

# DONAREPERCURARE

Povert  Sanitaria e Donazione Farmaci

**RAPPORTO 2015**



OSSERVATORIO  
DONAZIONE  
FARMACI





## **DONARE PER CURARE**

Povert  Sanitaria e Donazione Farmaci

**RAPPORTO 2015**

## COMITATO SCIENTIFICO

*Don Carmine Arice*

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

*Gianni Bottalico*

Presidente Nazionale ACLI

*Salvatore Pagliuca*

Presidente Nazionale UNITALSI

*Don Francesco Soddu*

Direttore Caritas Italiana

*Paolo Gradnik*

Presidente Fondazione Banco Farmaceutico onlus

## EQUIPE DI RICERCA

*Giancarlo Rovati*

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

*Pier Alberto Bertazzi*

Professore ordinario di Medicina del Lavoro  
Direttore Dipartimento di Scienze Cliniche e Salute di Comunità  
Università degli Studi di Milano  
(coordinatore analisi epidemiologiche ODF)

*Silvano Cella*

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

*Luca Pesenti*

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

*Gisella Accolla*

Statistica, ricercatrice Éupolis Lombardia

*Antonello Rigamonti*

Farmacologo clinico  
Università degli Studi di Milano

*Silvia Bini*

Dottoranda in Farmacologia  
Università degli Studi di Milano

con il contributo di



<b>IN SINTESI</b>	p. 9
<b>IL RAPPORTO 2015</b>	
Introduzione	p. 15
parte prima	
<b>LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA</b>	
1. Le dinamiche della povertà assoluta in Italia	p. 18
2. La spesa sanitaria delle famiglie povere e non povere nelle regioni italiane	p. 20
3. La spesa sanitaria in Italia	p. 24
parte seconda	
<b>DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE</b>	
4. Le condizioni di salute della popolazione povera in Italia. I risultati della seconda indagine campionaria sui farmaci dispensati dagli enti caritativi convenzionati con il banco farmaceutico	p. 27
parte terza	
<b>LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI</b>	
5. I farmaci raccolti e distribuiti: profilo sintetico	p. 40
6. Le donazioni aziendali	p. 43
7. Le farmacie	p. 45
8. Le donazioni della GRF 2015	p. 49
9. Gli enti non profit	p. 55
10. I beneficiari degli aiuti	p. 65
11. I volontari della GRF: profilo e motivazioni all'impegno	p. 75
parte quarta	
<b>PARTECIPAZIONE ALLA GRF 2015 NELLA CITTA' DI MILANO. UNO STUDIO PILOTA</b>	
12. La GFR 2015 a Milano	p. 86
<b>CONCLUSIONI</b>	p. 92



## **PROLUSIONE AL RAPPORTO DONAZIONE FARMACI E POVERTÀ SANITARIA**

*Silvia Cammarata e Luca Pani*

Sempre più spesso sentiamo parlare di povertà e di povertà assoluta ma non ci soffermiamo mai abbastanza per capire che è proprio questa condizione una delle principali cause di malattia e una barriera per l'accesso all'assistenza sanitaria.

Se ce ne fosse ancora bisogno, i dati del presente Rapporto evidenziano che il numero di individui in povertà assoluta è molto elevato e infatti, nel 2014, risultano versare in tale condizione 1 milione 574 mila famiglie. Purtroppo, la spesa cui sempre più spesso si rinuncia è quella relativa alle cure sanitarie e ai farmaci.

Chi vive in uno stato di povertà non può permettersi di acquistare quanto necessario per garantire una buona salute, quantità sufficiente di cibo di qualità e assistenza sanitaria. Nonostante il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisca le terapie a tutti e in particolar modo agli indigenti la correlazione tra povertà e scarso stato di salute non è solo economica ma è legata anche ad altri fattori correlati, ad esempio la mancanza di informazioni appropriate sulla promozione della salute, sulla prevenzione, sull'uso appropriato dei farmaci e anche l'impossibilità di far sentire la propria voce per uscire dalla condizione in cui ci si trova a vivere.

Eppure il diritto alla salute, come gli altri diritti umani, si fonda sulla protezione e sulla promozione della dignità umana che è un valore etico ampiamente condiviso e che in questo contesto sembra dimenticato e, talvolta, calpestato.

Tutto questo benché in Italia il SSN si assuma l'onere di oltre il 70% della spesa per farmaci e ambisca a rimanere universalistico e solidale nell'assistenza sanitaria, una parte della popolazione risulta "invisibile" poiché così povera da non poter permettersi nemmeno la compartecipazione alle spese prevista ad esempio, su base regionale, in forma di tickets e/o perché, come nel caso della popolazione immigrata, non conosce la modalità di accesso alle cure sanitarie nei paesi ospitanti. Pochi in queste popolazioni di pazienti conosce le modalità con cui può essere esentato dal contribuire al ticket di compartecipazione e, probabilmente non a caso, i dati del Rapporto si riferiscono a una popolazione assistita composta soprattutto da immigrati.

E' un circolo vizioso che è necessario spezzare: la malattia a sua volta può essere causa di povertà soprattutto per le famiglie e gli individui a basso reddito.



Siamo consapevoli che le Agenzie Regolatorie devono adeguarsi, andare al passo con i tempi e attivarsi ponendo particolare attenzione alle categorie vulnerabili. E' in questa direzione che stiamo guardando e che ci stiamo muovendo, non solo mediante iniziative che possano favorire la donazione dei medicinali ma favorendo la divulgazione di tutte le informazioni relative ai farmaci e alle cure sanitarie più facilmente accessibili e adeguate a tutte le fasce di popolazione.

Per tutti i motivi sopra elencati, anche quest'anno AIFA supporta con orgoglio la pubblicazione del Rapporto Donazione Farmaci e Povertà Sanitaria come strumento utile per la verifica di bisogni inevasi in termini di salute e come base per future programmazioni di politiche farmaceutiche.

## **POVERTÀ SANITARIA E UNIVERSALISMO: I RISCHI DI UN'ABIURA**

*Alessandro Del Bono*

Amministratore Delegato Mediolanum Farmaceutici

Per “povertà sanitaria” si intende l’insufficienza del reddito nel far fronte alle spese necessarie a curarsi. Con tutta evidenza, quindi, si fa riferimento alle risorse necessarie a rispondere a tutti i bisogni di salute non coperti dal Servizio Sanitario Nazionale. Non a caso, dal Rapporto curato dalla Fondazione Banco Farmaceutico emerge che questa autentica emergenza sociale interessa in primo luogo i cittadini stranieri, che non beneficiano delle prestazioni offerte dal SSN. Eppure i dati parlano chiaro: anche una percentuale notevole di cittadini italiani è costretta a ricorrere alle organizzazioni non profit, evidentemente per trovare una risposta a quei basilari bisogni di cura che resterebbero tali – e quindi insoddisfatti – semplicemente a causa di un prezzo dei ticket, per farmaci e prestazioni, che risulta non più sostenibile per una fetta crescente di popolazione.

Il tema della povertà sanitaria sembra così incrociare, quasi con involontaria malizia storica, i principali nodi politico-strategici che l’attualità ci impone di sciogliere, destreggiandoci fra richieste di cura crescenti – dovute ai fenomeni migratori e all’aumento dell’età media della popolazione – e budget sanitari sempre più ridotti; ma anche affrontando a viso aperto, e senza le reticenze che sembrano attraversare il dibattito politico degli ultimi mesi, il grande tema dell’universalismo sanitario. Da questo punto di vista, il Rapporto sulla povertà sanitaria del Banco Farmaceutico funge da campanello d’allarme: rivelatore dell’avanzare di una forma di indigenza che ferisce l’uomo nella sua integrità fisica, e quindi nella sua unità corporea e morale di persona, ma anche cartina al tornasole di una pericolosa ipocrisia che rischia di penetrare nelle logiche della nostra sanità, se non si trova al più presto una quadratura fra prestazioni minime e vincoli di bilancio. Il rischio concreto, diversamente, sarebbe quello di ammalarci tutti di un pericoloso strabismo, e continuare a discutere di universalità mentre le cure garantite in concreto si riducono, divenendo appannaggio di una minoranza.

Per queste ragioni, credo che il presente Rapporto sia il vero termometro della sanità italiana. Mediolanum Farmaceutici ne ha sostenuto la pubblicazione affinché un gran numero di responsabili della sanità lo utilizzi anche come barometro: per riconoscere negli indicatori del presente tutti i segni della “tempesta perfetta” – di cui il Presidente dell’Istituto Superiore di Sanità parla in una sua recente pubblicazione, assieme ad altri illustri autori – dalla quale tutti abbiamo la responsabilità di proteggere il nostro Servizio Sanitario Nazionale.





**IN SINTESI**

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

Colmando un vuoto non riempito dalle fonti ufficiali, ODF utilizza informazioni innovative, sfruttando i dati provenienti dalla **Giornata di Raccolta del Farmaco** annuale (GRF), dalle donazioni delle aziende farmaceutiche, dai sistemi di monitoraggio degli oltre 1600 enti caritativi che fanno parte della rete servita dal Banco Farmaceutico.

### 1. POVERTA' SANITARIA IN ITALIA

Il nuovo metodo di calcolo proposto da ISTAT segnala come nel 2014 per la prima volta dal 2007 si sia assistito ad una diminuzione della povertà assoluta: 5,7% delle famiglie e 6,8% degli individui sono in questa condizione. Si tratta comunque di **quasi 4.1 milioni** di persone.

In Italia la spesa sanitaria annua pro capite è di 444 euro (costante rispetto all'anno precedente), ma quella dei poveri è di **solli 69 euro** (-8%). Ciò significa che se nelle famiglie non povere si destina il 3,8% del budget domestico per curarsi, in quelle povere si scende all'**1,8%**.

All'interno di questa spesa, **52 euro** annui pro capite, sono dedicati all'acquisto di farmaci.

Se ogni individuo povero spende 52 euro in medicinali (-2,1% rispetto all'anno precedente), in media gli italiani ne spendono 206,20 (+2,7).

Il 3,9% degli italiani ha **rinunciato ad acquistare farmaci necessari** a causa di motivazioni economiche

### 2. LE DONAZIONI

Ancora in forte aumento le donazioni di farmaci: **quasi 1,3 milioni di confezioni** nel solo I semestre 2015 (erano 915mila lo scorso anno). Ma non tutti i canali di approvvigionamento funzionano allo stesso modo.

Si ferma la crescita della Giornata di Raccolta del Farmaco (quasi 6.000 confezioni in meno).

Cresce ancora in modo robusto la donazione aziendale: nel I semestre 2015 sono state donate quasi 860mila confezioni. Erano 540mila nel I semestre 2014.

Diventa più robusto anche il canale del **Recupero Farmaci Validi**, che raggiunge il **4%** del totale del raccolto dalla FBF. Se nel I semestre 2014 erano state donate 15mila confezioni, nel 2015 si è già superata la quota di 49mila confezioni.

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

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

**4,1 MILIONI DI POVERI  
ASSOLUTI...**

**...CHE SPENDONO  
69 EURO L'ANNO  
PER CURARSI,  
RISPETTO AI 444 MEDI...**

**MA LA CONCENTRANO  
SUI FARMACI**

**SPENDENDO ANCORA  
MENO DEL PASSATO**

**QUASI IL 4% DEGLI  
ITALIANI HA RINUNCIATO  
A CURARSI PER CAUSE  
ECONOMICHE**

**1,3 ML DI CONFEZIONI  
RACCOLTE NEL I SEM 2015  
(+38% SUL I SEM 2014)**

**GLI ITALIANI DONANO  
UN PO' MENO...**

**MA LE AZIENDE  
DONANO DI PIÙ (+59%)**

**MENTRE TRIPLICA IL  
RECUPERO FARMACI  
VALIDI**

### 3. IL BISOGNO DI SALUTE

È possibile analizzare il profilo farmaco-epidemiologico della popolazione assistita dalla rete Banco Farmaceutico su una intera annualità (2014) relativamente a un campione di enti che hanno assistito 87.550 persone, per le quali sono state dispensate **1.276mila dosi giornaliere** di farmaci (DDD).

Le **malattie respiratorie** si confermano come le più frequentemente dichiarate dagli enti e presentano il maggior numero di dosi giornaliere dispensate (12,2 DDD/1000 pazienti/die). Seguono le **malattie cardiovascolari** (11 DDD) e **gastrointestinali** (8,7 DDD).

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

C'è una geografia della salute dei poveri: al Nord prevalgono i farmaci per l'apparato respiratorio, al Centro quelli cardiovascolari, al Sud quelli gastrointestinali. Al Sud c'è la più elevata incidenza di malattie croniche.

### 4. LE DONAZIONI AZIENDALI

Le circa 860mila confezioni donate nel solo I semestre 2015, rappresentano ormai il **68%** del totale delle medicine raccolte dalla FBF. In euro si tratta di **oltre 7,1 milioni** di valore.

Il forte aumento di donazione sta rendendo sempre più vario il mix delle classi di farmaco: nel I semestre l'8% sono farmaci rimborsabili, 47,8% non rimborsabili, quasi il 21% integratori e il 23,4% presidi medico-chirurgici.

### 5. LA GRF 2014 E LE FARMACIE

Nel 2015 hanno aderito alla GRF **3.665 farmacie**: hanno partecipato anche nel Molise, dove l'anno scorso la GRF non era stata svolta. In media hanno dunque aderito una farmacia ogni cinque, con una crescita di quasi il 9% nell'ultimo biennio. Il più alto tasso di partecipazione si ha in Friuli-Venezia Giulia e Lombardia.

