo potrebbe essere semplicemente il frutto di una valutazione più accurata delle informazioni a disposizione.

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**MAPPA 10.4**  
(SOLO DATO VARIAZIONE)



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

PARTE TERZA

## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

Le proposte formulate dagli Enti debbono in ogni caso misurarsi con il numero delle confezioni effettivamente raccolte sulla cui base è possibile calcolare il “tasso di copertura” pari al 37,5% su base nazionale (Tab. 10.9). Le situazioni più virtuose si registrano in Vall’ d’Aosta (83,8%), Molise (71,8%), Abruzzo (65,7%), Marche (60,4%), Emilia Romagna (58,4%), Basilicata (56,4%), Sardegna (50,6%), mentre quelle più sfavorevoli si registrano nel Lazio (15,7%), Trentino-Alto Adige (17,7%), Sicilia (28,2%). Riequilibrare questi risultati non è impresa semplice perché la ripartizione dei farmaci raccolti avviene a livello locale, mentre non sono previsti interventi redistributivi a livello centrale che per l’appunto potrebbero introdurre utili correttivi.

**TABELLA 10.9**  
**RICHIESTE DEGLI ENTI IN OCCASIONE DELLA GRF E COPERTURA RISPETTO ALLE CONFEZIONI RIPARTITE.**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2016.**

Regione	N. di confezioni richieste	N. di confezioni ripartite	Tasso di copertura %
Piemonte	123.095	48.032	39,0%
Valle D'aosta	2.140	1.793	83,8%
Lombardia	254.559	102.964	40,4%
Trentino-Alto Adige	31.430	5.573	17,7%
Veneto	74.604	31.667	42,4%
Friuli-Venezia Giulia	39.125	16.511	42,2%
Liguria	30.224	11.223	37,1%
Emilia-Romagna	61.829	36.093	58,4%
Toscana	41.718	16.306	39,1%
Umbria	33.449	6.809	20,4%
Marche	18.228	11.001	60,4%
Lazio	104.458	16.350	15,7%
Abruzzo	4.617	3.032	65,7%
Molise	1.058	760	71,8%
Campania	18.477	6.262	33,9%
Puglia	36.514	16.439	45,0%
Basilicata	3.959	2.231	56,4%
Calabria	9.358	3.194	34,1%
Sicilia	45.336	12.765	28,2%
Sardegna	9.580	4.845	50,6%
<b>ITALIA</b>	<b>943.758</b>	<b>353.851</b>	<b>37,5%</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Qualche considerazione aggiuntiva merita la presenza di 29 Enti convenzionati con il Banco Farmaceutico che hanno la loro sede in Italia ma che operano all'estero e dunque destinano i loro aiuti ad altre popolazioni.

La maggior parte di questi Enti (11 unità) ha sede nel Nord-Ovest, ma se guardiamo ai quantitativi richiesti, osserviamo un sostanziale equilibrio tra chi opera in questa ripartizione e chi opera nel Centro Italia (7 unità): in pratica, 18 enti (pari al 62% del totale) hanno richiesto l'89% dei farmaci.

Ben diverso è invece stato il risultato finale, più favorevole per gli enti con sede nel Nord Ovest in quanto hanno raggiunto un tasso di copertura del 22,8% a fronte del corrispondente 11,3% ottenuto dagli enti con sede nel Centro. Anche in questo caso conta l'assenza di criteri redistributivi tra le diverse aree territoriali sulla base di parametri oggettivi definiti ex ante. Particolarmente favorevole è il risultato conseguito dai pochi enti "internazionali" con sede al Sud e nelle Isole in quanto hanno raggiunto un tasso di copertura pari rispettivamente al 66,8% e all'85,7%, ma si deve notare che, a livello complessivo, i 29 enti "internazionali" hanno raggiunto un tasso di copertura del 19%, decisamente inferiore al 37% ottenuto dall'insieme dei 1663 enti convenzionati (1663) (Tab. 10.10).

TABELLA 10.10

GLI ENTI CON SEDE ITALIANA MA OPERANTI ALL'ESTERO: NUMERO DI ENTI ADERENTI ALLA GRF, NUMERO DI FARMACI RICHIESTI E NUMERO DI FARMACI RIPARTITI. RIPARTIZIONI ITALIANE SEDE DELL'ENTE, ANNO 2016.

Sede italiana dell'ente operante all'estero	N. Enti	N. di confezioni richieste	N. di confezioni ripartite	Tasso di copertura %
Nord Ovest	11	21.734	4.962	22,8%
Nord Est	6	4.009	896	22,3%
Centro	7	20.029	2.267	11,3%
Sud	4	804	537	66,8%
Isole	1	265	227	85,7%
<b>ITALIA</b>	<b>29</b>	<b>46.841</b>	<b>8.889</b>	<b>19,0%</b>
% sul totale enti (operanti in italia o all'estero)	1,7%	5,0%	2,5%	-

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

## 11. | I BENEFICIARI DEGLI AIUTI

La complessa organizzazione della filiera del dono gestita dal Banco Farmaceutico trova il suo cruciale banco di prova nel trasferimento di tutte le donazioni raccolte alle persone indigenti che sono gli "ultimi" nella catena logistica, ma sono i "primi" dal punto di vista dello scopo per cui è nato il Banco. In questa prospettiva il numero dei beneficiari finali degli aiuti farmaceutici può essere assunto, nello stesso tempo, come misura dell'efficacia dell'intera filiera del dono e come misura degli sforzi aggiuntivi che sarebbe necessario compiere per ridurre la povertà sanitaria, specie nelle aree più svantaggiate del paese. La distribuzione dei beneficiari per ripartizione raggiunge infatti il suo minimo nel Mezzogiorno (Sud + Isole: 17,1%) dove nel 2015 è concentrato il 45% dei poveri assoluti e raggiunge invece il suo massimo nel Nord (Nord Ovest + Nord Est: 62,9%) dove è concentrato il 40% dei più svantaggiati (Tab. 11.1). Si tratta di un evidente paradosso a cui tuttavia le organizzazioni del privato sociale non possono far fronte senza il robusto sostegno e l'impegno diretto delle istituzioni pubbliche.

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**TABELLA 11.1**  
**POTENZIALE COPERTURA: RAPPORTO BENEFICIARI / INDIVIDUI IN POVERTÀ ASSOLUTA.**  
**RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNO 2016.**

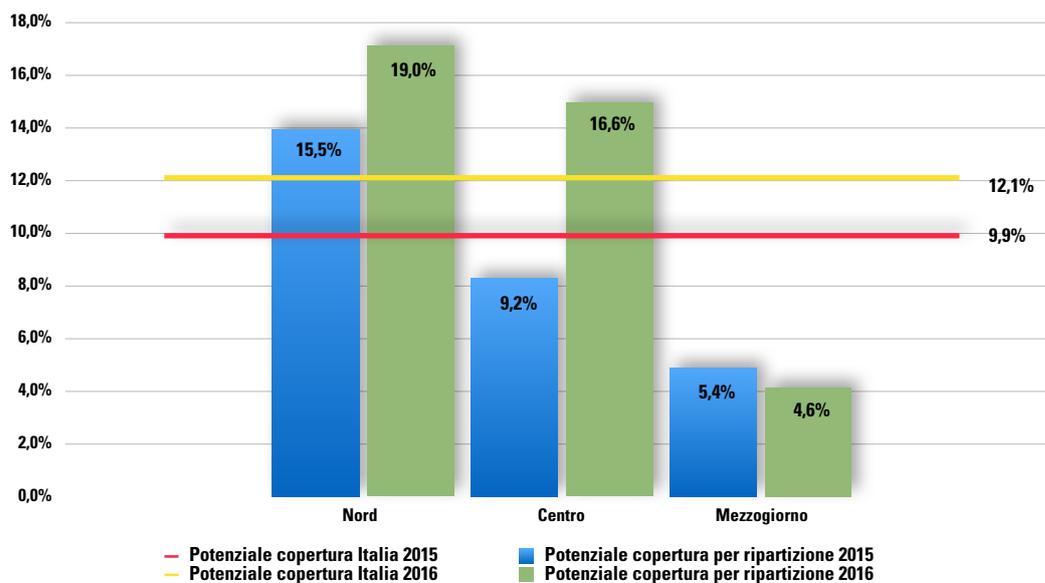
	Individui in povertà assoluta 2015	% individui in povertà assoluta 2015	Beneficiari 2016	% beneficiari 2016	Potenziale copertura per ripartizione 2016
Nord	1.842.666	40,1	350.722	62,9	19,0
Centro	671.103	14,6	111.539	20,0	16,6
Mezzogiorno	2.084.266	45,3	94.990	17,0	4,6
ITALIA	4.598.035	100	557.251	100	12,1

Fonte: sistema di monitoraggio FBF e dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie.

A questo primo indicatore di efficacia dell'opera del Banco Farmaceutico va aggiunto il tasso di copertura dei poveri che proviene dal confronto tra il numero di assistiti e il totale dei poveri e mostra l'ampiezza dei risultati raggiunti insieme all'ammontare degli sforzi necessari per incrementarli. Il tasso di copertura è abbastanza elevato nelle regioni del Nord (19%) e del Centro (16,6%), ma assai ridotto nelle regioni del Mezzogiorno (4,6%) e si attesta sul lusinghiero risultato del 12% a livello nazionale (Tab. 11.1).

I risultati raggiunti nel Nord nel corso del 2016 sono tanto più positivi per il fatto che sono superiori a quelli conseguiti nel 2015; decisamente speculare è invece la situazione che si è verificata nelle regioni del Mezzogiorno dove il tasso di copertura è leggermente calato. A questo dato va aggiunto anche l'arretramento relativo derivante dal contemporaneo innalzamento medio del livello di copertura totale che è passato dal 9,9% del 2015 al 12,1% del 2016. Migliora in pratica la situazione nelle aree più "forti" e arretra invece la copertura nelle aree più "deboli" (Fig. 11.1).

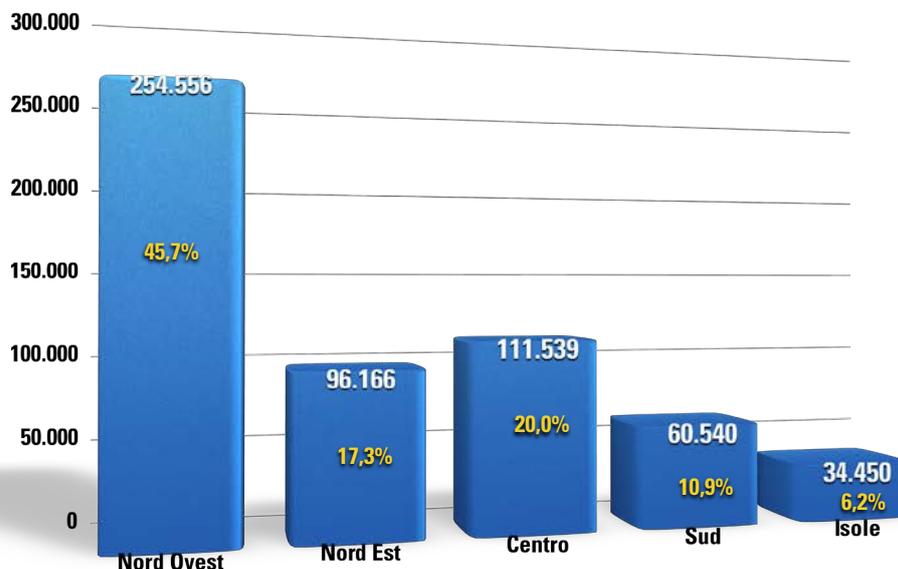
**FIGURA 11.1**  
**POTENZIALE COPERTURA: RAPPORTO UTENTI / INDIVIDUI IN POVERTÀ ASSOLUTA.**  
**RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNI 2015 E 2016.**



Osservati con maggior dettaglio i beneficiari sono distribuiti in maggior misura nel Nord Ovest (45,7%), nel Centro (20%) e nel Nord Est (17%) e in ridotta quantità nel Sud (10,9%) e nelle Isole (6,2%) (Fig. 11.2).

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**FIGURA 11.2**  
**NUMERO DI BENEFICIARI E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER RIPARTIZIONE. ANNO 2016.**



Il totale dei beneficiari nelle diverse ripartizioni comprende - come già si è detto - anche la parte di beneficiari che risiedono all'estero che nel loro insieme rappresentano il 3,5%. In linea con la distribuzione territoriale degli enti "internazionali" anche i beneficiari stranieri sono più numerosi nel Nord Ovest e nel Nord Est e pesano per una quota variabile tra il 4,3 e il 5,5% dei rispettivi totali (Tab. 11.2).

**TABELLA 11.2**  
**NUMERO DI BENEFICIARI TOTALI E NUMERO BENEFICIARI DI ENTI CHE OPERANO ALL'ESTERO PER RIPARTIZIONE DELLA SEDE ITALIANA DELL'ENTE. ANNO 2016.**

Ripartizioni	Numero beneficiari totale	DI CUI: Numero di beneficiari di enti che operano all'estero	Quota % di beneficiari di enti che operano all'estero
Nord Ovest	254.556	10.883	4,3
Nord Est	96.166	5.317	5,5
Centro	111.539	1.848	1,7
Sud	60.540	1.090	1,8
Isole	34.450	230	0,7
<b>ITALIA</b>	<b>557.251</b>	<b>19.368</b>	<b>3,5</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Una misura sintetica dell'impegno profuso dal Banco Farmaceutico e dagli Enti convenzionati è fornita dal numero medio dei beneficiari per ciascun ente in ciascuna regione. A fronte di un valore medio nazionale di 335 assistiti per ente si osservano valori decisamente superiori nel Lazio (con un picco di 1050 unità), in Umbria (857), Lombardia (531 unità), Sicilia (487), Puglia (421) per via della presenza di alcuni enti di grandi dimensioni, con un grande numero di assistiti (Tab. 11.3).