Complessivamente nelle farmacie sono state raccolte circa 354mila confezioni, con una lieve flessione rispetto al 2014 (-1,6%) ma comunque in crescita nel biennio (+1,4%). Il valore del donato è stato di **quasi 2,3 milioni**: in media si è dunque speso 6,4 euro per ogni confezione donata. Ancora una volta quasi metà delle confezioni è stata raccolta nel Nord-ovest, dove si registra il più elevato tasso di partecipazione delle farmacie.

Il maggior numero di donatori si è avuto in Valle d'Aosta (509 ogni 10mila abitanti), al Sud sventa il "neofita" Molise con un valore (499 donatori ogni 10mila abitanti) che supera quello di quasi tutte le regioni del Nord.

**1.276MILA DOSI  
GIORNALIERE**

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

**C'È DUNQUE UN PROFILO  
TIPICO DI "MALATTIE DEI  
POVERI"**

**E ANCHE UNA SPECIFICA  
"GEOGRAFIA"**

**860MILA CONFEZIONI  
DONATE, ACCETTATE E  
DISTRIBUITE, PER UN  
TOTALE DI 7,1 MILIONI**

**MAGGIOR VARIETÀ DI  
FARMACI RISPETTO AL  
PASSATO**

**3.665 FARMACIE,  
+9% IN DUE ANNI**

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

**IN VALLE D'AOSTA E  
MOLISE IL MAGGIOR  
NUMERO DI DONATORI**

Nella GRF le tre categorie di farmaci più donate sono stati gli **analgesici e antipiretici** (33,5%), gli **antiinfiammatori orali** (12,3%) e i preparati per **tosse e raffreddore** (6,6%).

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

Sono aumentati fino a **1.640** gli enti sostenuti da Banco Farmaceutico, oltre il 60% sono al Nord, ma l'aumento maggiore è al Centro e al Sud. Complessivamente si tratta del **18,1%** di tutti gli enti caritativi censiti dall'ISTAT. Nel 46% dei casi questi enti possono contare su un medico interno.

Questi enti hanno aiutato nel 2015 oltre 405mila persone assistite, con una prevalenza al Nord ovest (33%). Si tratta del **10% dei poveri assoluti** italiani. Gli utenti complessivi sono diminuiti dell'1% rispetto al 2014.

In aumento gli uomini (+1,7 punti rispetto al 2014) e gli italiani (+1,9 punti) anche se gli stranieri restano maggioritari (54,4%). Cambia dunque il trend, che negli ultimi due anni aveva visto una presenza maggioritaria di donne e italiani.

Crescono i poveri in età lavorativa, per effetto della diminuzione dei minorenni (19,9%, -1,1 punti ma -1,8 tra gli stranieri) e degli anziani (17,9%, -0,6 punti). Gli italiani over 65 diminuiscono di -2,8 punti.

### 7. I VOLONTARI

Nel 2015 hanno partecipato alla GRF **13.300 volontari**. Il record di partecipazione si è avuto nel Nord ovest (42%), dove però era anche maggiore la partecipazione delle farmacie.

Si tratta di un volontariato meno giovane rispetto alle medie italiane (solo l'11% ha meno di 34 anni) ma anche meno anziano (il 20,7% ha più di 65 anni). Dunque, tra i volontari GRF sono più che rappresentate le persone delle classi centrali di età. Si tratta di un volontario molto istruito: oltre il 40% sono laureati.

Si tratta in prevalenza di persone con un lavoro dipendente (36,8%) o pensionati (24,3%). Il 17% sono studenti.

**ANALGESICI E  
ANTIPIRETICI I FARMACI  
PIÙ DONATI**

**1.640 ENTI CARITATIVI...**

**...AIUTANO IL 10% DEI  
POVERI ASSOLUTI  
(405MILA PERSONE)**

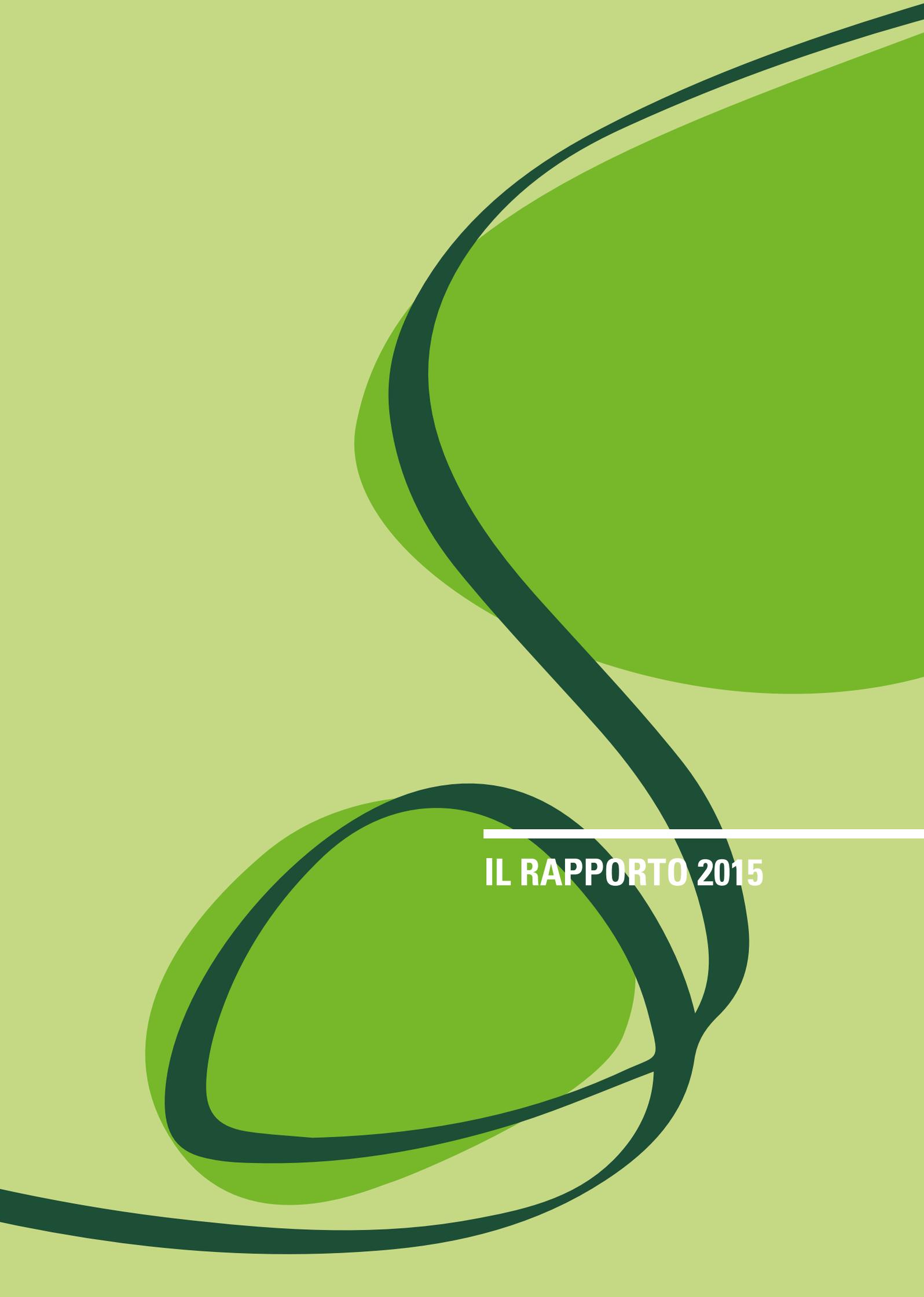
**IN AUMENTO I MASCHI  
E GLI ITALIANI**

**CRESCERE LA  
POPOLAZIONE POVERA  
IN ETÀ LAVORATIVA**

**13.300 VOLONTARI  
COINVOLTI...**

**IN PREVALENZA  
ADULTI...**

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

The image features a light green background with several overlapping, rounded shapes in a slightly darker shade of green. A thick, dark green line curves across the composition, starting from the top right, moving down, and then looping back towards the bottom left. A horizontal white line is positioned above the text.

**IL RAPPORTO 2015**



*Paolo Andrea Grandik*

Presidente Fondazione Banco Farmaceutico onlus

*Sergio Daniotti*

Presidente Banco Farmaceutico Research

In Italia lo stato di salute dei residenti è costantemente monitorato dalle Istituzioni Sanitarie pubbliche e dai molti soggetti privati operanti in campo sanitario. Purtroppo, però, una quota consistente della popolazione sfugge a 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 complementari.

Proprio con riferimento a questa popolazione è ormai entrato nel dibattito pubblico il concetto di “povertà sanitaria”, utilizzato per indicare anzitutto le conseguenze della scarsità di reddito sull’accesso a quella parte delle cure sanitarie che restano a carico degli indigenti a causa del mancato intervento del SSN.

Si tratta di una forma di povertà *sui generis*, poiché mina in radice il fondamentale diritto alla salute che rappresenta una delle grandi conquiste raggiunte dall’umanità. Proprio per questo occorre uno sforzo particolare per rendere evidente questa forma di disagio estremo della nostra epoca. Se è infatti abbastanza facile raccogliere nell’opinione pubblica giudizi precisi sull’esistenza di forme di povertà per così dire “tradizionali”, come sono ad esempio quella abitativa o quella alimentare, non altrettanto si può dire della coscienza diffusa dell’esistenza di una povertà sanitaria in Italia. Al più la si ritiene tipica dei paesi del terzo e quarto mondo. O eventualmente, ne si ravvisa l’esistenza nell’ambito delle ripetute emergenze legate al fenomeno delle migrazioni internazionali.

Accanto a queste drammatiche situazioni, esiste una quota ampia e tendenzialmente in crescita di cittadini italiani che non riescono ad avere adeguato accesso non tanto ai servizi sanitari ospedalieri, quanto innanzitutto ai farmaci. Farmaci da banco, per esempio, come noto integralmente a carico dell’utente. Ma anche molti farmaci specialistici, soprattutto quelli non coperti dal SSN.

I dati illustrati in questo Secondo Rapporto dell’Osservatorio sulla donazione dei farmaci (ODF), come di consueto elaborato da un gruppo di lavoro composto da ricercatori dell’Università Cattolica del Sacro Cuore e dell’Università Statale di Milano, contribuiscono a fare luce proprio su questa parte di società italiana che risulta invisibile sia alla statistica ufficiale, sia alla grande maggioranza della popolazione e dell’opinione pubblica.

Vengono qui presentate informazioni riferite principalmente alle attività svolte nel corso del primo se-

## INTRODUZIONE

mestre del 2015 dai protagonisti della rete sussidiaria promossa dalla Fondazione Banco Farmaceutico, sviluppando anche uno specifico approfondimento sulle condizioni di salute della popolazione povera residente in Italia. Lo si fa utilizzando uno studio retrospettivo sui farmaci dispensati nell'anno 2014 da un campione di enti caritativi convenzionati con il Banco. Si consolida dunque l'analisi proposta in via sperimentale nella prima edizione del Rapporto, evidenziando quest'anno in particolare il tema della cronicità come elemento sempre più rilevante del bisogno di salute intercettato dalle opere di carità associate alla FBF.

La difficoltà degli indigenti a sostenere una parte non piccola delle spese necessarie per curarsi ha conseguenze problematiche sul loro stato di salute tanto nelle fasi croniche che in quelle acute.

La crescita della povertà assoluta avvenuta nel nostro paese nel corso degli ultimi anni rappresenta l'effetto estremo di un più generale declino delle condizioni di vita complessive nel nostro paese, che si manifesta anche in una più ridotta capacità dei singoli cittadini, delle imprese e delle istituzioni di erogare aiuti economici e donazioni a favore dei più svantaggiati.

In questo contesto le organizzazioni caritative e, in particolare, il Banco Farmaceutico sono testimoni privilegiati di entrambi i processi appena descritti; esse infatti partecipano, contemporaneamente, dell'accresciuto fabbisogno di aiuto da parte degli indigenti e dell'accresciuta difficoltà a donare da parte di chi non è povero.

Diversamente da altre esperienze non profit che usufruiscono, almeno in parte, di politiche pubbliche di sostegno, l'attività del Banco Farmaceutico vive interamente della "generosità" dei privati, è dunque legittimo attenderci che la conservazione dei livelli raggiunti negli anni passati sia di per sé un risultato più che positivo. Allo stesso modo, particolare attenzione viene riservata in questa nuova edizione del Rapporto al contributo portato dai farmacisti e degli operatori volontari che garantiscono l'operatività indispensabile al realizzarsi della Giornata di Raccolta del Farmaco. L'analisi cartografica sperimentalmente proposta per la città di Milano aiuta a cogliere i punti di forza e gli attuali limiti della diffusione della Giornata di Raccolta del Farmaco. Mentre una apposita indagine campionaria permette di costruire un profilo più chiaro del "volontario GRF".

Anche grazie a questi approfondimenti, consegniamo una fotografia aggiornata non soltanto del problema (la povertà sanitaria), ma anche di una parte rilevante della sua soluzione.

A stylized graphic of a person's profile, rendered in various shades of green. The profile is facing right and is composed of thick, rounded lines. The background is a light green gradient. The text is positioned in the lower right area of the image, overlaid on the profile's neck and shoulder area.

**LA POVERTÀ SANITARIA  
IN ITALIA**

## 1 | LE DINAMICHE DELLA POVERTÀ ASSOLUTA IN ITALIA

Nell'economia del nostro Rapporto, l'analisi dei dati sull'andamento della povertà nel nostro paese ha la funzione di identificare il contesto entro cui si collocano le attività della Fondazione Banco Farmaceutico a sostegno dei bisogni sanitari degli indigenti e gli sforzi degli enti non profit per erogare gli aiuti di prima necessità unitamente agli interventi di più ampio respiro finalizzati alla inclusione sociale.

I dati sulla povertà complessiva costituiscono, insomma, il termine di paragone per valutare l'entità dei bisogni in campo, così come l'entità delle risorse necessarie per soddisfarli. Per tracciare un bilancio complessivo torna utile considerare non soltanto gli eventuali progressi compiuti dall'insieme delle organizzazioni caritative rispetto al loro punto di partenza, ma anche il traguardo finale, coincidente con l'aumento del rapporto tra indigenti aiutati e il loro totale

In occasione della presentazione dei dati ufficiali sulla povertà nel nostro paese nell'anno 2014, l'Istat ha reso noto di aver modificato il metodo di rilevazione dei consumi degli italiani e di essere giunta ad una stima dell'incidenza di povertà relativa ed assoluta sensibilmente inferiore rispetto all'approccio precedente, al punto da dover ricalcolare anche la serie storica degli ultimi 7 anni. Non resta che accogliere con favore la riduzione dell'incidenza di povertà assoluta - passata dal 6,3% del 2013 al 5,7% nel 2014 su base familiare e dal 7,3% al 6,8% su base individuale - senza trascurare il fatto che il numero delle famiglie (1 milione 470 mila) e degli individui (4 milioni 102mila) colpiti dalla povertà assoluta resta molto elevato ed allarmante tanto in termini relativi quanto in termini assoluti (Tab. 1.1).

**TABELLA 1.1**  
**INDICATORI DI POVERTÀ ASSOLUTA PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA.**  
**ANNI 2013-2014, MIGLIAIA DI UNITÀ E VALORI PERCENTUALI.**

	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013
<b>Migliaia di unità</b>								
<b>Famiglie povere</b>	515	536	251	254	704	823	1.470	1.614
<b>Famiglie residenti</b>	12.292	12.209	5.292	5.176	8.184	8.132	25.768	25.518
<b>Persone povere</b>	1.578	1.517	658	696	1.866	2.207	4.102	4.420
<b>Persone residenti</b>	27.595	27.489	11.997	11.903	20.855	20.833	60.448	60.225
<b>Incidenza (%)</b>								
<b>Famiglie</b>	4,2	4,4	4,8	4,9	8,6	10,1	5,7	6,3
<b>Persone</b>	5,7	5,5	5,5	5,9	9,0	10,6	6,8	7,3

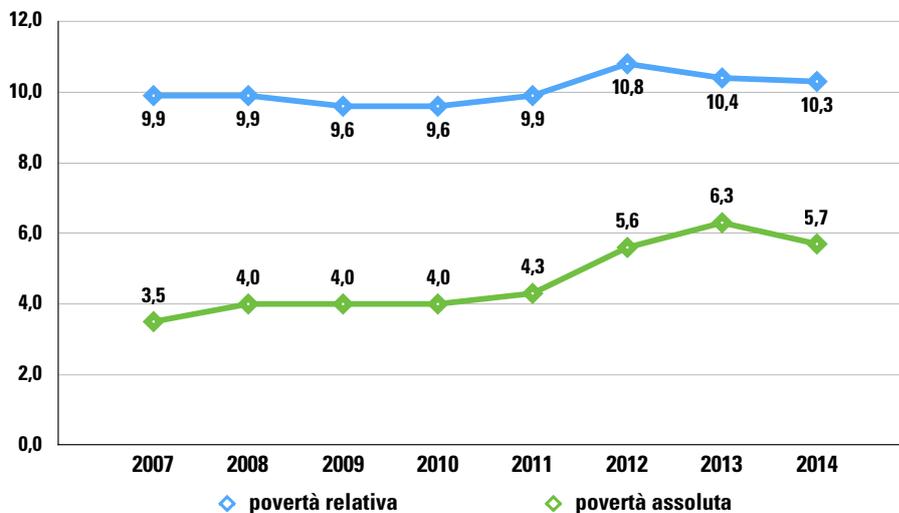
Fonte: dati Istat, indagine campionaria "I consumi delle famiglie".

Alle sensibili variazioni registrate dalla povertà assoluta nel corso degli ultimi 4 anni – con segnali di flessione nel corso del 2014 - corrisponde un andamento più stazionario della povertà relativa, che dopo il picco registrato nel 2012 (10,8% secondo i dati della nuova serie) è scesa di 0,5 punti percentuali negli ultimi due anni (Fig. 1.1).

# PARTE PRIMA

## LA POVERTÀ SANITARIA IN ITALIA

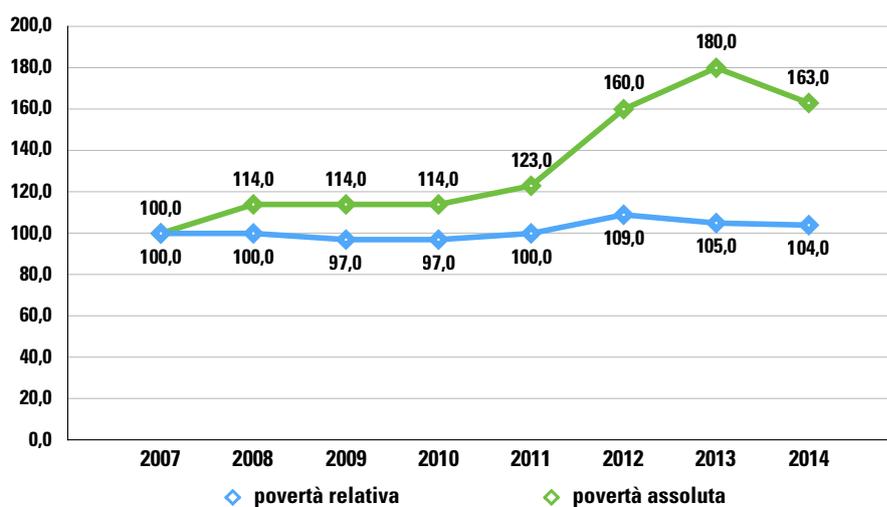
**FIGURA 1.1**  
ANDAMENTO DELLA POVERTÀ ASSOLUTA E RELATIVA IN ITALIA: 2007-2014 (VALORI %)



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

L'ottimismo destato dagli ultimi, pi  favorevoli, dati deve comunque fare i conti con il marcato aumento della povert  assoluta tra il 2011 e il 2014 (numero indice da 123 a 163) con un picco preoccupante nel 2013 (numero indice 180) (fig. 1.2). Malgrado i segni di miglioramento registrati nell'ultimo anno, rimaniamo lontani dai valori anteriori all'esplosione della grande crisi del 2008, n    possibile fare previsioni rassicuranti fino a quando non verranno varati robusti investimenti economici e sociali per contrastare la povert  assoluta, come auspicato dalla Alleanza contro la povert  e dalla proposta del Reis di cui tale alleanza si   fatta portatrice (Rapporto Caritas 2015).

**FIGURA 1.2**  
ANDAMENTO DELLA POVERT  ASSOLUTA E RELATIVA IN ITALIA: 2007-2014.  
(NUMERI INDICE : BASE 100 = ITALIA 2007)



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

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

La scarsità di risorse economiche che contraddistingue chi vive in povertà assoluta si ripercuote sull'intero paniere dei beni necessari, ivi compresi quelli legati alla salute. Le famiglie povere destinano alle spese sanitarie mensili poco meno di 16 euro (15,74 euro nel 2013, ultimo dato disponibile) a fronte dei quasi 94 euro delle famiglie non povere (Tab. 2.1)

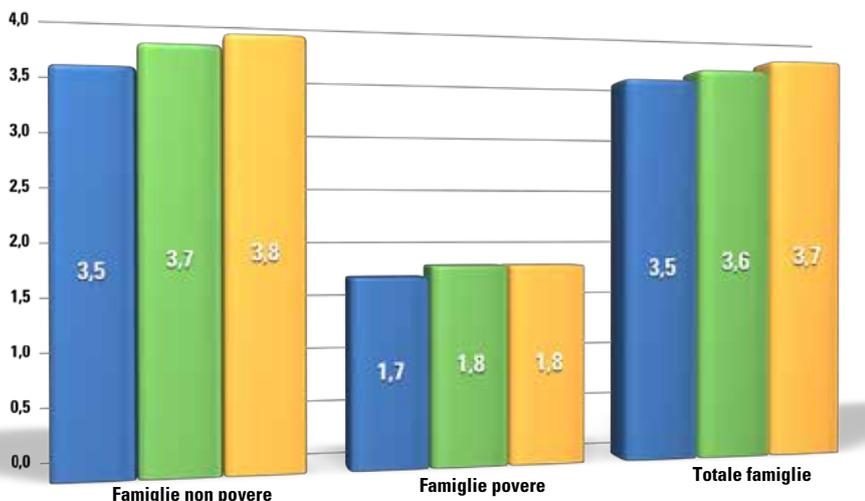
**TABELLA 2.1**  
**LA SPESA MEDIA MENSILE PER CONSUMI E LA SPESA SANITARIA DELLE FAMIGLIE AL VARIARE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA.**  
**ITALIA, ANNI 2006, 2012 E 2013.**

	Spesa complessiva in euro			Spesa sanitaria in euro		
	2006	2012	2013	2006	2012	2013
<b>Famiglie non povere</b>	2.536,49	2.532,77	2.484,51	88,59	93,42	93,57
<b>Famiglie povere</b>	694,37	862,71	897,76	11,83	15,89	15,74
<b>Totale famiglie</b>	2.460,80	2.419,27	2.359,05	85,44	88,15	87,41

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

Il gap (in valore assoluto) tra le due tipologie familiari è confermato dal differente peso percentuale medio della spesa sanitaria che varia tra il 3,8% per le famiglie non povere e l'1,8% delle famiglie povere (Fig. 2.1). I ridotti margini di manovra di quest'ultime si traducono in una sostanziale non curanza per la propria salute, anche quando ce ne sarebbe bisogno, e dunque si traducono in un tendenziale aumento della vulnerabilità psico-fisica.

**FIGURA 2.1**  
**IL PESO PERCENTUALE MEDIO DELLA SPESA SANITARIA SUL BILANCIO DI SPESA DELLE FAMIGLIE AL VARIARE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA. ITALIA, ANNI 2006, 2012 E 2013.**



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

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

Il gap tra la spesa sanitaria delle famiglie povere e non povere si manifesta in tutte le regioni italiane, con picchi particolarmente accentuati in Veneto e Lombardia e valori superiori alla media (-71,68 euro) in tutte le regioni del Nord, con l'aggiunta della Toscana e della Basilicata; valori inferiori alla media si registrano in tutte le altre regioni, con situazioni limite in Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna (Tab. 2.2).

**TABELLA 2.2**  
**LA SPESA SANITARIA MEDIA MENSILE DELLE FAMIGLIE E IL PESO PERCENTUALE MEDIO SUL BILANCIO DI SPESA**  
**AL VARIARE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA. REGIONI ITALIANE, ANNO 2013.**

Regione	Spesa sanitaria 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 e Valle d'Aosta	105,53	13,73	100,33	-86,60	3,9	1,4	3,9
Lombardia	120,38	20,62	114,48	-93,86	4,2	2,0	4,1
Trentino Alto Adige	105,97	22,33	103,19	-80,86	3,5	2,4	3,5
Veneto	116,45	11,89	109,83	-97,94	4,1	1,1	4,1
Friuli-Venezia Giulia	104,70	13,27	99,97	-86,70	4,1	1,5	4,0
Liguria	92,85	5,60	86,93	-81,32	3,8	0,7	3,8
Emilia Romagna	111,29	23,85	107,21	-83,36	3,9	2,4	3,9
Toscana	94,37	18,76	91,72	-72,96	3,6	2,0	3,6
Umbria	84,22	14,33	78,76	-64,44	3,4	1,5	3,4
Marche	89,42	22,08	85,39	-63,31	3,7	2,4	3,6
Lazio	79,09	13,60	74,29	-60,69	3,2	1,4	3,1
Abruzzo	76,80	25,22	73,70	-48,48	3,5	3,4	3,5
Molise	87,67	14,09	80,05	-65,96	4,0	2,0	4,0
Campania	65,46	14,74	60,11	-45,37	3,2	1,9	3,2
Puglia	76,39	12,53	68,96	-56,42	3,8	1,5	3,7
Basilicata	93,48	11,63	84,20	-72,57	4,4	1,7	4,3
Calabria	65,54	17,85	57,98	-40,13	3,7	2,2	3,6
Sicilia	57,91	14,21	50,93	-36,72	3,3	1,8	3,2
Sardegna	62,85	16,88	56,86	-39,98	3,2	2,2	3,1
<b>Italia</b>	<b>93,57</b>	<b>15,74</b>	<b>87,41</b>	<b>-71,68</b>	<b>3,8</b>	<b>1,8</b>	<b>3,7</b>

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

La disuguaglianza più contenuta tra famiglie povere e non povere dipende, in questi casi, da un diffuso malessere economico piuttosto che da una più equa ripartizione dovuta a qualche misura redistributiva; ne è prova il fatto che la spesa delle famiglie povere è in media con quella generale, mentre è in sofferenza la capacità di spesa delle famiglie non povere. Siamo in questo caso di fronte ad un esempio eloquente di "paradosso dell'uguaglianza" là dove essa coincide con la redistribuzione della scarsità piuttosto che dell'abbondanza.