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**TABELLA 11.3**  
**DISTRIBUZIONE DEI BENEFICIARI E NUMERO MEDIO DI BENEFICIARI PER ENTE.**

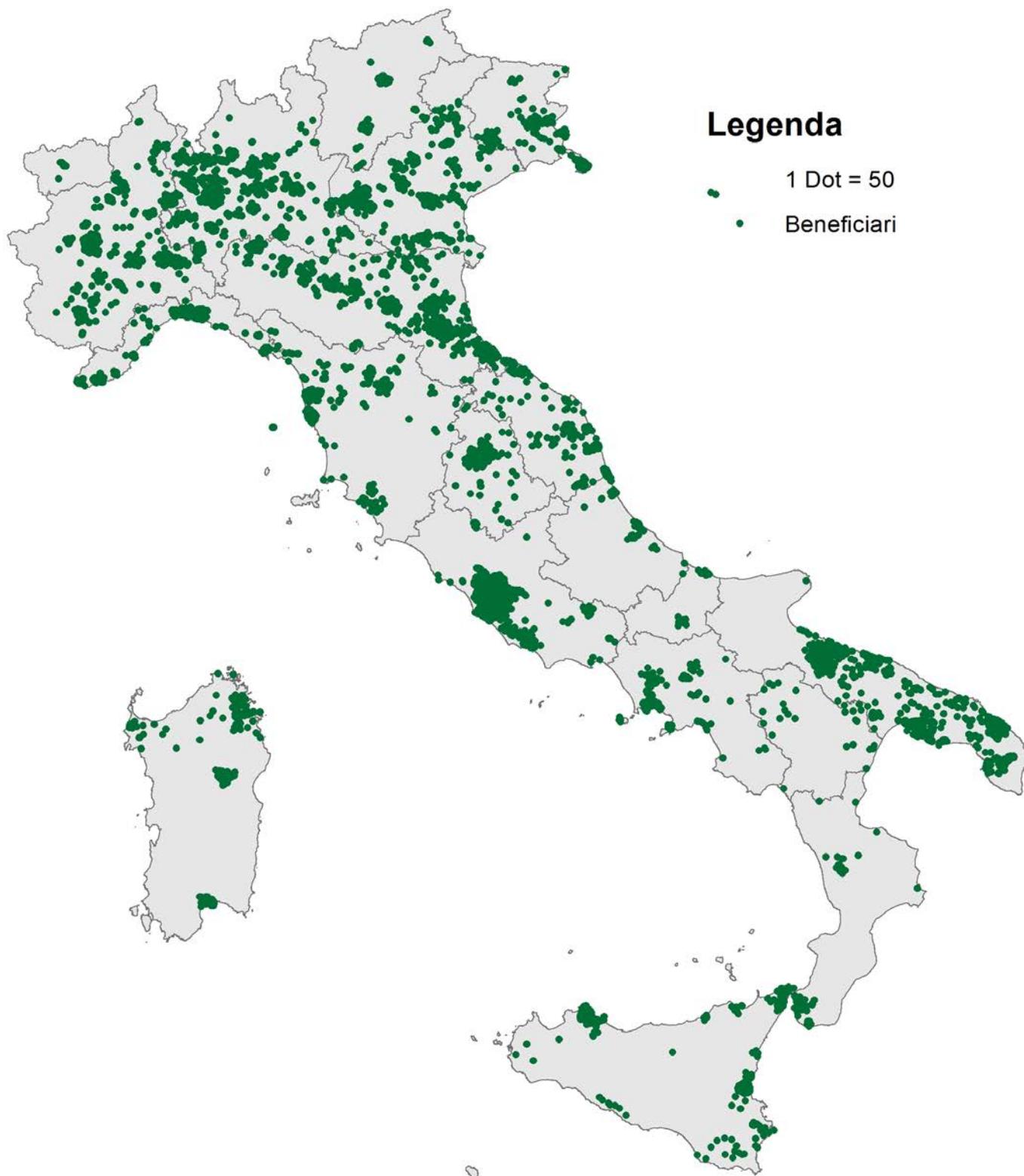
Regione	Numero beneficiari	Distribuzione % beneficiari	Numero enti	Numero medio beneficiari per ente
Piemonte	44.108	7,9	178	248
Valle D'aosta	416	0,1	7	59
Lombardia	194.347	34,9	366	531
Trentino-Alto Adige	6.284	1,1	19	331
Veneto	44.121	7,9	143	309
Friuli-Venezia Giulia	12.737	2,3	96	133
Liguria	15.644	2,8	66	237
Emilia-Romagna	32.989	5,9	203	163
Toscana	14.590	2,6	91	160
Umbria	34.283	6,2	40	857
Marche	7.737	1,4	81	96
Lazio	54.594	9,8	52	1050
Abruzzo	2.343	0,4	14	167
Molise	1.057	0,2	6	176
Campania	7.509	1,3	45	167
Puglia	44.661	8,0	106	421
Basilicata	1.330	0,2	26	51
Calabria	3.640	0,7	29	126
Sicilia	26.276	4,7	54	487
Sardegna	8.174	1,5	38	215
<b>ITALIA</b>	<b>556.840</b>	<b>99,9</b>	<b>1660</b>	<b>335</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

I beneficiari risiedono per lo più nel raggio d'azione degli enti che li assistono e dunque seguono la concentrazione a macchia di leopardo osservata nel capitolo 9, con una sintomatica disposizione in quasi tutte le province della pianura padana, della dorsale appenninica emiliano-romagnola, della costa tirrenica marchigiana-abruzzese e della Puglia meridionale; più rarefatta è la collocazione degli assistiti nelle altre regioni, con una forte concentrazione nelle aree urbane e suburbane di alcuni capoluoghi di provincia tra cui segnaliamo Reggio Calabria, Messina, Palermo, Catania, Cagliari, Nuoro, Olbia, Sassari e ancora Napoli, Roma e Latina, Perugia. Grosseto, Livorno, Firenze. Abbastanza equidistribuiti sono invece i beneficiari residenti in Liguria e in Piemonte dove in ogni provincia sono attivi degli enti non profit convenzionati (Mappa 11.1).

# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

**MAPPA 11.1**  
**NUMERO DI BENEFICIARI. COMUNI ITALIANI, ANNO 2016.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

La composizione per genere degli assistiti vede una prevalenza dei maschi (56,5%) sulle femmine (43,5%) a livello nazionale, con eccezioni di spicco in Umbria (femmine 76%) e in Valle d'Aosta (femmine 62,4%) e valori leggermente superiori alla media femminile in gran parte delle regioni centro-meridionali (Tab. 11.4 e Mappa 11.2)

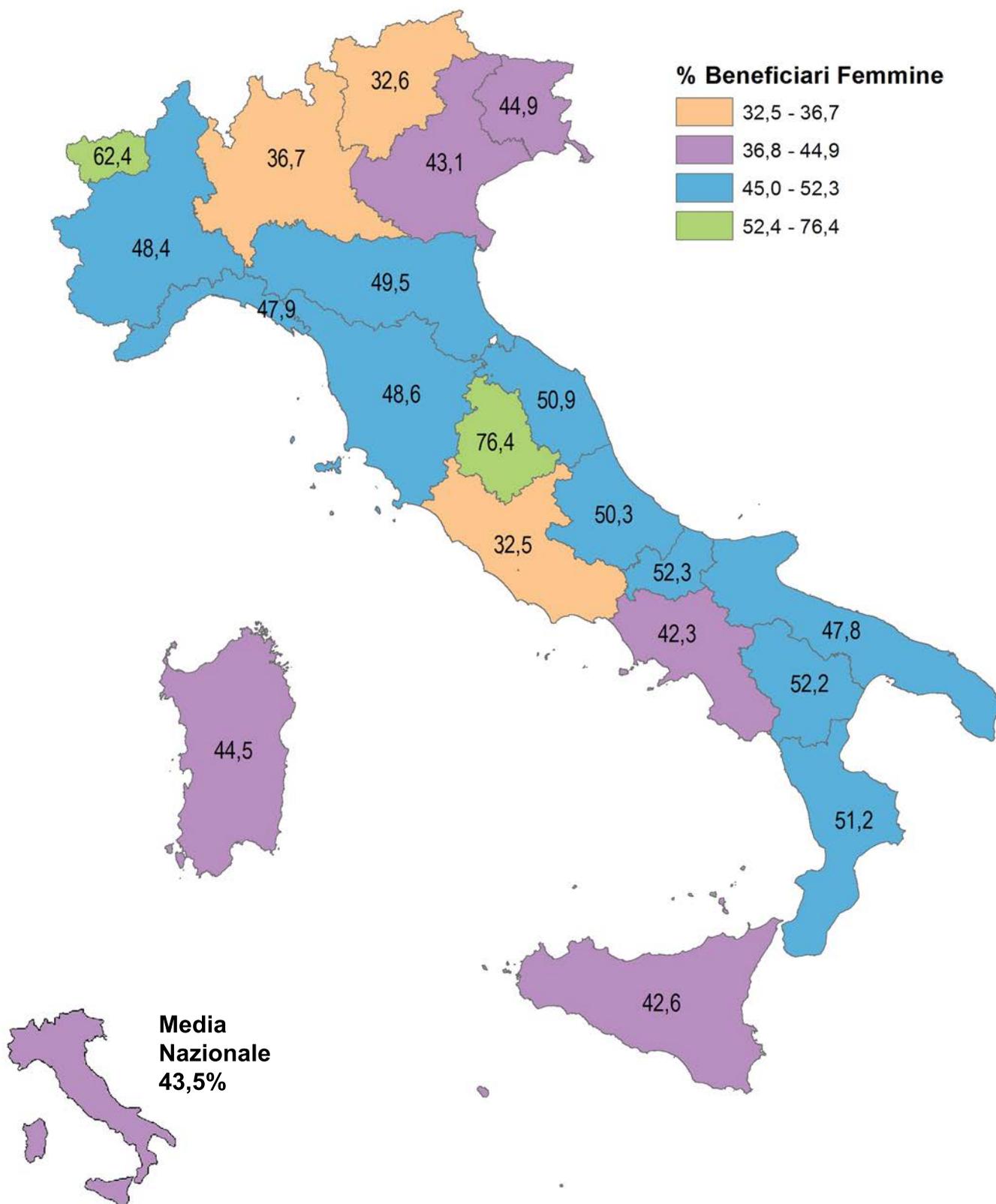
**TAB. 11.4**  
**COMPOSIZIONE DI GENERE DEI BENEFICIARI (VALORI %).**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2016.**

<b>Cod istat</b>	<b>Regione</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>% Maschi</b>	<b>% Femmine</b>
1	<b>Piemonte</b>	22.773	21.335	51,6	48,4
2	<b>Valle D'aosta</b>	156	260	37,6	62,4
3	<b>Lombardia</b>	122.984	71.363	63,3	36,7
4	<b>Trentino-Alto Adige</b>	4.233	2.051	67,4	32,6
5	<b>Veneto</b>	24.903	18.883	56,9	43,1
6	<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	7.016	5.721	55,1	44,9
7	<b>Liguria</b>	8.153	7.491	52,1	47,9
8	<b>Emilia-Romagna</b>	15.970	15.679	50,5	49,5
9	<b>Toscana</b>	7.330	6.925	51,4	48,6
10	<b>Umbria</b>	8.095	26.188	23,6	76,4
11	<b>Marche</b>	3.635	3.767	49,1	50,9
12	<b>Lazio</b>	36.161	17.428	67,5	32,5
13	<b>Abruzzo</b>	1.164	1.179	49,7	50,3
14	<b>Molise</b>	504	553	47,7	52,3
15	<b>Campania</b>	3.755	2.749	57,7	42,3
16	<b>Puglia</b>	23.321	21.340	52,2	47,8
17	<b>Basilicata</b>	636	694	47,8	52,2
18	<b>Calabria</b>	1.776	1.864	48,8	51,2
19	<b>Sicilia</b>	15.089	11.187	57,4	42,6
20	<b>Sardegna</b>	4.540	3.634	55,5	44,5
	<b>ITALIA</b>	312.196	240.289	56,5	43,5

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

**MAPPA 11.2**  
**COMPOSIZIONE DI GENERE DEI BENEFICIARI (VALORI %).**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2016.**



PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

Altrettanto significativo è il dato sui beneficiari in base alla cittadinanza italiana e straniera, posto che gli stranieri superano, nella media nazionale, gli autoctoni e raggiungono percentuali più elevate nel Lazio (81%), in Lombardia (70%), In Emilia Romagna (61,2%) e Toscana (61,1%) (Tab. 11.5 e Mappa 11.3). Questo risultato corrisponde alle previsioni logiche, considerato che l'accesso alle cure sanitarie non è sempre agevole per gli stranieri e risulta comunque più oneroso per chi non gode dei pieni diritti di cittadinanza.

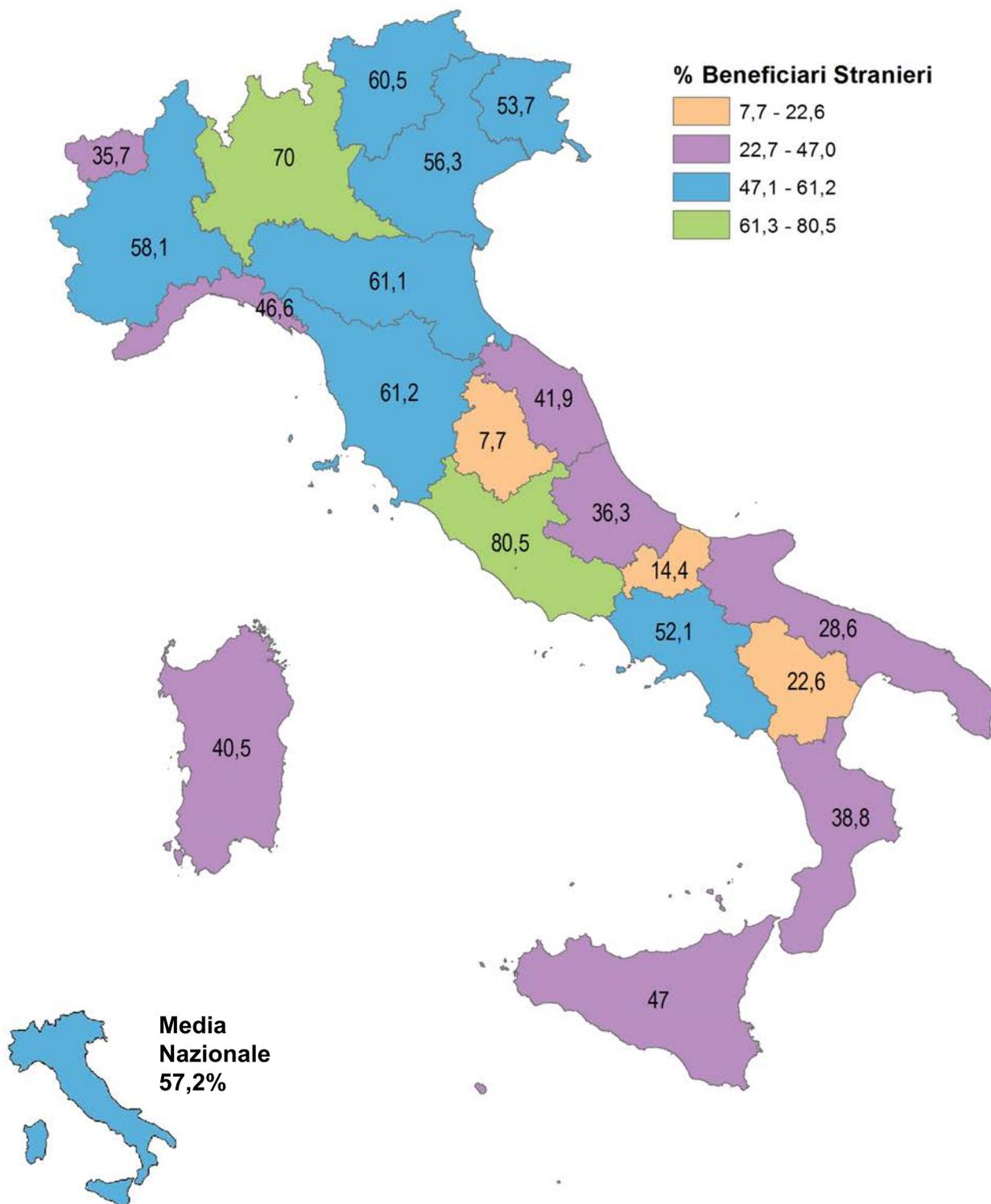
**TABELLA 11.5**  
**COMPOSIZIONE PER CITTADINANZA DEI BENEFICIARI (VALORI %).**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2016.**