## PARTE PRIMA

# LA POVERTA' SANITARIA IN ITALIA

Per comprendere il senso della spesa sanitaria fin qui commentata torna oltremodo utile considerare la quota destinata specificamente all'acquisto di medicinali, coincidente con la parte non coperta dal SSN e/o gravata dalla spesa per i ticket variamente prevista in tutte le regioni italiane. Scopriamo in tal modo, nuovamente, che la spesa sanitaria delle famiglie povere è destinata per circa il 75% alla spesa farmaceutica (a fronte del corrispondente 50% delle famiglie non povere) che nel loro caso si configura come spesa necessaria non coperta dal SSN (Tab. 2.3).

E' precisamente su questa parte necessaria, non coperta dal SSN, che si innesta la richiesta di aiuto degli indigenti per sopperire alla componente sanitaria del loro stato di povertà, che chiamiamo sinteticamente "povertà sanitaria". Ed è per l'appunto su questa area di bisogno ineludibile che interviene la filiera dei donatori di farmaci, di cui la Fondazione Banco Farmaceutico costituisce il punto di propulsione e di raccordo.

**TABELLA 2.3**  
**LA SPESA MEDIA MENSILE PER MEDICINALI DELLE FAMIGLIE AL VARIARE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA.**  
**ITALIA, ANNI 2006, 2012 E 2013.**

	2006	2012	2013
<b>Famiglie non povere</b>	41,17	42,51	43,07
<b>Famiglie povere</b>	9,08	11,20	11,82
<b>Totale famiglie</b>	39,85	40,38	40,60

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

L'analogo approfondimento su scala regionale della spesa farmaceutica delle famiglie povere e non povere mostra in primo luogo che il gap tra i due sottogruppi è mediamente pari a 31 euro, con scostamenti più accentuati in Veneto, Liguria, Lombardia, Toscana, Piemonte e meno accentuati in Calabria, Sicilia, Sardegna a causa - in questi ultimi casi - della scarsità generalizzata delle risorse economiche familiari piuttosto che per un trattamento più favorevole agli indigenti residenti in queste stesse regioni (Tab. 2.4).

Merita segnalare che in alcune regioni (Liguria, Veneto, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Basilicata) la spesa per medicinali sostenuta dalle famiglie povere è inferiore alla media, lasciando intendere o che le condizioni di salute di queste famiglie siano migliori di quelle che vivono in altre regioni, oppure (più verosimilmente) che in queste regioni funzionano meglio che altrove misure di sostegno alla spesa farmaceutica dei poveri.

**TABELLA 2.4**  
**LA SPESA MEDIA MENSILE PER MEDICINALI DELLE FAMIGLIE AL VARIARE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA.**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2013.**

	Spesa per medicinali in euro			
	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie	Gap povere-non povere
<b>Piemonte e Valle d'Aosta</b>	45,05	11,35	43,14	-33,71
<b>Lombardia</b>	52,02	14,31	49,79	-37,71
<b>Trentino Alto Adige</b>	38,26	13,32	37,43	-24,94
<b>Veneto</b>	54,00	7,98	51,09	-46,03
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	44,83	8,85	42,97	-35,98
<b>Liguria</b>	44,77	5,47	42,10	-39,30
<b>Emilia Romagna</b>	43,91	15,08	42,56	-28,83

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

<b>Toscana</b>	44,28	8,11	43,01	-36,16
<b>Umbria</b>	35,45	11,93	33,61	-23,52
<b>Marche</b>	38,74	11,37	37,10	-27,38
<b>Lazio</b>	37,49	11,26	35,56	-26,23
<b>Abruzzo</b>	36,56	18,71	35,49	-17,85
<b>Molise</b>	35,80	12,87	33,42	-22,93
<b>Campania</b>	35,90	11,76	33,36	-24,14
<b>Puglia</b>	43,50	10,87	39,70	-32,63
<b>Basilicata</b>	39,66	9,33	36,22	-30,33
<b>Calabria</b>	33,62	15,50	30,74	-18,11
<b>Sicilia</b>	33,25	11,12	29,71	-22,12
<b>Sardegna</b>	33,05	13,19	30,46	-19,86
<b>Italia</b>	43,07	11,82	40,60	-31,25

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

Alla mancanza di mezzi per espandere le spese necessarie, le famiglie povere possono sopperire solo in due modi: chiedendo (e ottenendo) aiuto alle istituzioni pubbliche e alle organizzazioni caritative, oppure rinunciando a curarsi, con tutte le conseguenze negative e pregiudizievoli che questo comporta. Sintomatici risultano a questo proposito i dati forniti dall'indagine campionaria dell'Istat su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", da cui si evince che la rinuncia ad acquistare farmaci necessari per ragioni economiche è stata praticata da quasi il 4% degli italiani (anno 2013) con percentuali superiori alla media nelle regioni con maggiori tassi di povertà relativa e assoluta (Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna, Campania, Abruzzo, Molise) (Tab. 2.5).

**TABELLA 2.5**  
**QUOTA % DI INDIVIDUI CHE HANNO RINUNCIATO ALL'ACQUISTO DI FARMACI NECESSARI**  
**PER MOTIVAZIONI DI TIPO ECONOMICO.**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2013.**

<b>Regioni</b>	<b>Sì, perché avrebbe dovuto pagare un ticket troppo costoso</b>	<b>Sì, perché doveva pagarli di tasca propria, non essendo prescrittibili</b>	<b>TOTALE per motivazioni economiche</b>
<b>Piemonte</b>	1,2	2,1	3,4
<b>Valle d'Aosta</b>	0,6	1,7	2,3
<b>Lombardia</b>	0,6	1,8	2,3
<b>Trentino Alto Adige</b>	0,5	0,4	1,0
<b>Veneto</b>	0,6	2,2	2,8
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	0,9	1,6	2,5
<b>Liguria</b>	0,6	2,5	3,1
<b>Emilia Romagna</b>	0,8	2,2	3,1
<b>Toscana</b>	0,6	1,9	2,5
<b>Umbria</b>	0,6	1,7	2,3
<b>Marche</b>	0,9	2,5	3,4
<b>Lazio</b>	1,2	2,8	3,9
<b>Abruzzo</b>	1,1	3,4	4,5

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

<b>Molise</b>	1,4	3,0	4,4
<b>Campania</b>	1,5	3,4	4,9
<b>Puglia</b>	1,5	5,3	6,7
<b>Basilicata</b>	0,7	3,1	3,8
<b>Calabria</b>	1,7	5,7	7,5
<b>Sicilia</b>	1,4	4,6	6,0
<b>Sardegna</b>	1,4	4,0	5,4
<b>Italia</b>	1,0	2,9	3,9

Fonte: elaborazioni su dati Istat, indagine campionaria "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari".

### 3 | LA SPESA SANITARIA IN ITALIA

Le difficoltà sanitarie dei più poveri si inseriscono all'interno di un trend generale della spesa sanitaria in Italia contraddistinto da una riduzione della spesa pubblica per questo comparto e di una parallela necessità di tutti gli italiani di provvedere con maggiori mezzi propri alla cura della loro salute. A fronte dei risparmi derivanti, almeno in parte, dalla razionalizzazione della spesa pubblica, sembra in realtà prevalere uno spostamento assoluto e relativo di maggiori oneri a carico delle famiglie: una recente analisi effettuata dal Censis<sup>1</sup> ha stimato che nel 2014 la spesa sanitaria out of pocket a carico delle famiglie italiane sia cresciuta del 2% rispetto all'anno precedente, raggiungendo la quota dei 33 miliardi di euro. Ciò avviene in un contesto in cui non sono intervenuti cambiamenti equivalenti nella cultura sanitaria degli operatori di base e dei singoli cittadini. Vi è infatti chi sostiene che la nostra spesa sanitaria e farmaceutica risente di modelli terapeutici e di stili di consumo che richiederebbero sensibili cambiamenti per ridurre gli sprechi e raggiungere una maggior sostenibilità individuale e collettiva.

Il Rapporto AIFA-OsMed 2014<sup>2</sup> indica che nell'anno 2014 la spesa territoriale farmaceutica complessiva in Italia è stata pari a 20.009 milioni di euro, di cui 11.848 milioni di euro a carico della spesa pubblica (per una spesa pro capite di 16,46 euro al mese) e 8.161 milioni di euro a carico della spesa privata delle famiglie (per compartecipazione, acquisti privati, acquisti con ricetta, acquisti di prodotti per automedicazione), con una spesa media mensile pro capite di 11,33 euro al mese) (Tab. 3.1).

**TABELLA 3.1**  
**SPESA PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE PUBBLICA E PRIVATA, ITALIA, ANNI 2008-2014.**

	2008 (milioni)	2009 (milioni)	2010 (milioni)	2011 (milioni)	2012 (milioni)	2013 (milioni)	2014 (milioni)
<b>Spesa convenzionata netta</b>	11.383	11.193	11.058	10.023	8.986	8.863	8.598
<b>Distribuzione diretta e per conto di fascia A</b>	1.651	1.767	2.144	2.832	2.837	3.003	3.249
<b>TOTALE SPESA PUBBLICA</b>	13.034	12.960	13.202	12.855	11.823	11.866	11.848

1. Censis (a cura di), Oltre l'attuale welfare integrativo: rinnovare la previdenza complementare e la sanità integrativa, Roma 2015.
2. AIFA OsMed (2014), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale gennaio – dicembre 2014, (luglio 2015) consultabile sul sito [www.agenziafarmaco.gov.it](http://www.agenziafarmaco.gov.it).

PARTE PRIMA  
**LA POVERTÀ SANITARIA IN ITALIA**

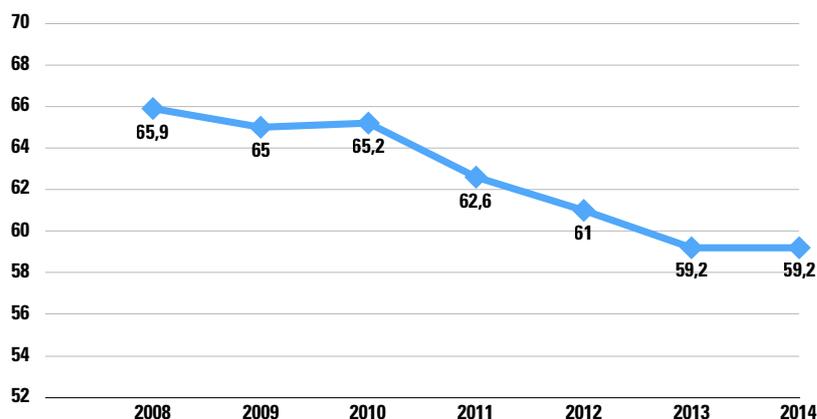
<b>Compartecipazione del cittadino</b>	647	862	998	1337	1.406	1.436	1.500
<b>Acquisto privato di fascia A</b>	928	829	848	1026	1027	1468	1441
<b>Classe C con ricetta</b>	3.106	3.154	3.093	3.207	3.000	2.985	2.937
<b>Automedicazione (SOP e OTC)</b>	2.054	2.140	2.105	2.113	2.125	2.278	2.283
<b>TOTALE SPESA FARM. PRIVATA</b>	6.735	6.985	7.044	7.683	7.558	8.168	8.161
<b>TOTALE SPESA FARMACEUTICA</b>	19.769	19.945	20.246	20.538	19.381	20.035	20.009

Fonte: rapporto AIFA OsMed 2014.

Nota: Rispetto al precedente Rapporto ODF i dati si riferiscono agli interi anni e non ai soli primi 9 mesi di ogni anno.

Nell'arco degli ultimi 7 anni la quota percentuale della spesa complessiva a carico del SSN è scesa costantemente, passando dal 65,9% al 59,4% (Fig. 3.1), con un simmetrico incremento della spesa a carico delle famiglie. Rispetto al 2012 il valore della spesa pubblica e della spesa privata ha subito una variazione del 3,8%, ma è il caso di sottolineare che la spesa per automedicazione (interamente a carico dei privati) è salita del 9%, segno di un fabbisogno crescente che comporta un inevitabile aggravio anche per le famiglie indigenti.

**FIGURA 3.1**  
**QUOTA % DELLA SPESA PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE A CARICO DEL SSN.**  
**ITALIA, ANNI 2008-2014.**



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

Considerando che nel 2014 risultano in povertà assoluta 1 milione 574 mila famiglie (cfr. tabella 1) e che anche costoro sostengono una spesa media mensile di 11,82 euro<sup>3</sup> per l'acquisto di farmaci non coperti dal SSN, si può facilmente calcolare la spesa media complessiva sostenuta ogni mese dalle famiglie povere italiane: si tratta complessivamente di 22 milioni 713mila euro, pari al 3,7% della spesa farmaceutica mensile a carico degli italiani<sup>4</sup>.

3. Viene utilizzato il dato 2013 presentato in tabella 2.3

4. Calcolo effettuato utilizzando il valore di spesa privata su 12 mesi presentato in tabella 3.1.



**DONAZIONE FARMACI  
E BISOGNI DI SALUTE**

## **4 | LE CONDIZIONI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE POVERA IN ITALIA. I RISULTATI DELLA SECONDA INDAGINE CAMPIONARIA SUI FARMACI DISPENSATI DAGLI ENTI CARITATIVI CONVENZIONATI CON IL BANCO FARMACEUTICO**

### **Introduzione**

Numerose ricerche condotte in diverse Nazioni hanno ormai dimostrato l'esistenza di una correlazione positiva tra reddito individuale disponibile e stato di salute, indipendentemente dagli indicatori di malattia utilizzati (mortalità, morbilità, presenza di patologie croniche, stabilità emotiva, percezione soggettiva del benessere, grado di funzionalità fisica, ecc.) (Kunst et al, 1995; Benzeval e Judge, 2001; Mullahy et al, 2001; Phipps, 2003). In Italia e nei 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 pubbliche preposte e da soggetti privati operanti in campo sanitario. Purtroppo, però, una quota consistente della popolazione sfugge a 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 complementari. Questa consapevolezza è fondamentale se si vuole ottenere una panoramica non parziale dello stato di salute di una popolazione.

Il volontariato svolge un ruolo importante anche in campo sanitario, sopperendo ad esigenze espresse dalle fasce sociali più deboli della popolazione integrando o sostituendo l'intervento pubblico qualora quest'ultimo non sia in grado di dare una risposta adeguata. I dati forniti dall'Istituto Nazionale di Statistica indicano che in Italia il 16.4 % dei volontari opera in gruppi e organizzazioni attive campo sanitario (ISTAT, 2014). Nel loro insieme questi Enti Caritativi, fortemente radicati soprattutto nelle regioni settentrionali ed in misura minore nel Centro-Sud, sono depositari di preziose informazioni sul bisogno di salute delle fasce più svantaggiate della popolazione che, se rese disponibili in modo sistematico, potrebbero essere di grande utilità per pianificare interventi mirati sia pubblici, sia privati. In questa prospettiva si colloca la nostra indagine esplorativa sullo stato di salute degli indigenti curati da un campione rappresentativo di Enti Caritativi convenzionati col Banco Farmaceutico, effettuata mediante l'analisi delle prescrizioni dei medicinali. A tale scopo abbiamo usato come indicatore 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 nei casi in cui esiste una corrispondenza biunivoca tra farmaco (o insieme di farmaci) e patologia e quando la prescrizione non è discrezionale, ma necessaria. I suoi principali limiti consistono nel fatto che fornisce solo dati grezzi di consumo e non permette di determinare quante persone effettivamente usino le DDD erogate per ogni determinata classe terapeutica. Inoltre, i risultati sono condizionati da eventuali carenze di medicinali in determinati periodi o aree. Nonostante questi limiti il metodo di analisi ATC/DDD resta attualmente il più adatto per stimare la prevalenza delle patologie da cui sono affetti i pazienti indigenti non assistiti dal SSN, anche considerando che non sempre è prevista la loro registrazione all'ingresso nel sistema. Inoltre, come discusso nel precedente rapporto (cfr. Osservatorio Donazione Farmaci, 2014), l'analisi ATC/DDD supera i limiti insiti in tutti gli altri indicatori epidemiologici ed è già stata da noi utilizzata in uno studio preliminare di valutazione dello stato di salute della popolazione italiana esclusa dalle prestazioni del SSN (Bini et al, 2015).

### Le fonti e la raccolta dei dati

Abbiamo eseguito uno studio retrospettivo dei flussi di erogazione dei farmaci registrati nel database del Banco Farmaceutico, relativi all'intero anno solare 2014. Tali dati comprendono: il codice identificativo dell'Ente analizzato, la categoria e le sottocategorie ATC dei medicinali dispensati ed il numero di confezioni distribuite.

Per rendere più accurata l'interpretazione dei dati raccolti, abbiamo sottoposto agli Enti Caritativi selezionati un questionario volto ad esplorare alcuni aspetti relativi alla composizione percentuale della popolazione assistita, quali la ripartizione in base al sesso, le principali fasce anagrafiche di appartenenza (minori di età inferiore a 18 anni, adulti con età compresa tra 18 e 65 anni, anziani di età superiore a 65 anni) e la macro-area geografica di provenienza (Italia, Maghreb, Europa Orientale, Africa sub-Sahariana, America Latina, Asia Centro-Orientale, Medio Oriente, Altro).

### La classificazione dei farmaci secondo il codice ATC

Per l'analisi dei dati abbiamo classificato i farmaci secondo il codice ATC e calcolato il numero di DDD erogate rapportandolo alla numerosità della popolazione considerata. L'impiego combinato di questi due parametri consente infatti di ottenere un quadro, seppure approssimato, delle necessità terapeutiche della popolazione di riferimento, secondo le istruzioni fornite dal nostro Ministero della Salute (2003).

**CLASSIFICAZIONE ATC.** Questo metodo tassonomico, ampiamente consolidato e diffuso a livello internazionale dal WHO (2013) si basa sull'analisi dei farmaci suddivisi per categorie anatomiche, terapeutiche e chimiche. Secondo questo sistema, infatti, i farmaci sono classificati in base agli organi o apparati su cui agiscono ed alle proprietà terapeutiche, farmacologiche e chimiche che possiedono. 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. A titolo esemplificativo, il codice ATC dell'antidiabetico metformina è: A10BA02, dove:

A = Tratto alimentare e metabolismo (I livello, anatomico principale)

A10 = Farmaci antidiabetici (II livello, sottogruppo terapeutico)

A10B = Farmaci ipoglicemizzanti, esclusa l'insulina (III livello, sottogruppo farmacologico)

A10BA = Biguanidi (IV livello, sottogruppo chimico)

A10BA02 = Metformina (V livello, sostanza chimica)

Secondo il principio ispiratore di questo sistema classificativo, tutti i prodotti contenenti gli stessi ingredienti e sovrapponibili per dose unitaria e via di somministrazione sono identificabili mediante uno ed un solo codice ATC. Questo è vero nella maggior parte dei casi, pur con alcune eccezioni rappresentate dai prodotti che differiscono per indicazione terapeutica, dosaggio e/o via di somministrazione. Ad esempio, le preparazioni a basso dosaggio dell'ormone etinilestradiolo appartengono al gruppo G03 (apparato genito-urinario – ormoni sessuali), mentre sono codificate nel gruppo L02 (antineoplastici–terapia endocrina) se contengono un dosaggio elevato di principi attivi. Analogamente, altri prodotti sono inseriti in gruppi diversi se formulati per diverse vie di somministrazione (sistemica, locale, ecc.).

**DOSE DEFINITA GIORNALIERA (DEFINED DAILY DOSE, DDD).** Le analisi effettuate si basano sulle quantità di farmaci prescritti, espresse mediante l'indicatore DDD<sup>5</sup>. 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

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

## PARTE SECONDA

# DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE

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. Si tratta di una unità di misura universalmente accettata come metodo di riferimento e viene raccomandata dal WHO (2013) per gli studi di farmacoepidemiologia. Poiché il numero assoluto di DDD per ogni principio attivo è scarsamente significativo se non è in qualche modo legato alla realtà nella quale si esegue la rilevazione, la DDD viene inserita in una formula che concretizzi questo legame ed esprima i dati ottenuti in DDD/1000 soggetti/die, cioè il numero di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1000 persone appartenenti ad una determinata popolazione. Nel nostro caso la popolazione di riferimento è rappresentata da tutti gli utenti che nel 2014 hanno ricevuto almeno una assegnazione di farmaci da parte degli Enti Caritativi convenzionati col Banco Farmaceutico, selezionati per la presente indagine.

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; c) i valori espressi sono usualmente rapportati alla popolazione generale, mentre la prescrizione di alcuni farmaci è talora concentrata in specifici gruppi o fasce di età; d) nel caso di prescrizioni di più farmaci ad un medesimo paziente gli individui esposti risultano tanti quanti sono i farmaci prescritti. Un altro possibile fattore di distorsione è rappresentato dall'eventuale carenza di farmaci necessari in determinati periodi o aree.

### Gli enti selezionati e loro caratteristiche

La presente analisi è stata condotta su un campione di 46 Enti Caritativi convenzionati col Banco Farmaceutico scelti in base alla completezza ed alla qualità dei dati forniti e per questa ragione definibili di "eccellenza". Per dare particolare rilievo ad eventuali differenze territoriali nella erogazione dei farmaci, gli Enti sono stati aggregati in tre sottogruppi, in base alla loro collocazione geografica nel Nord, Centro e Sud (comprendente la porzione insulare) del Paese.

Come illustrato in Tabella 4.1, la localizzazione geografica degli Enti in possesso dei requisiti richiesti presenta una notevole grado di disomogeneità: 28 di essi erano localizzati nel Nord, 12 nel Centro e solo 6 nel Sud del Paese. Ciò conferma i risultati di una indagine ISTAT (2011) secondo la quale le Associazioni di volontariato sanitario sono maggiormente radicate nelle regioni settentrionali.

**TABELLA 4.1**  
**DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DEGLI ENTI CARITATIVI SELEZIONATI E NUMERO DI ASSISTITI**

	Enti (N°)	Enti (%)	Pazienti assistiti (N°)
<b>Nord</b>	28	61	53.470
<b>Centro</b>	12	22	19.220
<b>Sud</b>	6	17	14.860
<b>Totale</b>	46	100	87.550

### La popolazione studiata

In accordo con la distribuzione territoriale degli Enti selezionati, anche il numero di utenti mostra un andamento decrescente Nord-Sud (Tabella 4.1). I maschi rappresentano oltre il 60% del totale. Si tratta prevalentemente di soggetti adulti (oltre il 75%), ma sono ben rappresentati anche i minori e gli anziani (Tabella 4.2), soprattutto nelle Regioni centrali e meridionali (Tabella 4.3).

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

**TABELLA 4.2**  
**CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE STUDIATA**

<b>SESSO</b>	Maschi	61,3
	Femmine	38,7
<b>ETA'</b>	Minori (<18 anni)	13
	Adulti (18-65 anni)	75,3
	Anziani (> 65 anni)	11,7
<b>AREA GEROGRAFICA DI PROVENIENZA</b>	Italia	15,2
	Maghreb	26
	Europa Orientale	24,4
	Africa sub-sahariana	13
	America Centrale e Meridionale	7,8
	Asia centro-orientale	7,2
	Medio Oriente	2,7
	Altra provenienza	3,7
<b>DURATA DELLA MALATTIA</b>	Acuta	54,4
	Cronica	45,6

**TABELLA 4.3**  
**COMPOSIZIONE PERCENTUALE DELLA POPOLAZIONE**  
**STUDIATA IN BASE ALLA FASCIA ANAGRAFICA DI APPARTENENZA**

	<b>MINORI</b>	<b>ADULTI</b>	<b>ANZIANI</b>	<b>TOTALE</b>
<b>NORD</b>	18.2	73.3	8.5	100.0
<b>CENTRO</b>	26.6	41.9	31.5	100.0
<b>SUD</b>	25.6	48.1	26.3	100.0
<b>TOTALE</b>	22.0	59.3	18.7	100.0

La popolazione assistita è composta soprattutto da immigrati. Analizzando nel dettaglio le aree geografiche di provenienza si osserva che essi sono originari soprattutto del Maghreb e dell'Europa Orientale. Percentuali inferiori sono rappresentate, nell'ordine, da soggetti nati in Italia, Africa Sub-Sahariana, America Centrale e Meridionale, Asia Centro-Orientale e Medio Oriente (Tabella 4.2).

La maggior parte degli assistiti dagli Enti Caritativi selezionati soffre di patologie acute in fase di rapida evoluzione, sebbene una elevata percentuale di essi presenti un problema di natura cronica richiedente un'assistenza medica continuativa (Tabella 4.2). In base alla localizzazione territoriale degli Enti, la prevalenza di cronicità è risultata maggiore nelle regioni meridionali rispetto a quelle del Nord e del Centro (Tabella 4.4). Questi dati indicano un profilo sostanzialmente stabile rispetto alla precedente rilevazione (Osservatorio Donazione Farmaci, 2014).

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

**TABELLA 4.4**  
**RIPARTIZIONE TERRITORIALE DEGLI ASSISTITI IN BASE ALLA PRESENZA DI MALATTIE ACUTE E CRONICHE**

	AFFETTI DA MALATTIE ACUTE	AFFETTI DA MALATTIE CRONICHE	TOTALE
<b>NORD</b>	29.408 (55.0%)	24.062 (45.0%)	53.470 (100%)
<b>CENTRO</b>	12.384 (64.4%)	6.836 (35.5%)	19.220 (100%)
<b>SUD</b>	5.850 (39.4%)	9.010 (60.6%)	14.860 (100%)
<b>TOTALE</b>	47.642 (54.4%)	39.908 (45.6%)	87.550 (100%)

**I farmaci dispensati**

Nel corso del 2014 gli Enti Caritativi selezionati hanno erogato complessivamente 1.276.169 DDD di farmaci, indipendentemente dal codice ATC. La maggior parte delle erogazioni è avvenuta nelle regioni settentrionali (Tabella 4.5).