Regione	Italiani	Stranieri	% Italiani	% Stranieri
Piemonte	18.486	25.622	41,9	58,1
Valle D'aosta	267	149	64,3	35,7
Lombardia	58.336	136.011	30,0	70,0
Trentino-Alto Adige	2.485	3.799	39,5	60,5
Veneto	19.123	24.663	43,7	56,3
Friuli-Venezia Giulia	5.894	6.843	46,3	53,7
Liguria	8.349	7.295	53,4	46,6
Emilia-Romagna	12.310	19.339	38,9	61,1
Toscana	5.535	8.720	38,8	61,2
Umbria	31.649	2.634	92,3	7,7
Marche	4.301	3.101	58,1	41,9
Lazio	10.475	43.114	19,5	80,5
Abruzzo	1.494	849	63,7	36,3
Campania	905	152	85,6	14,4
Molise	3.113	3.391	47,9	52,1
Puglia	31.887	12.774	71,4	28,6
Basilicata	1.029	301	77,4	22,6
Calabria	2.227	1.413	61,2	38,8
Sicilia	13.914	12.362	53,0	47,0
Sardegna	4.864	3.310	59,5	40,5
<b>ITALIA</b>	<b>236.643</b>	<b>315.842</b>	<b>42,8</b>	<b>57,2</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

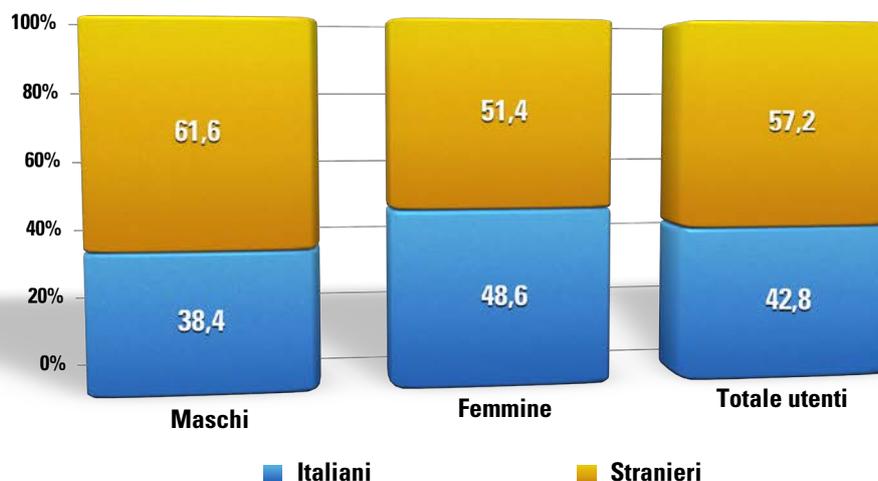
**MAPPA 11.3**  
**COMPOSIZIONE PER CITTADINANZA DEI BENEFICIARI (VALORI %).**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2016.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Nel sottogruppo femminile le persone con cittadinanza italiana e straniera praticamente si equivalgono (48,6% vs. 51,4%), mentre nel sottogruppo maschile gli stranieri (61,6%) prevalgono nettamente sugli italiani (38,4%), contribuendo a rendere il bilancio complessivo più favorevole agli stranieri (57%) che agli italiani (43%) (Fig. 11.3).

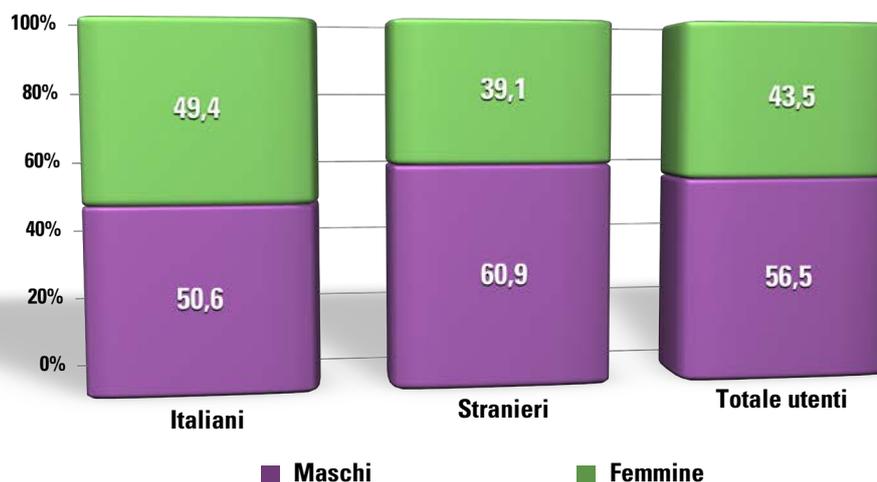
**FIGURA 11.3**  
**COMPOSIZIONE PER CITTADINANZA DEI BENEFICIARI DIFFERENZIATI FRA MASCHI E FEMMINE (VALORI %).**  
**ITALIA, ANNO 2016.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Questa prima serie di dati sulla composizione per genere e per cittadinanza è completata dalla constatazione che nel gruppo degli italiani i maschi e le femmine sono equamente rappresentati, mentre nel gruppo degli stranieri i maschi (61%) superano ampiamente le femmine (39%) e si confermano come gruppo maggioritario tra i beneficiari (Fig. 11.4).

**FIGURA 11.4**  
**COMPOSIZIONE PER GENERE DEI BENEFICIARI DIFFERENZIATI FRA ITALIANI E STRANIERI (VALORI %).**  
**ITALIA, ANNO 2016.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Il ricorrente allarme lanciato da varie agenzie nazionali e internazionali sulla crescente diffusione della povertà tra la popolazione minorile dei paesi OSCE trova anche in questo rapporto una conferma, a giudicare dal fatto che tra gli assistiti troviamo un' identica percentuale di minori (18,8%) e di anziani (18,4%) con dati superiori alla media in Puglia (minori 24,7%), in Campania (minori 22,1%), Friuli Venezia Giulia (23%), Lombardia (21,9%) (Tab. 11.6 e Mappa 11.4).

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

I beneficiari anziani sono massimamente concentrati in Valle d'Aosta (58%) e in Umbria (55,7%), ma superano il valore medio nazionale anche in altre 9 regioni (Mappa 11.5). Il peso della fascia adulta resta in ogni caso preponderante (62,8% a livello nazionale) con valori di punta in Trentino-Alto Adige (74,9%), Lombardia (69%), Toscana (68,8%), a conferma del fatto che il bisogno aggiuntivo di cure socio-sanitarie gratuite interessa massicciamente le fasce centrali d'età.

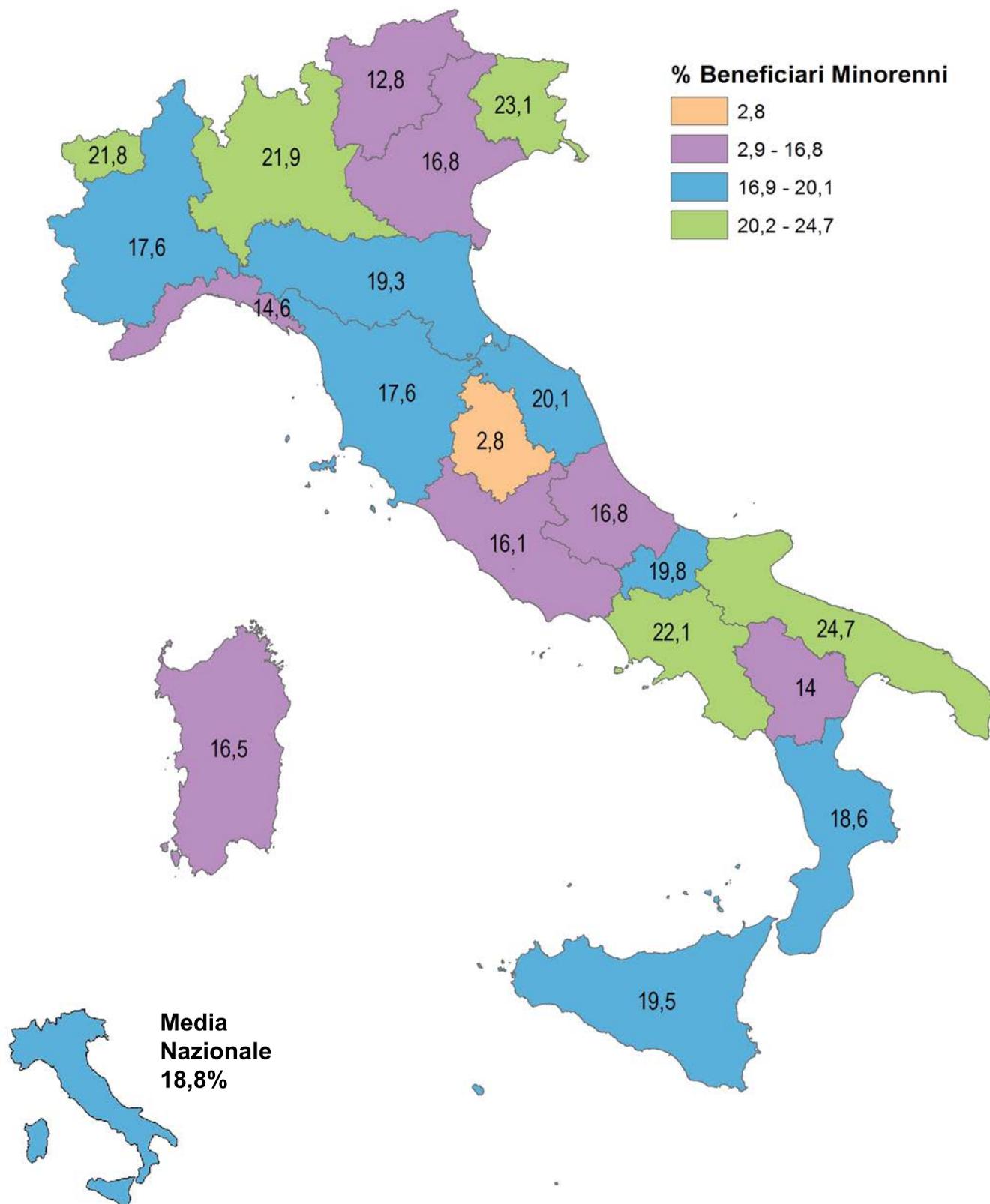
**TABELLA 11.6**  
**COMPOSIZIONE PER CLASSE D'ETÀ DEI BENEFICIARI (VALORI %).**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2016.**

Regione	Minori (0-17enni)	Adulti (18-64enni)	Anziani (65enni e più)	% Minori (0-17enni)	% Adulti (18-64enni)	% Anziani (65enni e più)
Piemonte	7.775	29.660	6.673	17,6	67,2	15,1
Valle D'aosta	91	84	241	21,8	20,2	58,0
Lombardia	42.610	134.050	17.687	21,9	69,0	9,1
Trentino-Alto Adige	805	4.704	775	12,8	74,9	12,3
Veneto	7.358	27.946	8.482	16,8	63,8	19,4
Friuli-Venezia Giulia	2.948	7.734	2.054	23,1	60,7	16,1
Liguria	2.281	9.124	4.240	14,6	58,3	27,1
Emilia-Romagna	6.115	18.890	6.644	19,3	59,7	21,0
Toscana	2.511	9.805	1.940	17,6	68,8	13,6
Umbria	965	14.234	19.084	2,8	41,5	55,7
Marche	1.485	3.954	1.963	20,1	53,4	26,5
Lazio	8.635	31.463	13.491	16,1	58,7	25,2
Abruzzo	394	1.588	361	16,8	67,8	15,4
Molise	209	578	270	19,8	54,7	25,5
Campania	1.435	4.063	1.006	22,1	62,5	15,5
Puglia	11.032	26.091	7.538	24,7	58,4	16,9
Basilicata	186	676	469	14,0	50,8	35,2
Calabria	678	2.103	859	18,6	57,8	23,6
Sicilia	5.136	15.080	6.060	19,5	57,4	23,1
Sardegna	1.350	4.915	1.909	16,5	60,1	23,4
<b>ITALIA</b>	<b>103.999</b>	<b>346.740</b>	<b>101.745</b>	<b>18,8</b>	<b>62,8</b>	<b>18,4</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