**TABELLA 4.5**  
**NUMERO GLOBALE DI DDD DISPENSATE PER AMBITO TERRITORIALE**

MACRO-REGIONE	DDD erogate
<b>NORD</b>	872.585,8
<b>CENTRO</b>	322.429,43
<b>SUD</b>	81.154,35
<b>TOTALE</b>	1.276.169,5

I medicinali maggiormente dispensati sono quelli per l'apparato respiratorio. Seguono, in ordine decrescente, i prodotti per l'apparato cardiovascolare, il sistema gastrointestinale ed il metabolismo, gli antimicrobici per uso sistemico e gli antiinfiammatori non steroidei. Tuttavia, considerando le aggregazioni degli Enti in base alla loro localizzazione geografica, è possibile osservare sensibili differenze: a) nelle regioni settentrionali prevale la prescrizione di farmaci per l'apparato respiratorio seguiti nell'ordine da quelli cardiovascolari, per l'apparato gastrointestinale ed il metabolismo e gli antimicrobici sistemici; b) nel Centro Italia i farmaci cardiovascolari occupano il primo posto, seguiti da quelli per l'apparato gastrointestinale ed il metabolismo, per l'apparato respiratorio e per il sistema muscolo-scheletrico; d) nel mezzogiorno sono maggiormente richiesti i preparati per l'apparato gastrointestinale ed il metabolismo, seguiti dai farmaci respiratori, da quelli attivi sul sistema muscolo-scheletrico e dagli antimicrobici per uso sistemico (Tabella 4.6).

**TABELLA 4.6**  
**NUMERO DI DDD/1000 PAZIENTI/DIE DISPENSATE PER CATEGORIA ATC E PER AMBITO TERRITORIALE**

	DDD/1000 pazienti/die			
	TOTALE	NORD	CENTRO	SUD
<b>A - Apparato gastrointestinale e metabolismo</b>	8,71	8,76	12,75	3,29
<b>B - Sangue e organi emopoietici</b>	0,96	0,61	2,67	-
<b>C - Sistema cardiovascolare</b>	11,06	12,03	14,91	2,62
<b>D - Dermatologici</b>	0,19	0,20	0,27	0,03

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

<b>G - Sistema genito-urinario e ormoni sessuali</b>	0,74	0,52	1,54	0,49
<b>H - Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali</b>	0,70	0,46	1,84	0,07
<b>J - Antimicrobici generali per uso sistemico</b>	2,77	3,07	2,05	2,64
<b>L - Farmaci antineoplastici e immunomodulatori</b>	0,19	0,20	0,34	-
<b>M - Sistema muscolo-scheletrico</b>	2,13	1,69	2,90	2,69
<b>N - Sistema nervoso centrale</b>	1,17	1,07	2,20	0,20
<b>P - Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti</b>	0,03	0,02	0,07	-
<b>R - Sistema respiratorio</b>	12,21	15,76	9,49	2,93
<b>S - Organi di senso</b>	0,26	0,31	0,32	-
<b>V - Vari</b>	0,01	0,02	0,02	-

### Le categorie terapeutiche maggiormente rappresentate

In Tabella 7 sono riportati i gruppi terapeutici maggiormente dispensati. Abbiamo analizzato nel dettaglio solo le categorie ATC che occupano le prime posizioni in termini di DDD/1000 pazienti/die, trascurando le richieste quantitativamente marginali.

**TABELLA 4.7**  
**GRUPPI TERAPEUTICI MAGGIORMENTE DISPENSATI PER OGNI CATEGORIA ATC**

<b>CATEGORIA ATC</b>	<b>GRUPPI TERAPEUTICI MAGGIORMENTE DISPENSATI</b>
<b>Sistema respiratorio</b>	Preparati per il cavo faringeo; Decongestionanti nasali ed altre preparazioni per uso topico; Espettoranti, escluse le associazioni con antitosse
<b>Sistema cardiovascolare</b>	Sostanze modificatrici dei lipidi non associate; ACE inibitori; Beta-bloccanti
<b>Apparato gastrointestinale e metabolismo</b>	Antiulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo; Stomatologici; Ipoglicemizzanti (escluse le insuline)
<b>Antimicrobici generali per uso sistemico</b>	Antibatterici beta-lattamici, chinolonici, macrolidi, lincosamidi e streptogramine
<b>Sistema muscolo-scheletrico</b>	Farmaci antiinfiammatori e antireumatici non steroidei; Antigottili; Farmaci che agiscono sulla struttura ossea e mineralizzazione

**FARMACI ATTIVI SUL SISTEMA RESPIRATORIO.** Questi composti occupano il primo posto in termini di DDD dispensate dagli Enti, soprattutto nelle regioni settentrionali. I prodotti maggiormente richiesti sono quelli di automedicazione per le patologie del cavo faringeo, i decongestionanti nasali e gli espettoranti.

**FARMACI ATTIVI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE.** Considerando l'intera popolazione in studio, questa categoria di farmaci è la seconda in graduatoria, benché occupi la prima posizione nelle regioni centrali e sia scarsamente rappresentata nel mezzogiorno. Tra i singoli principi attivi prevale il consumo di sostanze modificatrici dei lipidi, ACE inibitori e beta-bloccanti.

**FARMACI ATTIVI SULL'APPARATO GASTROINTESTINALE E SUL METABOLISMO.** I farmaci attivi sull'apparato gastrointestinale e sul metabolismo rappresentano globalmente la terza categoria ATC maggiormente richiesta dalla popolazione assistita dagli Enti, sebbene con evidenti diversità legate al territorio: essa occupa la terza posizione nel Nord, la seconda nelle regioni centrali e la prima nel Sud e Isole. I prin-

## PARTE SECONDA

# DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE

cipi attivi maggiormente dispensati appartengono agli antiulcera peptica e reflusso gastroesofageo, ai prodotti stomatologici ed agli ipoglicemizzanti orali.

**ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO.** Gli antimicrobici generali per uso sistemico sono la quarta categoria ATC dispensata dagli Enti selezionati, soprattutto nel Nord e nel Sud del Paese ed in misura inferiore nell'Italia Centrale. Le sottocategorie più richieste appartengono alla classe delle penicilline, seguite da chinoloni, macrolidi, lincosamidi e streptogramine.

**FARMACI ATTIVI SUL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO.** L'analisi dei dati colloca questa categoria ATC in quinta posizione ed indica che il bisogno è localizzato soprattutto nelle regioni meridionali (terza posizione) e centrali (quarta posizione). I principi attivi più richiesti appartengono agli antiinfiammatori ed antireumatici non steroidei ed ai composti che agiscono su struttura ossea e mineralizzazione. Particolarmente dispensati sono i farmaci di automedicazione usati prevalentemente per trattare gli stati febbrili nella popolazione pediatrica.

### La distribuzione dei farmaci per sesso, età e provenienza geografica

Il consumo di tutte le categorie di farmaci è risultato percentualmente superiore nei maschi rispetto alle femmine (Tabella 4.8).

**TABELLA 4.8**  
DISTRIBUZIONE DEI FARMACI RIPARTITA PERCENTUALMENTE IN BASE AL SESSO DEGLI ASSISTITI

	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
<b>Sistema respiratorio</b>	67,1	32,9	100,0
<b>Sistema cardiovascolare</b>	72,9	27,1	100,0
<b>Apparato gastrointestinale e metabolismo</b>	66,4	33,6	100,0
<b>Antimicrobici generali per uso sistemico</b>	62,1	37,9	100,0
<b>Sistema muscolo-scheletrico</b>	62,9	37,1	100,0

Sebbene i soggetti adulti siano i principali fruitori di tutti i composti erogati, emergono alcuni dati significativi: il 17.3% degli antibiotici è utilizzato dai bambini, mentre gli anziani consumano oltre un quarto dei composti cardiovascolari e oltre un quinto dei farmaci respiratori e degli antiinfiammatori non steroidei (Tabella 4.9).

**TABELLA 4.9**  
DISTRIBUZIONE DEI FARMACI RIPARTITA PERCENTUALMENTE  
IN BASE ALLA FASCIA ANAGRAFICA DEGLI ASSISTITI

	MINORI	ADULTI	ANZIANI	TOTALE
<b>Sistema respiratorio</b>	14,3	62,4	23,3	100,0
<b>Sistema cardiovascolare</b>	6,9	66,7	26,4	100,0
<b>Apparato gastrointestinale e metabolismo</b>	11,5	70,4	18,1	100,0
<b>Antimicrobici generali per uso sistemico</b>	17,3	67,8	14,9	100,0
<b>Sistema muscolo-scheletrico</b>	9,3	70	20,7	100,0

Considerando l'area geografica di provenienza degli assistiti è possibile osservare che nel loro insieme gli stranieri fruiscono di percentuali comprese tra il 70 e l'80% di tutti i farmaci dispensati (Tabella 4.10).

## PARTE SECONDA

# DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE

**TABELLA 4.10**  
**DISTRIBUZIONE DEI FARMACI RIPARTITA PERCENTUALMENTE**  
**IN BASE ALLA PROVENIENZA DEGLI ASSISTITI**

	ITALIANI	STRANIERI	TOTALE
<b>Sistema respiratorio</b>	22,4	77,6	100,0
<b>Sistema cardiovascolare</b>	27,2	72,8	100,0
<b>Apparato gastrointestinale e metabolismo</b>	25,1	72,3	97,4
<b>Antimicrobici generali per uso sistemico</b>	26,4	73,6	100,0
<b>Sistema muscolo-scheletrico</b>	26,6	73,5	100,1

### Le differenze con la popolazione assistita dal SSN

Il rapporto OsMed 2014 (2015) rileva che tra gli assistiti dal SSN prevale nettamente l'uso dei farmaci cardiovascolari. Nella popolazione da noi studiata, invece, è più frequente l'uso dei composti attivi sul sistema respiratorio e si osservano elevati consumi dei prodotti gastrointestinali e metabolici, degli antiinfiammatori non steroidei e degli antibiotici. Il fatto che nella popolazione assistita dagli Enti Caritativi sia scarsamente rappresentata la componente anziana si riflette probabilmente sul tipo di sostanze maggiormente prescritte ed in particolare sulla minore necessità di farmaci cardiovascolari. In letteratura esistono dati divergenti sull'incidenza delle malattie che colpiscono cuore e vasi sanguigni tra gli immigrati (El Fakiri F et al, 2008; Okraïnek et al, 2015), ma poco è noto sulla popolazione non assistita dal SSN. Sarà pertanto importante in futuro approfondire l'analisi correlando la prevalenza di queste patologie con la fascia anagrafica e con l'appartenenza alle diverse etnie.

La consistente richiesta di farmaci respiratori indica che la popolazione studiata presenta una maggiore prevalenza delle affezioni delle vie aeree rispetto a quella assistita dal SSN e verosimilmente anche l'elevata dispensazione di antibiotici è –almeno in parte– a ciò correlata. Abbiamo già ampiamente discusso nel precedente rapporto (Osservatorio Donazione Farmaci, 2014) come la povertà, le condizioni di vita e lavorative precarie e le abitudini dannose (tipiche della popolazione a basso reddito e meno istruita) rappresentino un fattore di rischio ampiamente riconosciuto per queste affezioni (Rogot et al, 1992; Menezes et al, 1994; Strachan, 1995; Bakke et al, 1995).

Tra i farmaci maggiormente richiesti ci sono i preparati per il cavo oro-faringeo, decongestionanti nasali e composti per il trattamento degli stati febbrili nel bambino, un dato che probabilmente riflette anche la difficoltà della popolazione assistita dagli Enti Caritativi nell'acquistare direttamente questi prodotti non rimborsabili. Indipendentemente dalle cause riteniamo che questi risultati siano di particolare importanza perché in linea con quanto riportato in letteratura sulla diffusione delle malattie respiratorie tra i bambini immigrati (Rundo et al., 2009). Se l'elevata richiesta di questi farmaci sarà confermata anche dalle future analisi, diventerà fondamentale pianificare azioni di tipo preventivo, poiché è stato dimostrato che le infezioni respiratorie ricorrenti sperimentate nelle prime fasi della vita incrementano il rischio di sviluppare patologie croniche di tipo ostruttivo in età adulta (Britten et al, 1987).

L'elevata richiesta di medicinali antiulcera peptica e reflusso gastro-esofageo è in accordo con gli studi che hanno mostrato che la prevalenza d'uso di questi composti è maggiore tra gli immigrati rispetto ai nativi (Cnesps-Iss, 2013). Tuttavia il nostro dato, oltre che dipendere da fattori epidemiologici, potrebbe indicare una maggiore difficoltà nel ricorso ai farmaci da automedicazione, comprendenti i prodotti da banco (Over-The-Counter, OTC) e quelli senza obbligo di prescrizione (SOP) che presentano indicazioni sovrapponibili. Una analoga considerazione vale probabilmente anche per gli antiinfiammatori e gli analgesici.

### **La variabilità regionale della dispensazione dei farmaci**

Analogamente a quanto descritto nell'ultimo rapporto OsMed (2015) per la popolazione assistita dal SSN, i nostri dati confermano l'esistenza di significative differenze nella dispensazione dei farmaci tra le regioni del Nord, Centro e Sud Italia. Le cause non sono note, ma in futuro l'attività di monitoraggio della salute della popolazione assistita dagli Enti Caritativi dovrà necessariamente comprendere l'analisi di tale fenomeno. Senza considerare componente geografica, infatti, le differenze osservate potrebbero superficialmente essere attribuite solo a motivi epidemiologici, ignorando gli altri possibili fattori concausali, tra cui ad esempio una diversa efficienza del contesto nel farsi carico dei pazienti ed un diverso atteggiamento prescrittivo dei medici, con conseguente variabilità nel grado di appropriatezza d'uso dei farmaci e, in ultima analisi, dell'outcome clinico (Caputi, 2014; Trifirò et al, 2015).

### **La variabilità stagionale della distribuzione dei farmaci**

La nostra analisi ha messo in luce importanti variazioni stagionali nella distribuzione di farmaci all'utenza. Una più approfondita analisi del fenomeno condotta per i principi attivi di più frequente uso (cioè quelli per l'apparato respiratorio) ha dimostrato l'esistenza di un picco di erogazione nei mesi più freddi (67% del totale) ed un minimo in estate (6,7% del totale). I fattori che influenzano tale tendenza non sono del tutto chiari, ma potrebbero dipendere dalle condizioni meteorologiche, dalla virulenza delle epidemie di influenza, dalle mutevoli difficoltà economiche dei pazienti, dalla mutevole composizione di questa peculiare popolazione, o da altre condizioni sconosciute. Poiché alcune tendenze possono essere sistematiche nel contesto di una data stagione, ma variare nell'ambito dello stesso periodo in anni diversi o da un luogo all'altro, il profilo temporale dei flussi di farmaci può fornire utili indicazioni solo se studiato in più sedi e per più anni. È necessario dunque un monitoraggio protratto nel tempo del trend annuale di dispensazione dei farmaci da parte degli Enti Caritativi per poter acquisire informazioni che aiutino ad attuare misure preventive e di sostegno dei bisogni di salute dei pazienti assistiti.

### **I prodotti di automedicazione (OTC e SOP)**

Un dato interessante che emerge dalla nostra analisi è quello relativo all'elevata richiesta di farmaci da automedicazione attivi sull'apparato respiratorio, il cui costo non è coperto dal SSN. Tra questi, le categorie terapeutiche maggiormente rappresentate sono i preparati per il cavo faringeo, i decongestionanti nasali, i mucolitici ed espettoranti, gli antitussigeni e gli antipiretici.

Si tratta di una osservazione che sostanzialmente conferma che i fattori economici rappresentano la principale motivazione per la richiesta di assistenza agli Enti Caritativi. Tuttavia, il fenomeno meriterebbe un approfondimento, poiché è stato dimostrato che un brusco incremento dei consumi di OTC/SOP specifici per una data malattia precede di alcuni giorni la rilevazione nella popolazione dei sintomi di quella stessa malattia. Ad esempio, l'aumento delle vendite dei farmaci attivi sull'apparato respiratorio –che normalmente si verifica durante l'inverno– rappresenta un importante segnale che in genere prelude ad una epidemia influenzale (Davies e Finch, 2003). Uno studio condotto negli Stati Uniti ha anche stimato il tempo di latenza che intercorre tra l'aumento dei consumi ed il manifestarsi del relativo dato epidemiologico, che è di circa 7 giorni per la bronchite e di circa 3 giorni per l'influenza (Das et al, 2005). Analoghe osservazioni sono state fatte per le malattie infettive del tratto gastroenterico analizzando le vendite dei rimedi OTC/SOP specifici (Edge et al, 2006; Pivette et al, 2014).

Nella popolazione assistita dal SSN il monitoraggio delle vendite di questi composti rappresenta semplicemente una conferma aggiuntiva dei dati forniti dal già efficiente sistema di sorveglianza epidemiologica, ma per i pazienti più svantaggiati (che sono esclusi da questo tipo di rilevazioni) la richiesta agli Enti Caritativi può essere considerata il solo segnale precoce rilevabile. Trattandosi di un indicatore di facile misurazione, la disponibilità dei dati nazionali di dispensazione da parte di tutti gli Enti Caritativi ed una loro tempestiva analisi centralizzata potrebbe consentire di attuare interventi coordinati, rapidi e mirati per affrontare i problemi.

### Malattie acute e croniche

La maggior parte degli assistiti dagli Enti Caritativi selezionati soffre di patologie acute, sebbene una elevata percentuale di essi presenti un problema di natura cronica. Analogamente a quanto osservato per la popolazione assistita dal SSN (ISTAT 2015), anche tra i pazienti degli Enti Caritativi la maggiore percentuale di cronicità è concentrata nelle regioni meridionali. Non si può dunque escludere che il fenomeno dipenda, almeno in parte, da una minore capacità del contesto nel prevenire la cronicizzazione delle malattie.

Il monitoraggio sistematico delle cronicità è un elemento fondamentale per definire lo stato di salute di una popolazione, poiché le malattie croniche non trasmissibili (in particolare quelle cardiovascolari, oncologiche, respiratorie ed il diabete) sono ritenute responsabili del 92% dei decessi totali registrati e pesano per oltre il 75% sul carico di malattia globale. Questi dati sono destinati a peggiorare per diverse ragioni, fra le quali l'inattività fisica e l'elevata prevalenza di sovrappeso e obesità. A tutto ciò si associa un aumento dell'aspettativa di vita con conseguente crescita della probabilità di sviluppare malattie croniche (WHO 2005 e 2011).

Attualmente gli stranieri regolari residenti in Italia sembrano essere un sottogruppo della popolazione selezionato per buona salute, sebbene in modo non omogeneo: i soggetti più svantaggiati sono i Nord-Africani, mentre quelli che presentano la più bassa prevalenza di cronicità sono i migranti europei (PASSI, 2015). Questi dati indicano che l'etnia rappresenta un fattore importante nel definire l'attitudine a sviluppare malattie croniche, probabilmente a causa di diversità di abitudini, comportamenti e predisposizione genetica. Tuttavia, ancora una volta i dati disponibili si riferiscono alla popolazione oggetto di indagine da parte delle Istituzioni pubbliche e private, mentre poco si conosce di coloro che per diversi motivi ne sono esclusi. Sarebbe dunque importante studiare approfonditamente il fenomeno anche fra le persone che hanno come unica fonte di assistenza gli Enti Caritativi, con lo scopo di attuare interventi preventivi.

Un fattore critico nella terapia delle malattie croniche è rappresentato dalla compliance dei pazienti, cioè il corretto comportamento nell'assumere i farmaci prescritti alle dosi e negli orari indicati e per il periodo necessario. È noto che l'aderenza alle terapie è scarsa in tutta Europa (EFPIA, 2010) e l'Italia non sfugge al fenomeno: ad esempio, per quanto concerne la terapia antiipertensiva, è stata dimostrata una certa variabilità tra le diverse aree del Paese, con un livello di aderenza superiore al Nord rispetto al Centro ed al Sud. Inoltre, la compliance è superiore nei maschi rispetto alle femmine, negli anziani rispetto ai giovani, nei pazienti già in trattamento rispetto ai naïves e nei soggetti con co-morbidità rispetto a quelli senza un pregresso evento cardiovascolare o diabete (OsMed, 2015). Attualmente non disponiamo di dati relativi all'aderenza alla terapia dei malati cronici assistiti dagli Enti Caritativi, ma riteniamo di grande importanza un approfondimento di questa tematica per mettere a punto strategie che possano migliorare l'efficacia delle terapie dispensate.

### I farmaci non erogati

La nostra analisi evidenzia che alcune categorie di farmaci molto utilizzati dalla popolazione assistita dal SSN, come i composti psicoattivi, sono scarsamente dispensati dagli Enti Caritativi analizzati. Bisogna tuttavia considerare che oltre il 60% di tali Enti non possiede le competenze necessarie per soddisfare le richieste dei pazienti affetti da malattie psichiatriche (vedi Osservatorio Donazione Farmaci, 2014). Ciò assume un rilievo particolare se si considera che negli ultimi decenni in tutti i Paesi occidentali è in atto un progressivo aumento di incidenza delle malattie psichiatriche (Schumann et al, 2014) che colpiscono in modo consistente la popolazione migrante (Bhugra et al, 2001; Bhugra et al, 2004; Selten et al, 2007) e che, in co-morbidità, possono aggravare (od essere la causa) di patologie internistiche come quelle a carico dell'apparato cardiovascolare o del tratto gastroenterico. La scarsa erogazione di farmaci psicoattivi che emerge dalla nostra analisi non significa, dunque, necessariamente che il problema delle patologie psichiatriche sia poco diffuso nella popolazione assistita dagli Enti Caritativi, bensì potrebbe dipendere dalla scarsa competenza nel gestirle, con la conseguente

necessità di inviare i pazienti presso altre strutture sanitarie. Una analoga considerazione vale per i farmaci appartenenti alle categorie ATC “Sangue ed organi emopoietici” ed “Antineoplastici ed immunomodulatori”, che figurano tra quelli maggiormente distribuiti tramite l’assistenza farmaceutica convenzionata (OsMed, 2015).

Ovviamente la distribuzione dei farmaci è fortemente condizionata anche dalla loro disponibilità. Poiché allo stato attuale una percentuale significativa di Enti lamenta la mancanza di alcuni presidi (Osservatorio Donazione Farmaci, 2014), non si può escludere che altri segnali epidemiologici emergerebbero se tutti i principi attivi potessero essere dispensati.

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

### **Osservazioni conclusive**

Allo stato attuale è difficile stabilire se le peculiarità riscontrate nella popolazione che si rivolge agli Enti Caritativi e che apparentemente la diversificano da quella assistita dal SSN siano dovute alla presenza di bisogni non adeguatamente soddisfatti o rappresentino piuttosto l’indicatore di una diversa prevalenza di patologia.

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

### **BIBLIOGRAFIA**

- Bakke P.S., Hanao R., Gulsvik A.: *Educational level and obstructive lung disease given smoking habits and occupational airborne exposure: A Norwegian community study.* “Am J Epidemiol” 1995; 141:1080–1088
- Benzeval M., Judge K. *Income and Health: The Time Dimension.* “Social Science and Medicine” 52: 1379, 2001
- Bini S., Rigamonti A.E., Fiorini F., Bertazzi P.A., Fiorini G., Cella S.G. *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”, e-pub. DOI 10.4081/ijm.2015.590, 2015
- Bhugra D., Jones P. *Migration and mental illness.* “Adv Psychiatr Treat” 2001; 7:216-223
- Bhugra D. *Migration, distress and cultural identity.* “Br Med Bull” 2004; 69:129-141
- Britten N., Daves J.M.C., Colley J.R.T.: *Early respiratory experience and subsequent cough and peak expiratory flow rate in 36-year-old men and women.* “BMJ” 1987; 294:1317–1320
- Caputi A.P. *L’appropriatezza prescrittiva: una questione regionale.* Presentazione nell’ambito della Tredicesima Conferenza Nazionale sulla Farmaceutica. Catania 2014
- Cnesps-Iss. *Farmaci e Immigrati: rapporto sulla prescrizione farmaceutica in un Paese multietnico.* “Il Pensiero Scientifico Editore”, Roma, 2013
- Das D., Metzger K., Heffernan R., Balter S., Weiss D., Mostashari F. *Monitoring Over-The-Counter Medication Sales for Early Detection of Disease Outbreaks.* “Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) New York City” 2005; 54 (Supplement):41-46
- Davies G.R., Finch R.G. *Sales of over-the-counter remedies as an early warning system for winter bed crises.* “Clin Microbiol Infect” 2003; 98: 858-863
- Edge V.L., Pollari F., Ng L.K., Pascal M., McEwen S.A., Wilson J.B., Jerrett M., Sockett P.N., Martin S.W. *Syndromic surveillance of norovirus using over-the-counter sales of medications related to gastrointestinal illness.* “Can J Infect Med Microbiol” 2006; 17: 235-241

## PARTE SECONDA

# DONAZIONE FARMACI E BISOGNI DI SALUTE

El Fakiri F., Bruijnzeels M.A., Foets M.M.E., Hoes A.W. *Different distribution of cardiovascular risk factors according to ethnicity: a study in a high risk population.* "J Imm Min Health" 2008; 10: 559-565

EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations). *Patient adherence – 50% of patients don't take their medicine properly.* Disponibile on line al link: [www.efpia.eu/topics/people-health/patient-adherence](http://www.efpia.eu/topics/people-health/patient-adherence).

ISTAT. *La rilevazione sulle Istituzioni non profit: un settore in crescita.* "Censimento dell'Industria e dei Servizi" 2011

ISTAT. *Attività gratuite a beneficio di altri.* "Statistiche Report", 23 luglio 2014. <http://www.istat.it>

ISTAT. "Rapporto Annuale 2015"

Kunst A.E., Jose J.M., Geurts J.J., van den Berg J. *International Variation in Socioeconomic Inequalities in Self-Reported Health.* "Journal of Epidemiology and Community Health" 1995; 49: 117-123

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

Ministero della Salute. *Gli strumenti: il metodo di classificazione ATC/DDD.* "Bollettino di Informazione sui Farmaci" 2003; 6:59-62.

Mullahy J., Robert S., Wolfe B. *Health, Income and Inequality: Review and Redirection for the Wisconsin Russell Sage Working Group.* "Russell Sage Foundation", New York City 2001; 5-6

Okraïnek K., Bell C.M., Holland S., Booth G.L. *Risk of cardiovascular events and mortality among a population-based cohort of immigrants and long-term residents with diabetes: are all immigrants healthier and if so, for how long?* "Am Heart J" 2015; 170: 123-132

Osservatorio Donazione Farmaci. "Donare per Curare – Povertà Sanitaria e Donazione Farmaci" 2014

OsMed (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali). *L'uso dei farmaci in Italia.* "Rapporto Nazionale 2014" Agenzia Italiana del Farmaco, Roma 2015

PASSI. *Malattie croniche e migranti in Italia.* "Rapporto del Gruppo Tecnico di Coordinamento Nazionale", Università Ca' Foscari, Venezia, 2015

Phipps S. *The impact of poverty on health.* "Canadian Institute for Health Information" 2003

Pivette M., Mueller J.E., Crépey P., Bar-Hen A. *Surveillance of gastrointestinal disease in France using drug sales data.* "Epidemics" 2014; 8:1-8

Rogot E., Sorlie P.D., Johnson N.J. *A mortality study of 1.3 million persons by demographic, social and economic factors: 1979–1985 follow-up: US National Longitudinal Mortality Study.* "NIH Publication N° 92", Bethesda 1992

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

Schumann G., Binder E.B., Holte A. *Stratified medicine for mental disorders.* "Eur Neuropsychopharmacol" 2014; 24:5-50

Selten J.P., Cantor Graae E., Kahn R. *Migration and schizophrenia.* "Curr Opin Psychiatr" 2007; 20:111-115

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

Trifirò G., Pizzimenti V., Caputi A.P. *Spesa sanitaria farmaceutica in Italia: alcune considerazioni.* "Quaderni della SIF" 2015; 39:5-8

WHO. *Preventing chronic diseases: a vital investment.* "WHO Global Report" 2005

WHO. *Noncommunicable diseases country profiles* "Report" 2011

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



**LA FILIERA DELLA  
DONAZIONE FARMACI**

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

La crescita della povertà assoluta avvenuta nel nostro paese nel corso degli ultimi anni rappresenta l'effetto estremo di un più generale declino delle condizioni di vita complessive nel nostro paese, che si manifesta anche in una più ridotta capacità dei singoli cittadini, delle imprese e delle istituzioni di erogare aiuti economici e donazioni a favore dei più svantaggiati.