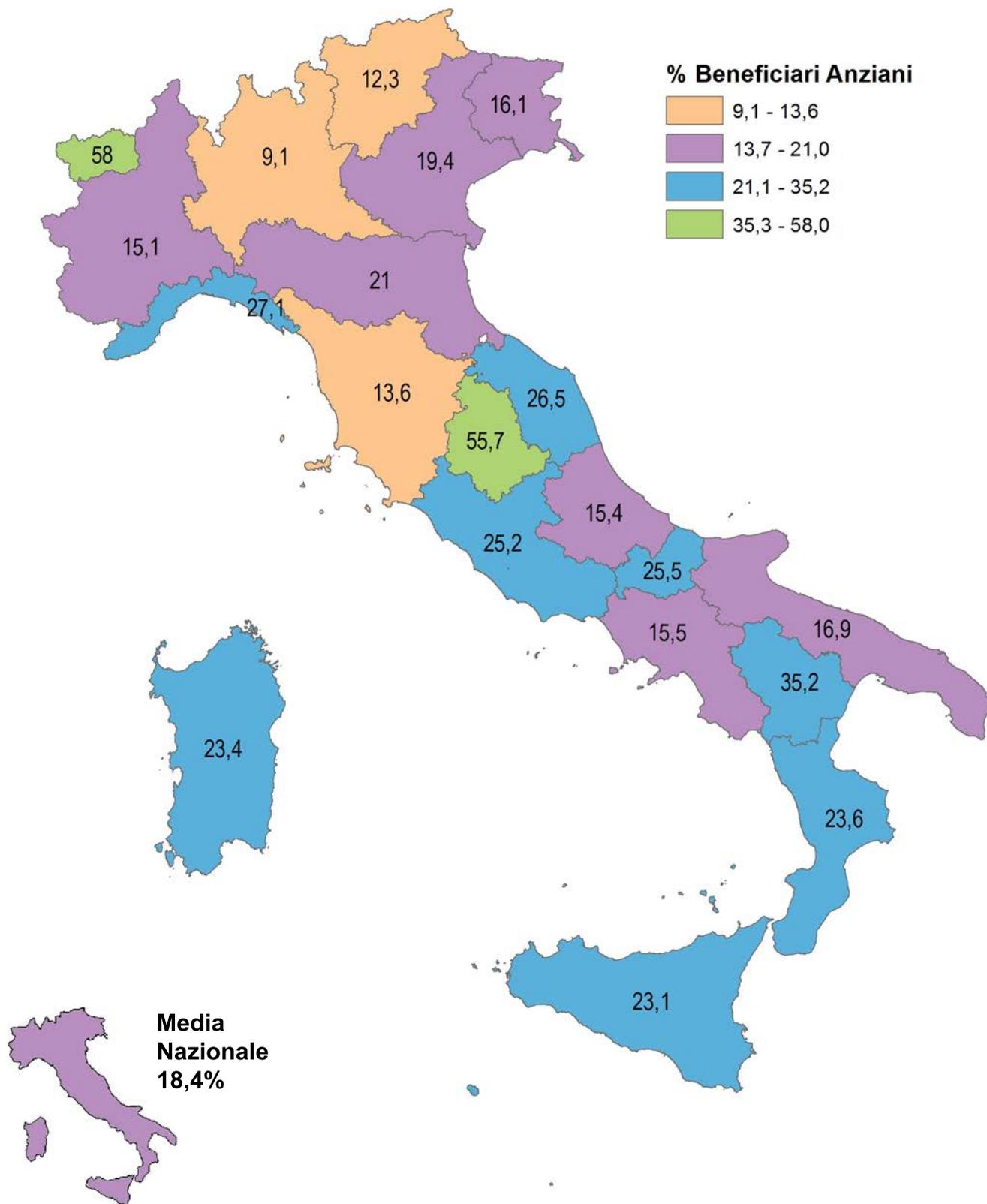
**MAPPA 11.4**  
**% BENEFICIARI MINORENNI**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

**MAPPA 11.5**  
**% BENEFICIARI ANZIANI**

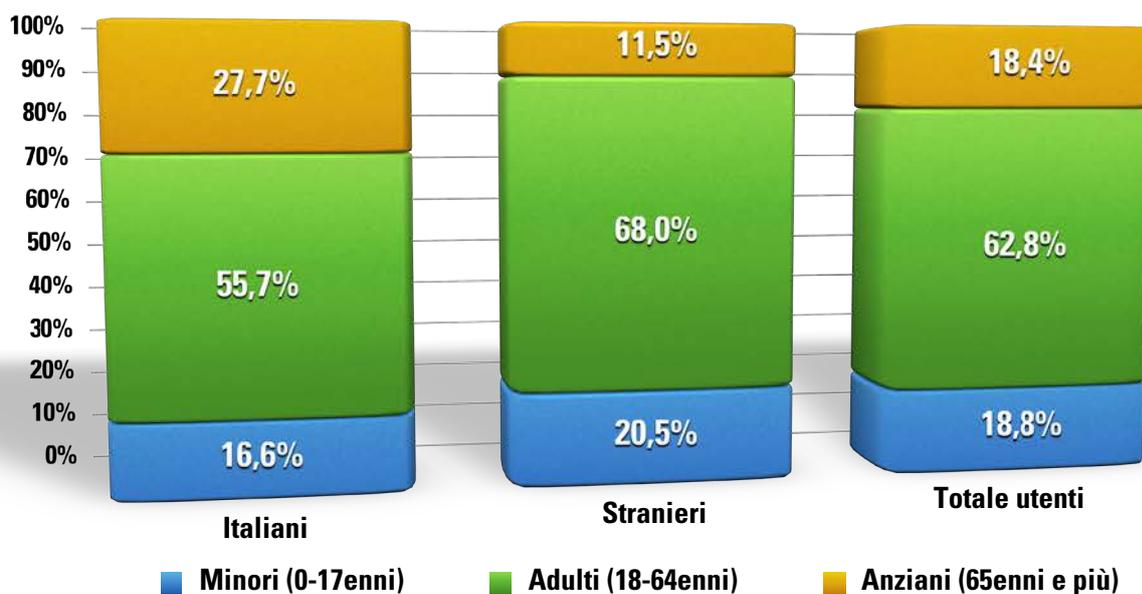


Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

A questa composizione per fasce d'età del totale dei beneficiari corrispondono caratteristiche specifiche del sottogruppo italiano e straniero; in quest'ultimo caso vi è infatti un numero più ridotto di anziani (11,5%) a vantaggio dei minori (20,5%) e degli adulti (68%). Tra gli italiani, gli anziani superano i valori medi e formano un gruppo consistente superiore a ¼ del totale (Fig. 11.5).

**FIGURA 11.5**  
**COMPOSIZIONE PER ETÀ DEI BENEFICIARI DIFFERENZIATI FRA ITALIANI E STRANIERI (VALORI %).**  
**ITALIA, ANNO 2016.**

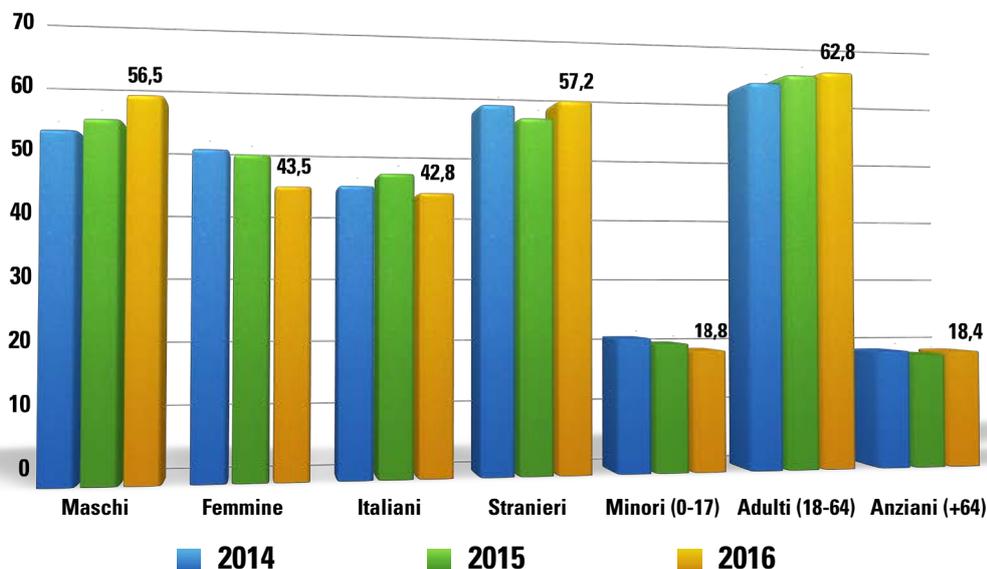


Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

In via sintetica, si deve osservare che tra i beneficiari degli aiuti è cambiata nel tempo principalmente la composizione di genere, con un accresciuto divario tra i maschi e le femmine (57% vs. 44%) a causa dell'andamento della disoccupazione e della immigrazione; la componente italiana ha perso leggermente terreno sia rispetto al 2014 che al 2015, mentre la componente straniera è tornata ai livelli del 2014 dopo una leggera contrazione nel 2015; sotto il profilo dell'età è aumentata la componente adulta, in età di lavoro, confermando la forte incidenza dei working poor all'interno delle persone in grave difficoltà. A queste tendenze generali corrispondono marcate differenze regionali: i maschi assistiti sono maggiormente concentrati in Lombardia, Lazio, Trentino Alto Adige; gli stranieri sono più presenti tra i beneficiari del Lazio e della Lombardia; i minorenni abbondano in Puglia, Friuli Venezia Giulia, Campania, Lombardia, Valle d'Aosta; gli anziani sono più numerosi in Valle d'Aosta e in Umbria mentre gli adulti superano il dato nazionale in Trentino Alto Adige, Lombardia, Toscana, Piemonte, Abruzzo.

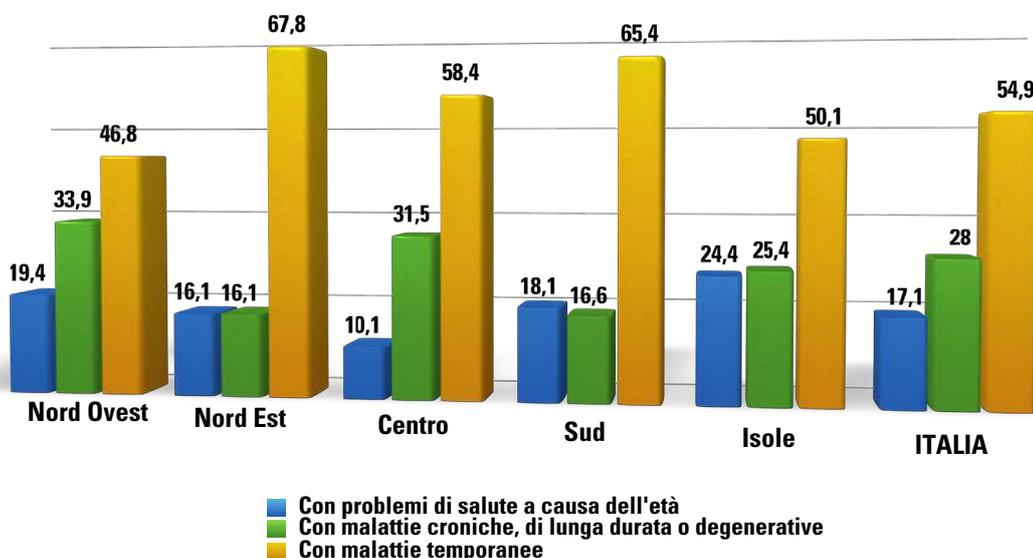
## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

FIGURA 11.6  
 COMPOSIZIONE PER SESSO, CITTADINANZA, ETÀ DEI BENEFICIARI (VALORI %).  
 ITALIA, ANNI 2014-2016.



Sul fabbisogno di cure sanitarie incidono ovviamente i problemi di salute temporanei o cronici che a loro volta variano in funzione dell'età. Il profilo epidemiologico ricavato dalle dichiarazioni aggregate degli enti (non dunque da microdati individuali, non disponibili) vede al primo posto gli assistiti per malattie temporanee (54,9%) caratterizzate da fasi acute abbastanza responsive alle cure; meno consistente, ma importante (ed impegnativo) è il gruppo degli affetti da malattie croniche, di lunga durata o degenerative (28%) che richiedono interventi costanti per l'intera durata della vita. Il residuo 17% è formato da assistiti con problemi di salute a causa dell'età che non di carattere cronico. Le situazioni più problematiche e impegnative (legate alle malattie croniche) sono maggiormente diffuse nel Nord-Ovest (33,9%) e nel Centro (31,5%), mentre le malattie temporanee ricorrono soprattutto nel Nord-Est (16,1%) e nel Sud (18,1%) (Fig. 11.6). Se in tutti questi casi è prevedibile che la povertà sanitaria cessi, non è affatto scontato che cessi anche la condizione di povertà assoluta e dunque il bisogno di assistenza per sopperire ad altri bisogni di primaria necessità.

FIGURA 11.7  
 COMPOSIZIONE DEI BENEFICIARI PER STATO DI SALUTE (VALORI %).  
 RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNO 2016.



## 12. | I VOLONTARI

Nel corso di questo Rapporto abbiamo constatato in più passaggi quanto sia determinante il ruolo dell'impegno volontario e gratuito per il funzionamento dell'intera filiera della donazione dei farmaci, oltre che, del Banco Farmaceutico in quanto tale. Di questo impegno volontario e gratuito sono in primo luogo protagonisti i farmacisti che aderiscono alla GRF, così come gli enti benefici che si avvalgono non solo di professionisti retribuiti, ma anche di personale esperto che presta gratuitamente la sua preziosa attività nell'erogazione dei più diversi servizi. A questa schiera di volontari si aggiungono, in modo specifico, tutti coloro che durante la GRF stazionano - con turni di almeno 2 ore - nelle farmacie per motivare gli occasionali frequentatori a donare qualche farmaco da banco per le persone indigenti assistite dagli enti convenzionati per quella giornata con il Banco Farmaceutico.

Le persone che in questa veste hanno collaborato con i farmacisti e con gli enti alla realizzazione della GRF 2016 sono state 13.300 a livello nazionale, con una distribuzione territoriale quasi proporzionale agli enti che si sono attivati nei singoli territori macroregionali (tab. 12.1) regionali e comunali (Mappa 12.1).

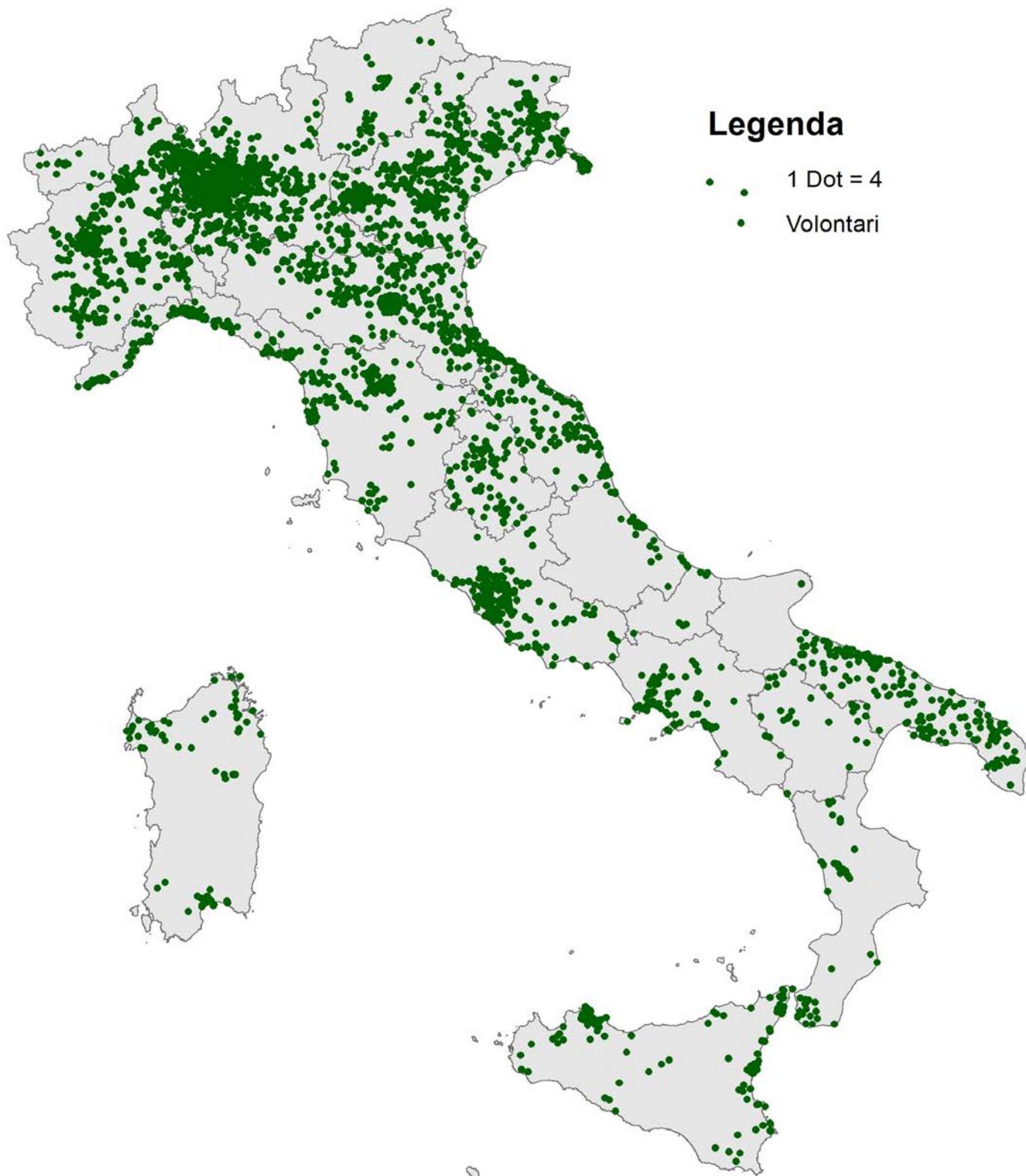
**TABELLA 12.1**  
**NUMERO DI VOLONTARI PARTECIPANTI ALLA GRF E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE**  
**DEI VOLONTARI E DEL NUMERO DI ENTI PER RIPARTIZIONE. ANNO 2016.**

	Stima Numero volontari 2016	Distribuzione % volontari	Distribuzione % enti
<b>Nord Ovest</b>	5.615	42,1	37,2
<b>Nord Est</b>	3.567	26,8	27,8
<b>Centro</b>	2.041	15,3	15,9
<b>Sud</b>	1.374	10,3	13,6
<b>Isole</b>	736	5,5	5,5
<b>ITALIA</b>	13.333	100,0	100,0

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

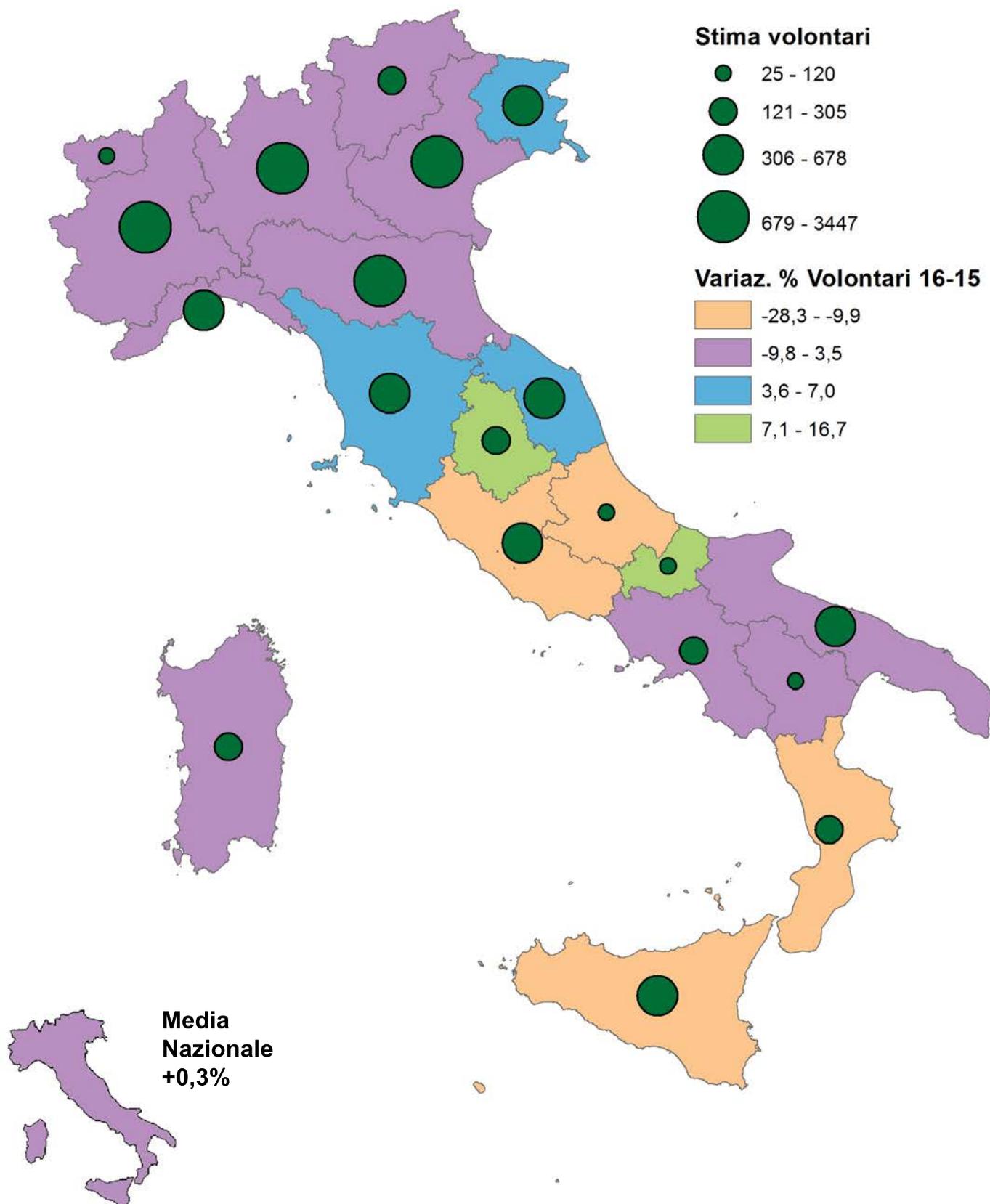
I confronti con la GRF del 2015 mostrano una dinamica stabile a livello nazionale (+0,3%), con variazioni positive in 12 regioni su 20 - leggermente più elevate in Umbria (+11,4%), Marche (+7%), Friuli Venezia Giulia (+6,7%), Toscana (+6,0) - ma anche sensibili variazioni negative in 4 regioni - Abruzzo (-28,3%), Calabria (-11,3%), Lazio (-10,5%), Sicilia (-9,9%) - legate a una contrazione delle farmacie aderenti alla GRF (Mappa 12.2).

**MAPPA 12.1**  
DISTRIBUZIONE DEI VOLONTARI PER COMUNI (VALORI ASSOLUTI)



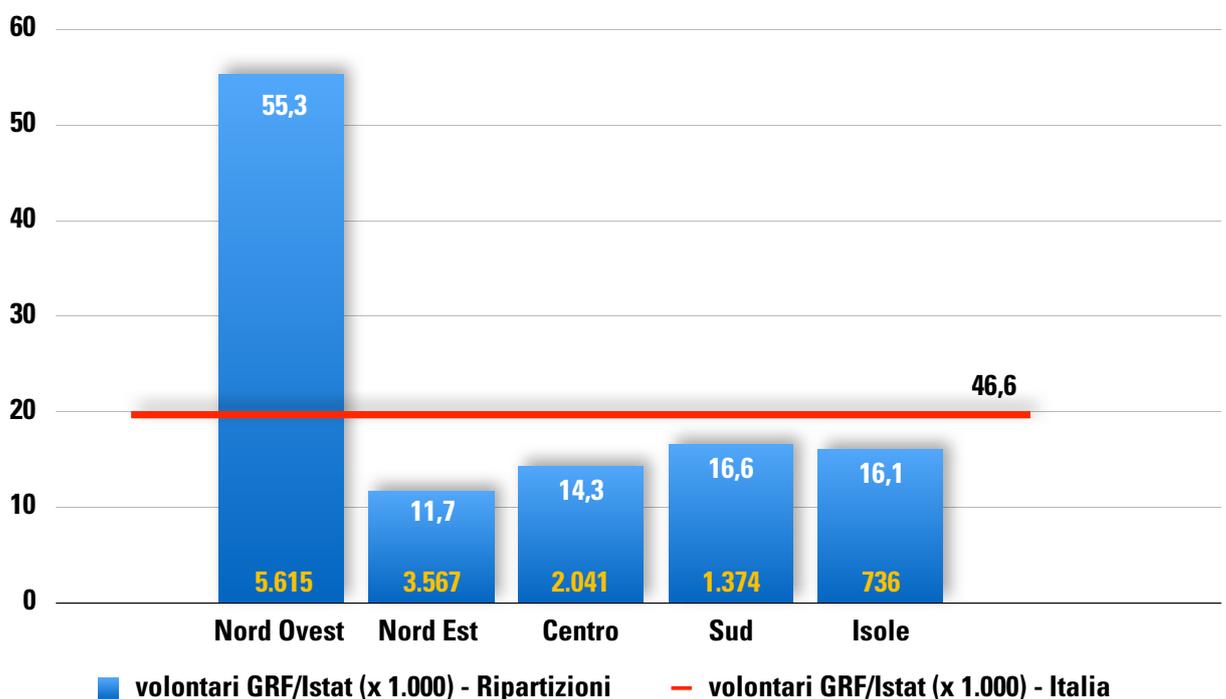
# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

**MAPPA 12.2**  
**NUMERO DI VOLONTARI PARTECIPANTI ALLA GRF. REGIONI ITALIANE,**  
**ANNO 2015-2016 E VARIAZIONE PERCENTUALE 2015-2016.**



Volendo stimare la capacità della GRF di attrarre volontari interessati alla sua riuscita, risulta interessante replicare anche in questo Rapporto 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"<sup>8</sup> esercitato sul variegato mondo del volontariato dalla GRF risulta di gran lunga più elevato nel Nord Ovest (55,3%) che con questi suoi valori contribuisce ad innalzare la media generale (19,7%) sotto la quale si collocano tutte le altre ripartizioni, con il Nord Est in ultima posizione (11,7%), malgrado il suo numero assoluto di volontari (3.567) sia secondo solo al Nord Ovest (Fig. 12.1).

**FIGURA 12.1**  
**QUOTA % DEI VOLONTARI ADERENTI ALLA GRF SUL TOTALE DEI VOLONTARI (NEGLI STESSI SETTORI)**  
**CENSITI DA ISTAT (VALORI PER 1.000) E NUMERO DEI VOLONTARI ADERENTI.**  
**RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNO 2016.**



L'analisi dei dati regionali mostra scostamenti significativi dalle medie, riferibili principalmente al già segnalato differenziale per ripartizioni. In cima alla classifica dei tassi di partecipazione dei volontari risulta in effetti la Lombardia (179 volontari GFR su 1000 volontari Istat), con un valore decisamente superiore alla media; in posizione favorevole si trovano anche altre 8 regioni con tassi di partecipazione compresi tra il 45% (in Valle d'Aosta) e il 21% (in Emilia Romagna). Il valore più basso si riscontra per il terzo anno consecutivo (2014-2016) in Trentino Alto Adige (1,4%), a cui si aggiungono altre 10 regioni al di sotto della media (Tab. 12.2).

8 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 12.2**  
**QUOTA DI VOLONTARI DELLA GRF SUL TOTALE DEI VOLONTARI CENSITI DA ISTAT (VALORI PER 1.000).**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2016.**

Regione	Stima Numero volontari 2016	Numero volontari Istat - Totale	Numero volontari Istat (selezione settori)	volontari GRF/volontari Istat su selezione settori (x 1.000)
Piemonte	1.678	416.962	66.759	25,1
Valle D'aosta	54	18.692	1.221	44,5
Lombardia	3.447	156.865	19.274	178,9
Trentino-Alto Adige	185	813.896	134.422	1,4
Veneto	1.396	255.033	43.857	31,8
Friuli-Venezia Giulia	576	466.172	60.892	9,5
Liguria	435	161.845	14.269	30,5
Emilia-Romagna	1.410	428.550	65.731	21,5
Toscana	638	432.185	50.527	12,6
Umbria	283	106.962	8.585	32,9
Marche	442	159.855	17.752	24,9
Lazio	678	391.248	66.356	10,2
Abruzzo	120	88.608	10.471	11,4
Molise	25	22.217	2.741	9,3
Campania	305	159.091	26.540	11,5
Puglia	660	178.262	23.360	28,2
Basilicata	94	47.663	6.525	14,4
Calabria	170	89.123	12.927	13,2
Sicilia	493	224.669	27.616	17,9
Sardegna	243	140.724	18.028	13,5
<b>ITALIA</b>	<b>13.333</b>	<b>4.758.622</b>	<b>677.853</b>	<b>19,7</b>

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

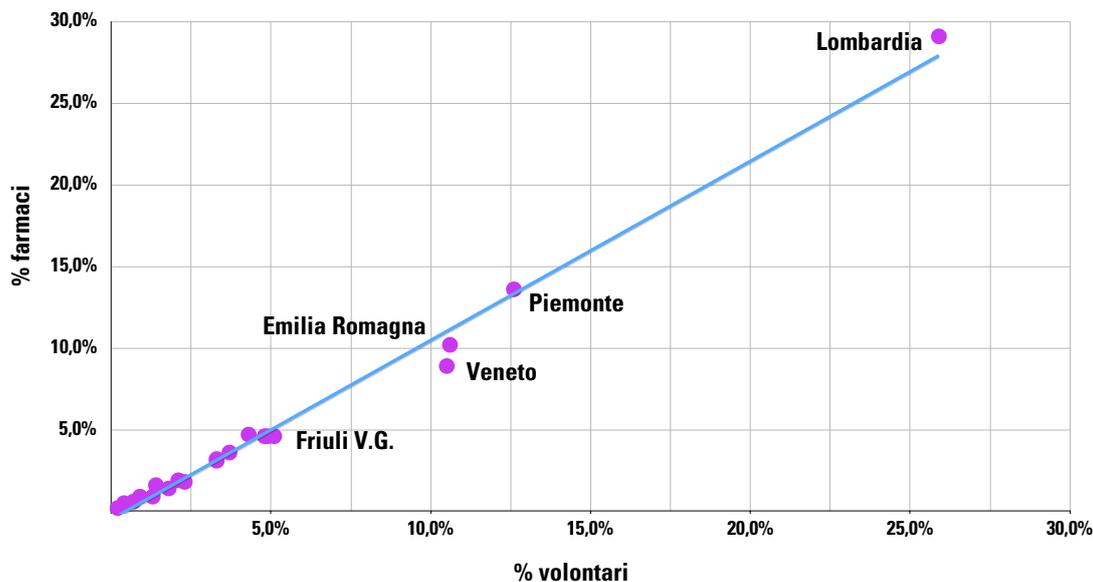
(1) sono considerati i volontari degli enti censiti da ISTAT che hanno indicato come settore d'attività:

- assistenza sociale e protezione civile
- cooperazione e solidarietà internazionale

Dove la "risorsa volontariato" risulta più favorevole si aprono oggettivamente maggiori possibilità di espandere il numero dei donatori, posto che la collaborazione dei volontari è essenziale per la riuscita dell'iniziativa in termini di motivazione al dono dei clienti 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, gli indigenti). Non è dunque casuale che vi sia una relazione diretta tra la quota di farmaci raccolti in ciascuna regione e la quota dei volontari, fermo restando che la variabile determinante resta il numero di farmacie che aderiscono alla GRF (Fig. 12.2).

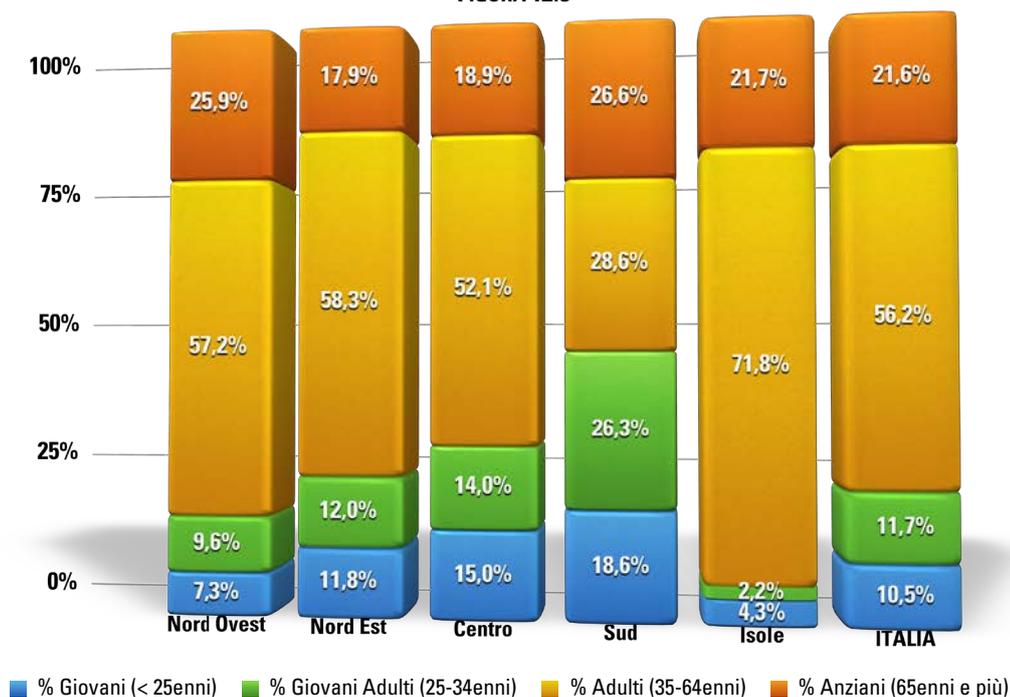
PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**FIGURA 12.2**  
 QUOTA % DI VOLONTARI E QUOTA % DI FARMACI RACCOLTI NELLA GRF 2016 PER REGIONI



Sulla base dei dati raccolti in occasione della GRF 2016 è possibile tracciare anche un profilo socio-anagrafico dei volontari, formati in larga maggioranza da adulti (35-64enni: 56,2%) e in subordine da anziani (65 anni e più: 21,6%); se tuttavia sommiamo tra loro la quota dei giovani adulti (25-34enni: 11,7%) e dei giovani (25 anni: 10,5%) si raggiunge un peso equivalente a quello delle classe d'età più anziana. Merita segnalare che i più giovani superano la media nazionale nel Centro (15%), i giovani adulti nel Sud (18,4%), gli adulti nelle Isole (71,7%) e i più anziani nel Nord Ovest (25,9%). Confrontando questi andamenti con la distribuzione complessiva delle diverse classi di età nella popolazione residente si può dire che la GRF esercita una attrattività equidistribuita nei diversi strati anagrafici per via della semplicità del gesto e della immediata percezione della sua utilità a vantaggio di persone bisognose di aiuto (Fig. 12.3).

**FIGURA 12.3**

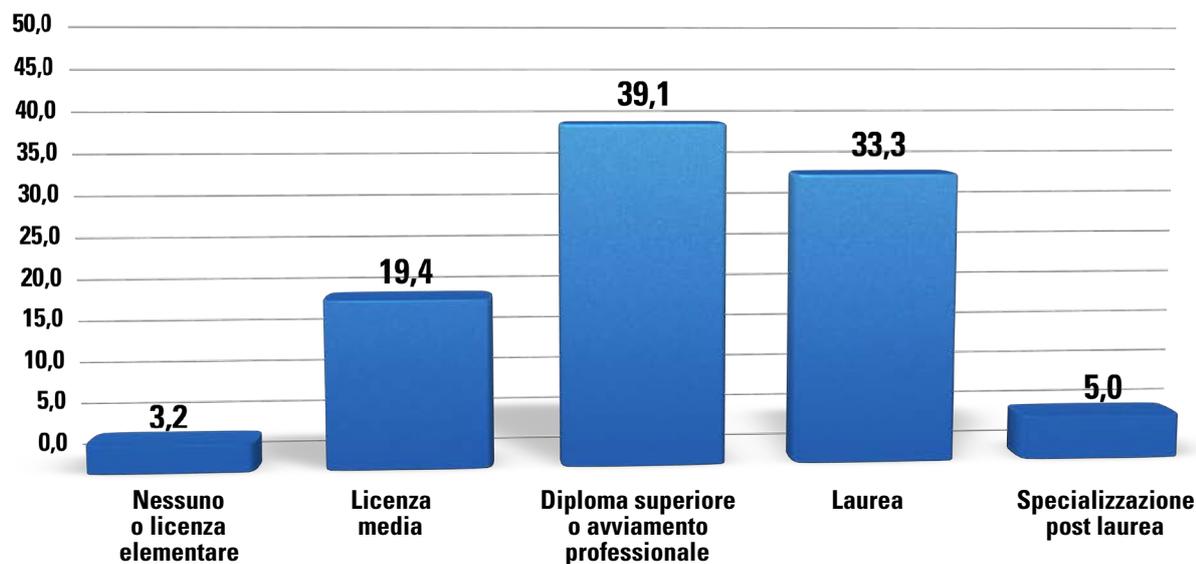


## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

Alla composizione per fasce d'età si lega 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) (39%), ma è consistente anche la percentuale di chi ha conseguito una laurea (33,3%) o è andato oltre (5%), segno di un profilo culturale decisamente medio-alto dei volontari che hanno fornito al Banco Farmaceutico le informazioni richieste (Fig. 12.4).

Tenuto conto del peso percentuale degli under 25enni (10,54%) e degli over 65enni (21,6%), non sorprende che il 16,4% dei volontari sia formato da studenti e il 23,5% da pensionati, con o senza altri lavori retribuiti. Gli occupati raggiungono il 50%, per la maggior parte con contratti di lavoro a tempo indeterminato (36,7%) e in seconda battuta con attività di lavoro autonomo (7,1%) a cui si aggiungono quote minoritarie con contratti a tempo determinato (4,4%) o altra tipologia (1,7%). Le casalinghe hanno un peso percentuale quasi identico a quello dei lavoratori autonomi (7,3%) ed è inoltre interessante notare che il 5,1% dei volontari risulta disoccupato o in cerca di prima occupazione: come dire che la solidarietà è possibile anche quando ci si trova in prima persona in condizione di bisogno (Tab. 12.3).

**FIGURA 12.4**  
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI VOLONTARI PARTECIPANTI ALLA GRF PER TITOLO DI STUDIO.  
ITALIA, ANNO 2016



PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**TABELLA 12.3**  
**DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI VOLONTARI PARTECIPANTI ALLA GRF PER CONDIZIONE OCCUPAZIONALE.**  
**ITALIA, ANNO 2016.**

Condizione occupazionale	Distribuzione %
Dipendente a tempo indeterminato	36,7
Dipendente a tempo determinato	4,4
Lavoratore Atipico (Co.Co.Pro.)	1,2
Lavoratore Autonomo	7,1
Lavoratore Interinale	0,5
Disoccupato	3,8
In cerca di prima occupazione	1,3
Pensionato con altri lavori retribuiti	2,8
Pensionato senza altri lavori retribuiti	20,7
Casalinga	7,3
Studente	14,3
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Nota: Si tratta di dati stimati a partire dalle informazioni di profilatura fornite da circa il 60% 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.





---

**PRIMA INDAGINE SUI  
DONATORI IN OCCASIONE  
DELLA GRF 2016**

### 13. | I DONATORI DELLA GRF: UN PROFILO

Come ogni anno, il Rapporto prevede uno specifico approfondimento finale, il cui scopo è quello di “leggere” con maggiore profondità un elemento caratterizzante la vita della Fondazione Banco Farmaceutico e della sua attività. Nel Rapporto 2015 fu presentato uno studio pilota sulla partecipazione alla GRF 2015 nella città di Milano: grazie alla ricchezza dell’analisi spaziale di rappresentazione dei dati, fu scandagliata in profondità la capacità dei vari quartieri della metropoli lombarda di rispondere alle esigenze dei moltissimi enti che vi operano.

In questa nuova versione del Rapporto si è deciso di studiare in profondità uno degli stakeholder più importanti di FBF, ovvero i cittadini italiani che si recano in farmacia durante l’annuale Giornata di Raccolta del Farmaco (GRF) e acquistano una o più confezioni di medicinali da destinare al sostegno ai bisognosi. Si tratta di un elemento fondamentale nell’opera di raccolta di farmaci, poiché come si è visto nel capitolo 5 la GRF contribuisce ancora per oltre 1/5 sul totale del raccolto (ma ancora nel 2012 il suo contributo sfiorava il 60%).

Grazie alla collaborazione di Doxa Pharma, durante la GRF 2016 è stato effettuato un exit poll all’esterno di un campione di farmacie (in tutto 31 distribuite in 19 città di dimensioni medie e grandi in dieci regioni), intervistando i clienti della farmacia dopo che vi si sono recati per effettuare i loro acquisti. Le farmacie sono state estratte per quote rappresentative a livello di macro-area territoriale. Complessivamente sono state intervistate 955 persone, distribuite anche in questo caso proporzionalmente così da risultare rappresentativa degli individui recatisi in farmacia nella giornata in cui si è svolta la GRF. Presentiamo qui gli elementi più significativi emersi dalla ricerca: per arricchire l’analisi, per alcune variabili utilizzeremo anche elementi descrittivi aggiuntivi, concentrando la nostra attenzione sulle variabili che appaiono tra loro correlato in modo statisticamente significativo.

Per effetto della distribuzione delle farmacie, la popolazione campionata è prevalentemente residente al nord (47,1% nelle regioni ovest + 23,1% della zona est), il 12,8% nelle regioni centrali e il rimanente 17% nel sud e isole. Dal punto di vista socio-demografico la popolazione intervistata è composta per il 63% da donne, per il 94% da cittadini di origine italiana e per il 51% di età superiore ai 56 anni. Solo uno su dieci ha invece meno di 35 anni. Nonostante questa distribuzione per età, si tratta di una popolazione più istruita rispetto alle medie italiane, dal momento che il 27,1% ha dichiarato di possedere una laurea o titolo superiore. La maggioranza del campione è composta da dipendenti a tempo indeterminato (34,3%), pensionati (26,9%) e casalinghe (13,2%).

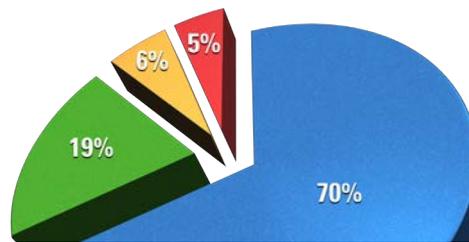
Il 65% delle persone intervistate all’uscita della farmacia ha dichiarato di avere partecipato alla GRF effettuando un acquisto di farmaci da donare: mediamente ogni persona ha donato 1,6 farmaci, media determinata dal fatto che sette su dieci hanno donato un solo farmaco (figura 13.1).

PARTE QUARTA  
**PRIMA INDAGINE SUI DONATORI DELLA GRF 2016**

**FIGURA 13.1**  
**NUMERO DI CONFEZIONE DONATE PER SINGOLA DONAZIONE (VAL. %)**

Tabella 1

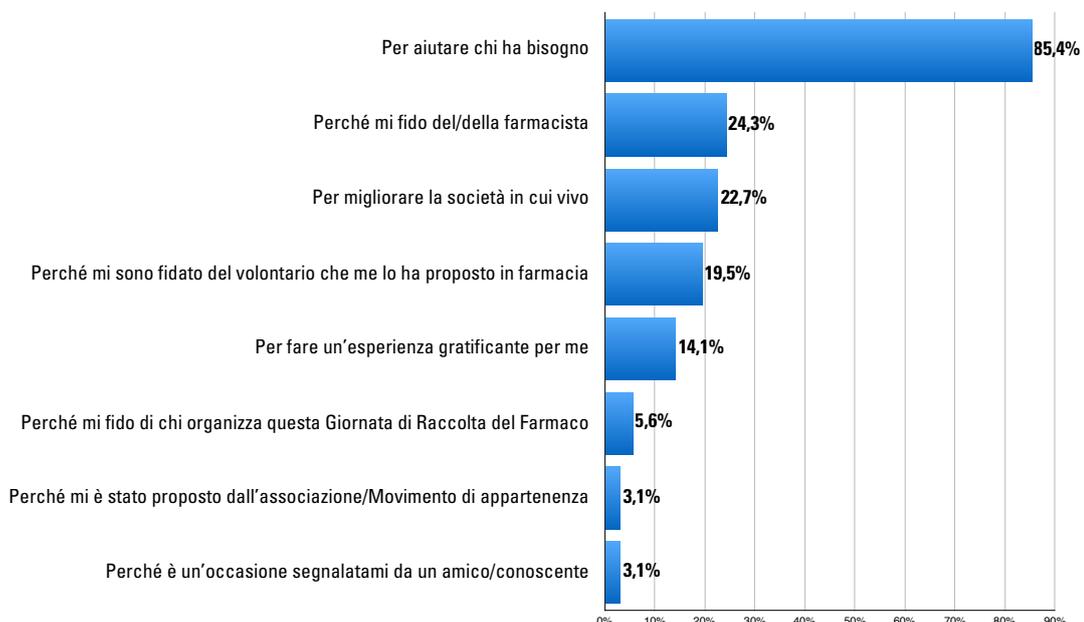
Neofiti	70
Zoccolo duro	19
Pentiti	6
Refrattari	5



Fonte: Doxa Pharma, 2016

Dunque due italiani su tre, almeno tra quelli che si recano in farmacia nel giorno della GRF, donano farmaci per chi ne ha bisogno. Perché decidono di farlo? Come era da attendersi, la motivazione prevalente è di tipo ideale-astratta: l'85,4% dei donatori dichiara dunque di aver partecipato a questo gesto di carità per provare a dare un aiuto concreto alle persone in condizione di bisogno (fig. 13.2). Tutte le altre risposte (chi rispondeva poteva proporre più di una) appaiono ampiamente staccate rispetto a questa prima, prevalente motivazione: il ricorso alla categoria della "fiducia" verso qualcuno un terzo concreto che ha proposto la partecipazione è un richiamo assai diffuso, che si tratti di una fiducia riposta nel farmacista (24,3%), del volontariato incontrato dentro la farmacia (19,5%), o da altri soggetti (individuali e collettivi) con percentuali decisamente più basse.

**FIGURA 13.2**  
**MOTIVAZIONI DELLA PARTECIPAZIONE ALLA GRF COME DONATORI (ERANO POSSIBILI PIÙ RISPOSTE) (VAL. %)**



Fonte: Doxa Pharma, 2016

PARTE QUARTA  
**PRIMA INDAGINE SUI DONATORI DELLA GRF 2016**

Il confronto con le motivazioni espresse invece dai volontari della GRF, che erano stati oggetto di uno specifico approfondimento nell'ambito del Rapporto ODF 2015, mostra differenze di approccio molto spiccate: tra i volontari infatti la motivazione ideale ed astratta rivolta all'aiuto verso i bisognosi era sì maggioritaria, ma si fermava al 52,8% del campione. Molto più forti rispetto ai donatori erano le componenti relazionali della scelta di partecipare alla GRF: pesava in particolare il richiamo ad una proposta alla partecipazione ricevuta da uno dei Movimenti, Gruppi e Associazioni che sostengono sul piano organizzativo questa complessa iniziativa.

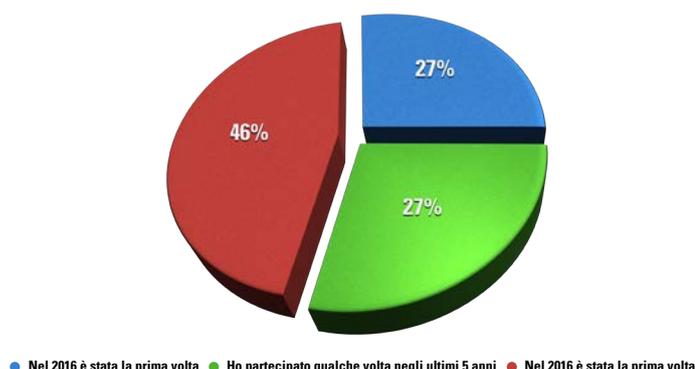
Tornando alla descrizione generale del campione, risulta molto marcata la differenza sul piano demografico tra chi ha donato e chi no: tra i donatori c'è una presenza più massiccia di donne (quasi 7 su 10, rispetto al 54% dei non donatori), mentre tra i non donatori vi è una presenza più marcata di under 35 (il 16% rispetto al 7% tra i donatori). Per altro tra i donatori sono maggiormente presenti i titoli di studio superiori (laurea o specializzazione post laurea), che riguardano 3 donatori su 10.

Pur essendo ormai un'iniziativa rodada e matura dal punto di vista organizzativo (il 2016 è stata infatti la quindicesima edizione), la GRF riesce a coinvolgere un pubblico ancora per buona parte inedito (fig. 13.3): quasi la metà dei donatori della GRF 2016 (per l'esattezza il 46%) sono infatti dei neofiti, non avendo mai partecipato negli ultimi cinque anni. Per altro, poco meno del 20% di chi invece quest'anno non ha partecipato attivamente alla GRF, evitando dunque di effettuare una donazione, ha dichiarato di avere invece effettuato una donazione in passato.

**FIGURA 13.3**  
**NUMERO DI PARTECIPAZIONI ALLA GRF NEGLI ULTIMI CINQUE ANNI (VAL. %)**

Tabella 1

Nel 2016 è stata la prima volta	27
Ho partecipato qualche volta negli ultimi 5 anni	27
Nel 2016 è stata la prima volta	46



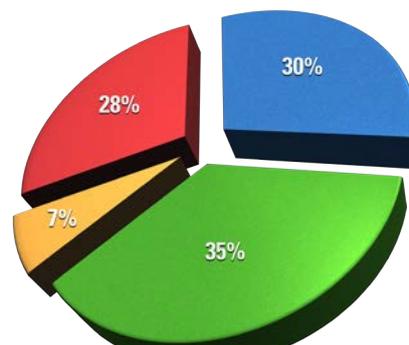
Fonte: Doxa Pharma, 2016

Idealmente dunque la GRF continua a presentare un tasso di ricambio (e in particolare un'attrattività) molto elevato (fig. 13.4): tra tutti coloro i quali si sono recati in farmacia nella giornata della raccolta (il 14 febbraio 2016), solo una piccola minoranza che possiamo battezzare come "Pentiti" (pari al 7%) ha cambiato idea rispetto alle scelte di donazione effettuate in passato (prevalentemente per motivazioni correlate alla mancanza di soldi da destinare a iniziative benefiche, o alla decisione di destinare risorse esclusivamente ad altri tipi di iniziative benefiche), mentre 1/3 dell'intero campione (donatori e non donatori) è rappresentato da persone che hanno donato farmaci per la prima volta. Lo "Zoccolo duro" di coloro i quali hanno effettuato donazioni negli ultimi cinque anni è invece del 35%.

**FIGURA 13.4.**  
**TIPOLOGIE DI UTENTI DELLE FARMACIE IN BASE ALLA LORO PROPENSIONE AL DONO/NON DONO**  
**NEGLI ULTIMI CINQUE ANNI, COMPRESO IL 2016**

Tabella 1

Neofiti	30
Zoccolo duro	35
Pentiti	7
Refrattari	28



Fonte: Doxa Pharma, 2016

Proviamo a descrivere in modo sintetico chi si “nasconde” dietro queste definizioni di gruppo, utilizzando le variabili descrittive che risultano significativamente correlati a questi raggruppamenti:

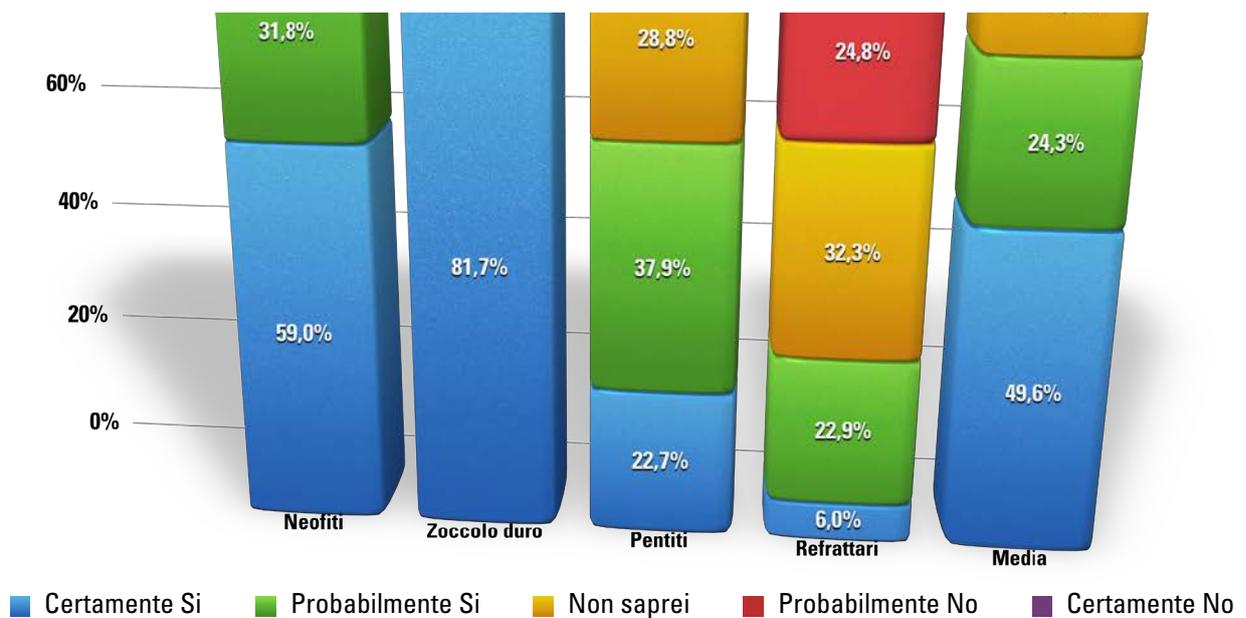
1. I giovani si concentrano in maggioranza (52%) nel gruppo dei “Refrattari”, mentre la maggioranza relativa gli anziani (over 65 anni) si raggruppa all’interno dello “Zoccolo duro” (45,2%), così come la fascia immediatamente 56-65 anni (41,5%). In ragione di queste distribuzioni, di fronte ad un’età media del campione di 56 anni, tra i “Refrattari” troviamo la media di età più bassa (52 anni), mentre l’età media più elevata è riscontrabile nello “Zoccolo duro” (61 anni).
2. Per quanto riguarda le aree territoriali, gli abitanti del nord-ovest, che rappresentano il 47% del campione, sono sopra rappresentati tra i “Pentiti” (57,6%) e nel gruppo “Zoccolo duro” (54%), mentre gli abitanti del Centro e del Sud-Isole sono decisamente sopra-rappresentati tra i “Refrattari” (rispettivamente il 18,7% e il 21,3%, rispetto a medie del 12,8 e del 16,8).
3. Anche il titolo di studio appare correlato a questa composizione in gruppi: tra i “Neofiti” e lo “Zoccolo duro” sono presenti percentuali superiori alla media di persone con una laurea o titolo superiore: tra i primi rappresentano complessivamente il 29% (contro il 27,1% medio), tra i secondi addirittura il 33,3% del totale. Al contrario sono più presenti i titoli di studio inferiori tra i “Pentiti” (36,4% con meno della licenza media, contro il 23% medio) e tra i “Refrattari” (32,1%).
4. Infine, anche la condizione professionale appare rilevante per descrivere le differenze tra questi quattro gruppi, in parte anche come conseguenza della distribuzione per età e titolo di studio appena commentata: tra i “Neofiti” si trovano in modo superiore alle medie sia lavoratori a tempo indeterminato, sia lavoratori autonomi (l’opposto si trova invece in tutti gli altri gruppi). Tra i “Refrattari” sono sopra-rappresentati i lavoratori a tempo determinato, tutti gli atipici (compresi i somministrati), gli studenti e soprattutto i disoccupati (che in questo gruppo sono il 7,5% rispetto a una media del campione del 4,3%). Le casalinghe sono proporzionalmente superiori nel gruppo dei “Pentiti”, mentre i pensionati sono nettamente presenti nello “Zoccolo duro”: sono il 34,8% di questo gruppo, contro una media di poco inferiore al 27%.

PARTE QUARTA  
**PRIMA INDAGINE SUI DONATORI DELLA GRF 2016**

Insomma, la mancata partecipazione alla GRF (sia essa costante nel tempo o generata da una forma di “pentimento” rispetto a quanto fatto negli anni precedenti) sembra avere una motivazione prevalentemente di tipo socio-economico, mentre non sembrano rilevanti elementi di avversione specifica al gesto in sé e ancor meno a chi lo organizza. La conferma viene verificando quanti sono a conoscenza del nome dell’organizzatore all’interno dei vari gruppi: il 94,4% dei “Refrattari” e l’86,4% dei “Pentiti” non ha saputo rispondere (la media, comunque molto elevata, è per altro dell’81,9).

In ogni caso, le differenze di orientamento alla partecipazione / astensione rispetto alla donazione di farmaci nel corso della GRF sembrano avere caratteristiche di stabilità anche quando vengono proiettate in avanti nel tempo (fig. 13.5). Tra i donatori dello “Zoccolo duro” non ci sono molti dubbi, e anzi una maggioranza molto ampia (più di otto su dieci) appare determinata a confermare la propria scelta anche nei prossimi anni. Più prudenti, ma comunque decisi in senso positivo, anche i “Neofiti”: quasi in sei casi su dieci viene affermata una decisione certa di donazione per il futuro, cui va aggiunto un ulteriore 32% per il quale la donazione futura appare come probabile. Più differenziato il giudizio da parte del gruppo dei “Pentiti”, la cui decisione oltre sei casi su dieci si presenta come rivedibile nel prossimo futuro. E anche tra i “Refrattari”, a dire il vero, l’avversione sistematica anche in senso prospettico riguarda meno di 4 persone su 10, mentre quasi 1/3 si dichiara almeno possibilista.

**FIGURA 13.5**  
**PROPENSIONE FUTURA AL DONO/NON DONO, PER GRUPPO**



Fonte: Doxa Pharma, 2016

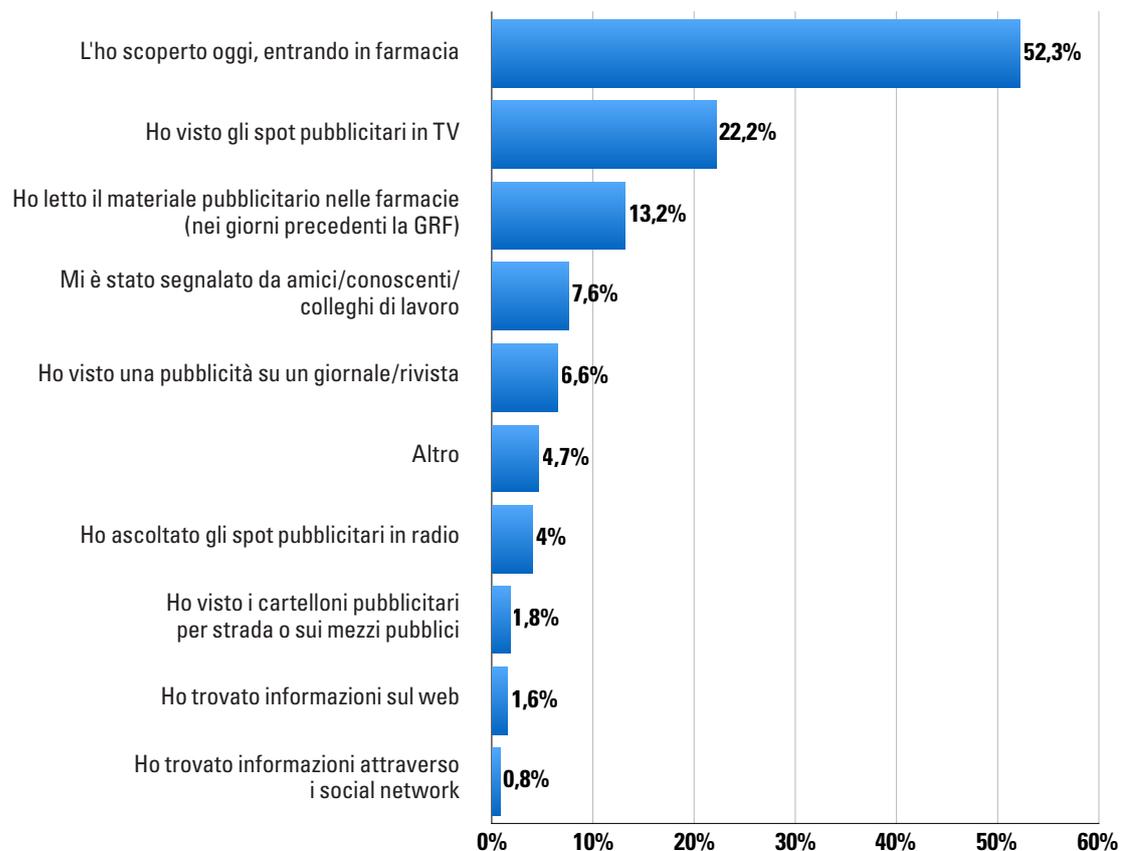
La conoscenza talvolta episodica e comunque non particolarmente approfondita della GRF, della sua storia e del soggetto che la promuove, trova una possibile conferma anche nella modalità con cui i donatori è venuto a conoscenza di questa manifestazione. La maggioranza dei donatori hanno scoperto la GRF il giorno stesso della manifestazione, entrando in farmacia e venendo così contattati dai volontari lì presenti (figura 13.6). Le modalità di conoscenza della GRF appare robustamente correlata con il sesso del donatore (le donne appaiono più sensibili a tutte le forme di pubblicità utilizzate per la campagna di comunicazione, mentre per gli uomini il canale casuale dell'informazioni just in time al momento di entrare in farmacia prevale in modo netto) e all'area geografica (dove il contatto diretto dell'ultimo minuto è più diffuso al centro e nel sud e isole, mentre la penetrazione degli spot televisivi appare molto forte nelle regioni del nord).

Nella categoria "Altro", sono invece ricompresi una serie di canali di contatto, che spaziano dall'avviso dato dal farmacista qualche giorno prima dell'evento, all'annuncio dato in chiesa o in oratorio, alla notizia letta sul televideo.

Complessivamente l'esposizione a un messaggio pubblicitario radio-televisivo ha spinto (direttamente o indirettamente) alla donazione il 26% del campione, circa l'11% ha dichiarato di essersi informato attraverso altri canali di comunicazione (compresi i social network), mentre il 12% deve la conoscenza della GRF al più tradizionale dei messi di comunicazione: il passaparola.

Complessivamente si tratta di un dato che segnala un margine di crescita molto ampio dell'iniziativa:

**FIGURA 13.6**  
**CANALE DI CONOSCENZA DELL'ESISTENZA DELLA GRF 2016**  
(ERANO POSSIBILI PIÙ RISPOSTE)



Fonte: Doxa Pharma, 2016



---

## CONCLUSIONI



## CONCLUSIONI

Il 2016 sarà probabilmente ricordato come uno degli anni di svolta per gli interventi di contrasto alla povertà sanitaria in Italia. Nel Rapporto 2015, come forse si ricorderà, era stato auspicato un intervento legislativo capace di dare un quadro normativo unitario al terzo settore italiano, e al contempo capace di agevolare il più possibile il processo di raccolta, stoccaggio e distribuzione di prodotti di prima necessità indispensabili al benessere fisico delle persone indigenti, tra cui figurano i farmaci insieme agli alimenti. Su entrambi i fronti le novità introdotte in questo lungo 2016 sono state sicuramente significative.

In ordine temporale, la prima novità dell'anno è venuta con la definitiva approvazione della legge delega 106 del 6 giugno 2016 (*Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale*), che per diventare operativa avrà bisogno di un lungo processo attuativo, probabilmente superiore ai 12 mesi, secondo il parere di molti osservatori.

Nella nuova normativa viene, tra le altre cose, prevista una robusta semplificazione delle norme fiscali e l'istituzione di misure di supporto come alcuni strumenti di finanza sociale, l'agevolazione delle donazioni, la costituzione di un fondo presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il consolidamento e una più trasparente regolazione del 5 x 1000.

La seconda novità legislativa è invece giunta nel cuore dell'estate con la pubblicazione della legge 166 del 19 agosto 2016 (*Disposizioni concernenti la donazione e la distribuzione di prodotti alimentari e farmaceutici a fini di solidarietà sociale e per la limitazione degli sprechi*), più nota come "Legge Gadda" dal nome della deputata che ne ha sostenuto l'elaborazione e l'approvazione. Questo secondo provvedimento renderà più semplice le donazioni a favore dei poveri, prevedendo, con l'articolo 15, per la prima volta particolari agevolazioni proprio per le donazioni di farmaci non utilizzati alle organizzazioni non lucrative di utilità sociale (Onlus) che le destineranno alla distribuzione verso enti caritativi. Consentirà inoltre alle Onlus di rafforzare il proprio ruolo e le proprie attività, attraverso semplificazioni di natura fiscale, agevolazioni amministrative per i donatori e l'equiparazione degli enti assistenziali con il consumatore finale.

Due buone notizie per la filiera della solidarietà italiana, che da molti anni attendeva un ammodernamento normativo significativo per riallineare la legge a una realtà decisamente cresciuta nel corso del tempo. Per altro, per entrambe le leggi si deve ancora completare il processo di promulgazione dei decreti attuativi, che ad esempio (nel caso della "Legge Gadda") dovranno stabilire nel dettaglio i comportamenti che le Onlus dovranno adottare rispetto alla detenzione e conservazione dei prodotti. Se tutto andrà come auspicato, tanto le

organizzazioni intermedie (come la Fondazione Banco Farmaceutico onlus) quanto le singole opere di carità potranno certamente avvantaggiarsi per questo mutato quadro normativo, aumentando auspicabilmente la loro capacità di risposta a un bisogno che - come mostrano i dati del Rapporto 2016 - rimane ancora particolarmente elevato e drammatico.

L'anno scorso avevamo commentato - per la prima volta dopo molti anni - uno scenario che sembrava finalmente mostrare segni positivi. La povertà assoluta, ricalcolata proprio nel 2015 dall'ISTAT utilizzando nuovi parametri più allineati con la realtà sociale del nostro tempo, aveva mostrato per la prima volta una flessione, giustificando un moderato ottimismo. Così come sembrava essersi finalmente arrestata la crescita di persone bisognose in condizione di povertà sanitaria assistite dagli oltre 1.600 enti caritativi diffusi in tutto il Paese: i 405.000 utenti della rete Banco Farmaceutico conteggiati all'inizio del 2015 erano addirittura leggermente meno di quelli dell'anno precedente.

Insomma, c'erano segnali incoraggianti di un miglioramento sociale ormai imminente. Oggi, alla luce dei nuovi dati qui raccolti, non possiamo che registrare un nuovo peggioramento delle condizioni sociali del Paese. La povertà assoluta torna infatti a crescere in modo significativo: sono oltre 100mila le famiglie povere in più (1.582mila), per un totale di quasi 500mila persone che si aggiungono ai 4,1 milioni di indigenti già presenti. Contestualmente, i dati di monitoraggio del Banco Farmaceutico segnalano anche una forte crescita di assistiti, che nel 2016 hanno superato quota 550mila: le 1.663 organizzazioni non profit sostenute dal Banco Farmaceutico hanno dunque avuto in carico oltre 150mila persone in più, e dunque hanno intercettato il bisogno di circa un nuovo povero su quattro, aumentando il proprio carico di assistiti di circa il 37%. Il dato più evidente è che questo aumento si deve principalmente alla componente straniera, il cui peso è passato dal 54,4% al 57,2% per effetto di un aumento di quasi 100mila unità, il doppio dei nuovi poveri italiani. Di fatto gli stranieri sono aumentati del 30%, gli italiani del 22%. Insomma, la nuova povertà sanitaria interessa sembra crescere maggiormente tra gli stranieri: si tratta di un dato in controtendenza rispetto ai dati generali di povertà, che da alcuni anni (lo abbiamo segnalato anche nei precedenti Rapporti ODF) segnalavano una significativa crescita di italiani per effetto principalmente delle crisi occupazionali.

Naturalmente questi dati di fonte Banco Farmaceutico non rappresentano - come abbiamo sempre sottolineato - la descrizione complessiva del problema "povertà sanitaria" in Italia: sono un modo per contarli attraverso l'intermediazione determinante degli enti che li incontrano e, per quanto possibile, li curano. Si tratta dunque di un dato che può subire correzione di anno in anno, in ragione di eventuali e sempre possibili cambiamenti nella composizione dell'universo degli enti e della loro capacità di risposta. Nel 2016 si sono per esempio aggiunti 22 enti, passando dai 1.641 del 2015 agli attuali 1.663. E' però del tutto evidente che un aumento di 22 enti non riesce a giustificare di per sé una crescita di oltre 150mila utenti. L'effetto-crescita della capacità di assistenza, che potrebbe far pensare in ipotesi ad una mera "emersione" di una quota di povertà sanitaria preesistente, non riesce certamente a spiegare i grandi numeri che stiamo commentando. Sotto traccia c'è evidentemente una dinamica di impoverimento, cui si aggiunge l'effetto povertà "di importazione" determinato dall'arrivo di migranti che - lo mostriamo nella seconda parte del Rapporto - portano con sé problemi sanitari del tutto peculiari rispetto alla popolazione italiana, il cui peso potenziale su un Sistema Sanitario Nazionale già sotto pressione rappresentano una delle incognite che le politiche pubbliche saranno chiamate ad affrontare.

Per altro il Rapporto ODF mostra quest'anno una novità proprio per quanto riguarda la composizione della spesa farmaceutica nel nostro Paese. L'analisi dei dati OSMed mostra come nel 2015 si sia invertita la tendenza degli ultimi anni di spesa pubblica: dopo una lunga fase di contrazione, si è tornati ai livelli di spesa del 2008 (oltre 13 miliardi di euro). Quello che però è cambiato parallelamente è il peso che ricade sulla spesa familiare, cresciuta di ulteriori 200 milioni nel 2015 e in costante aumento negli ultimi otto anni. In totale, dunque, la spesa farmaceutica in Italia è complessivamente cresciuta dopo un quinquennio di stagnazione: ma per effetto dell'articolazione di nuovi bisogni sanitari, alle famiglie è richiesta una maggior compartecipazione rispetto al passato. E non è dunque casuale l'indicazione, proveniente dalle nostre analisi su dati ISTAT, della crescente difficoltà delle famiglie di attivare dinamiche capaci di rispondere in modo adeguato al fondamentale diritto alla salute: circa 12 milioni di famiglie italiane hanno infatti segnalato di aver rinunciato ad almeno una spesa di tipo medico o farmaceutico nel corso dell'anno. Un dato forse da non drammatizzare eccessivamente, dal momento che non sappiamo l'effettiva entità della rinuncia e soprattutto l'argomento della medesima (cure

essenziali? Farmaci salvavita? Oppure visite routinarie semplicemente ritardate?). Per questo motivo, all'inizio del prossimo anno ODF effettuerà la prima ricerca specifica sulle difficoltà di accesso alle cure da parte dei cittadini italiani, provando ad approfondire in modo qualitativo le motivazioni e le specifiche cure oggetto della rinuncia.

Di fronte a questi scenari, il tema delle donazioni di farmaci appare dunque ancora più decisivo per garantire a centinaia di migliaia di persone le cure di cui hanno bisogno e che non possono permettersi di acquistare sul mercato. I dati di quest'anno segnalano un sostanziale assestamento sia delle donazioni provenienti dalla GRF (che risultano ormai chiaramente correlate quantitativamente al numero di farmacie aderenti, anch'esse significativamente stabili), sia le donazioni provenienti dalle aziende (ma in questo caso l'entrata in vigore della "Legge Gadda" dovrebbe determinare un forte incentivo alla crescita). Di contro, cresce il peso assoluto del recupero farmaci validi: ormai questo canale copre quasi il 10% del totale del raccolto annuo (il 20% proviene dalla GRF, il resto è di fonte aziendale). Dunque, una modalità di raccolta nata prioritariamente su motivazioni etiche ed anche pedagogiche (secondo la logica del contenimento degli sprechi e dell'aumento della cultura del dono nella popolazione italiana) mostra ormai anche una significativa forza propulsiva anche in termini quantitativi. E nel frattempo la GRF riesce a coinvolgere sempre nuovi donatori (come analizzato nella III parte del Rapporto). Ma soprattutto, il 74% di chi ha donato nel 2016 si è dichiarato pronto a donare anche l'anno prossimo. La cultura del dono, anche in campo farmaceutico, prosegue la sua strada.

progettazione e impaginazione

**BRUNO MONACO** | COMUNICAZIONE NON CONVENZIONALE

© 2016 | Fondazione Banco Farmaceutico onlus

finito di stampare nel mese di novembre 2016  
presso CPZ spa



via Lorenzini, 10 | 20139 MILANO MI | tel +39 02 70104315 | fax +39 02 700503735  
info@bancofarmaceutico.org | [www.bancofarmaceutico.org](http://www.bancofarmaceutico.org)





via Lorenzini, 10 | 20139 MILANO MI | tel +39 02 70104315 | fax +39 02 700503735  
info@bancofarmaceutico.org | [www.bancofarmaceutico.org](http://www.bancofarmaceutico.org)