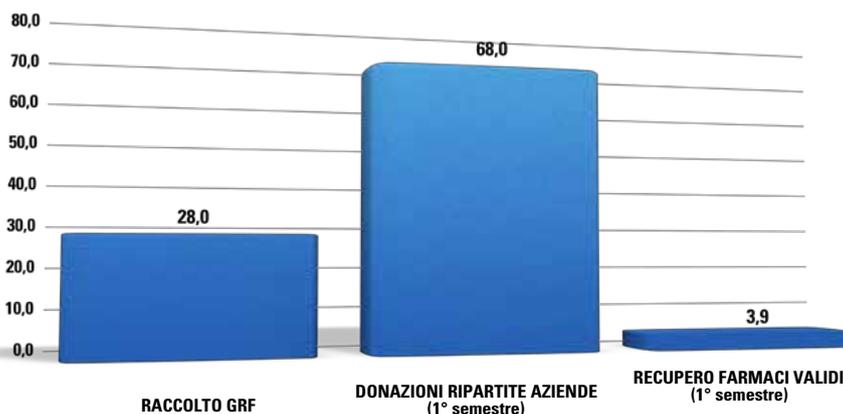
In questo contesto le organizzazioni caritative e, in particolare, il Banco Farmaceutico sono testimoni privilegiati di entrambi i processi appena descritti; esse infatti partecipano, contemporaneamente, dell'accresciuto fabbisogno di aiuto da parte degli indigenti e dell'accresciuta difficoltà a donare da parte di chi non è povero.

Questa constatazione non ha solo un significato descrittivo, ma fornisce anche la chiave di lettura attraverso cui valutare i dati che vengono illustrati nelle pagine seguenti.

Diversamente da altre esperienze caritative che usufruiscono, almeno in parte, di politiche pubbliche di sostegno, il Banco Farmaceutico e gli enti a vario titolo impegnati nella donazione dei farmaci vivono interamente della "generosità" dei privati, è dunque legittimo attenderci che questo tipo di donazioni non abbia registrato incrementi di rilievo e che la conservazione dei livelli raggiunti negli anni passati sia di per sé un risultato più che positivo.

E' con queste premesse che ci accingiamo ad analizzare i dati sulla quantità di farmaci raccolti nel corso del 2015, limitatamente ai primi sei mesi dell'anno. In questo periodo sono state recuperate 1.262.674 confezioni di farmaci, con il contributo determinante di un pool di aziende che ha fornito il 68% del quantitativo totale, mentre la tradizionale Giornata della raccolta del farmaco (GRF) ha fornito il 28% del totale e la più recente iniziativa del "Recupero farmaci validi" (RFV) il restante 4% (Fig. 5.1).

**FIGURA 5.1**  
**FARMACI RACCOLTI NEL 2015 PER CANALE (VALORI %)**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Se si considera che il risultato quantitativo della GRF è stato raggiunto in un solo giorno, si conferma la presenza di un fenomeno molto rilevante sul piano culturale, sociale e organizzativo, sia dal lato dei cittadini che dei farmacisti.

La GRF del 2015 ha sfiorato il risultato raggiunto nel 2014, ma ha superato quello del 2013 (tab. 5.1); questo andamento non lineare sembra confermare il peso delle difficoltà economiche segnalate in precedenza, ma potrebbe dipendere da variabili più circoscritte, come quelle di natura organizzativa, tra cui il numero di farmacie che hanno aderito alla giornata (si veda in seguito).

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

Il contributo delle aziende alla fornitura di farmaci durante il primo semestre del 2015 risulta decisamente positivo, considerato che è di gran lunga superiore all'equivalente dato del 2014 e corrisponde all'80% dei risultati raggiunti nei dodici mesi precedenti; se nel secondo semestre le donazioni aziendali procedessero con lo stesso ritmo, si potrebbe raggiungere la ragguardevole soglia di 1 milione e 600 confezioni.

Altrettanto positivo è il trend del Recupero farmaci validi (RFV), iniziato in via sperimentale nella seconda metà dell'anno 2013 e sensibilmente cresciuto nel corso del 2014. Le prospettive per il 2015 si preannunciano favorevoli con la possibilità di raddoppiare le quantità raggiunte nel 2014.

**TABELLA 5.1**  
**FARMACI RACCOLTI PER CANALE. ANNI 2012-2015.**

Anno	Quantità raccolte e ripartite (N confezioni)			
	GRF	Aziende	Recupero farmaci validi	TOTALE
<b>2012</b>	329.769	238.002	-	567.771
<b>2013</b>	350.519	571.161	18.804	940.484
<b>2014</b>	359.889	1.027.869	53.341	1.441.099
<b>1° semestre 2015</b>	354.065	859.238	49.390	1.262.693

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Nell'ambito della presentazione sintetica dei risultati raggiunti dal Banco Farmaceutico, merita segnalare anche i dati riguardanti il numero degli enti e dei beneficiari, disaggregati per macro-aree (Tab. 5.2).

Gli enti caritativi che distribuiscono i farmaci agli indigenti rappresentano l'anello di congiunzione tra i donatori e gli utenti finali, non solo in senso operativo, ma anche in senso morale e reputazionale; ad essi va il merito di incontrare le persone bisognose in modo capillare e duraturo, facendosi interpreti dei loro bisogni e cercando, almeno in parte, di affrontarli operativamente.

I 1640 enti entrati in contatto con la Fondazione Banco Farmaceutico in occasione della GRF 2015 sono concentrati principalmente nel Nord-Ovest (37%) e nel Nord-Est (28%), hanno un peso percentuale equivalente nel Centro (16%) e nel Sud (13%) e una presenza minore, anche se significativa, nelle Isole (6%).

**TABELLA 5.2**  
**NUMERO DI ENTI E NUMERO DI BENEFICIARI PER RIPARTIZIONE. ANNO 2015.**

	Numero enti	Numero beneficiari	Distribuzione % enti	Distribuzione % beneficiari
<b>Nord Ovest</b>	601	133.845	36,6	33,0
<b>Nord Est</b>	454	110.321	27,7	27,2
<b>Centro</b>	265	60.406	16,2	14,9
<b>Sud</b>	220	56.929	13,4	14,0
<b>Isole</b>	100	43.922	6,1	10,8
<b>Italia</b>	1.640	405.423	100	100

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

La distribuzione dei beneficiari nelle singole ripartizioni territoriali segna andamenti equivalenti a quelli degli enti, con un lieve scarto positivo nelle isole (10,8% vs. 6.1%). Alla distribuzione territoriale degli assistiti corrisponde però una diversa efficacia territoriale degli aiuti, calcolata rispetto al totale delle persone povere.

Nel complesso, gli indigenti assistiti dalla rete BF superano le 400 mila unità, corrispondenti al 9,9% di tutte le persone considerate in povertà assoluta dall'Istat. Questo valore risulta più alto nelle regioni del Nord, dove 15 indigenti su 100 hanno ricevuto farmaci e cure, quasi identico nelle regioni del Centro (9,2%) e più basso nel Mezzogiorno (5,4%) per l'effetto congiunto di un maggior numero di persone in povertà assoluta e di un minor numero di assistiti legato alla ridotta presenza di enti convenzionati con il Banco Farmaceutico (Tab. 5.3).

**TAB. 5.3**  
**BENEFICIARI DEGLI AIUTI SUL TOTALE DELLE PERSONE IN POVERTÀ ASSOLUTA**  
**PER MACRO-AREA TERRITORIALE**

	<b>N. persone povere</b>	<b>N. assistiti</b>	<b>% assistiti su totale poveri</b>
<b>Nord</b>	1.578.000	244.166	15,5
<b>Centro</b>	658.000	60.406	9,2
<b>Sud</b>	1.866.000	100.851	5,4
<b>Totale</b>	4.102.000	405.423	9,9

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Il valore economico delle confezioni donate nel primo semestre del 2015 raggiunge cifre "importanti" che si avvicinano (in soli 6 mesi) ai risultati conseguiti nell'intero 2014 (tab. 5.4). Questo risultato va ascritto a merito del numero e del tipo di confezioni recuperate, piuttosto che alla variazione dei prezzi medi di ciascun farmaco attestati – a livello complessivo - sui 7,40 euro nel 2013-14 e sugli 8 euro nel 2015, con significative differenze tra le fonti di provenienza<sup>6</sup> (vedi. cap. 8).

**TABELLA 5.4**  
**VALORE COMPLESSIVO DEI FARMACI RACCOLTI (IN EURO). ANNI 2012-2015.**

<b>Anno</b>	<b>Valore in euro del raccolto</b>			<b>TOTALE</b>
	<b>GRF</b>	<b>Aziende</b>	<b>Recupero Farmaci Validi</b>	
<b>2012</b>	1.828.609	2.196.822	-	4.025.431
<b>2013 (*)</b>	2.108.094	4.685.033	240.613	7.033.740
<b>2014 (*)</b>	2.311.969	7.636.964	712.481	10.661.414
<b>1° semestre 2015</b>	2.263.582	7.173.590	624.823	10.061.994

(\*) Dove il dato sul prezzo dei farmaci era mancante è stato imputato il prezzo medio per confezione.

Fonte: sistema di monitoraggio FBF

6. I farmaci donati nelle GRF hanno un valore medio compreso tra 6 euro (nel 2013) e 6,40 euro (nel 2014-15); quelli donati dalle aziende hanno un valore medio compreso tra 8,30 (2013) e 8,35 (2015); quelli provenienti dal recupero farmaci validi hanno un valore medio compreso tra 12,80 (2013) e 12,65 (2015).

## 6 | LE DONAZIONI AZIENDALI

Le donazioni aziendali rappresentano per il Banco Farmaceutico la fonte più importante di approvvigionamento dei farmaci, non solo nel corso del 2015 ma anche negli anni precedenti. Il grande balzo è avvenuto nel 2014, quando è stata superata la soglia di un milione di confezioni, con un incremento dell'80% rispetto al già favorevole anno 2013. In quell'anno, i farmaci recuperati dalle aziende superano per la prima volta i quantitativi provenienti dalla GRF, con un incremento sul 2012 del 140%. Nell'arco di 4 anni (2011-2015) le donazioni aziendali accettate e ripartite da BF sono decuplicate ed anche per il 2015 verranno compiuti significativi passi in avanti, anche se – in base all'esperienza pregressa - nel secondo semestre non si raggiungono gli stessi valori del primo<sup>7</sup> (Tab. 6.1).

**TABELLA 6.1**  
**NUMERO DI CONFEZIONI RICEVUTE (ACCETTATE E RIPARTITE). ITALIA, ANNI 2011-2015.**

Anno	Numero di confezioni
2011	100.103
2012	238.002
2013	571.161
2014	1.027.869
1° semestre 2015	859.238

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

La disaggregazione di questi dati complessivi per classe di farmaco, aggiunge informazioni oltremodo importanti per valutare le trasformazioni intervenute non solo dal punto di vista quantitativo, ma anche qualitativo, a vantaggio della diversificazione e dell'efficacia terapeutica raggiunta. Nell'anno 2013 e 2014 si è consolidato il peso percentuale dei farmaci etici di classe C e OTC (71%) per effetto di una migliore programmazione dei flussi tra il Banco Farmaceutico e gli enti assistenziali coinvolti in questo processo<sup>8</sup> e di una corrispondente risposta delle aziende (Fig. 6.1).

Limitatamente al primo semestre, il 2015 registra andamenti differenti, con uno spostamento della domanda (e dell'offerta) a favore degli integratori alimentari e dei presidi medico-chirurgici che fanno da supporto a bisogni terapeutici in parte più complessi (vedi capitolo 4).

Nel 2015 prosegue la fidelizzazione del rapporto tra il Banco Farmaceutico e le aziende farmaceutiche già coinvolte negli anni precedenti, comprendenti tutte le imprese leader dei rispettivi settori. Tra le principali aziende donatrici figurano la Bruno Farmaceutici, la Acrac, la Procter & Gamble, seguite a ruota da Boehringer Ingelheim Italia e Zambon Italia e via via dalle altre sigle prestigiose. Sul totale delle 24 aziende coinvolte nella filiera delle donazioni nel primo semestre del 2015, le prime 5 hanno fornito il 71% delle confezioni totali con proporzioni variabili rispetto alle differenti classi di farmaco, in ragione delle rispettive specializzazioni produttive e commerciali (Tab. 6.2).

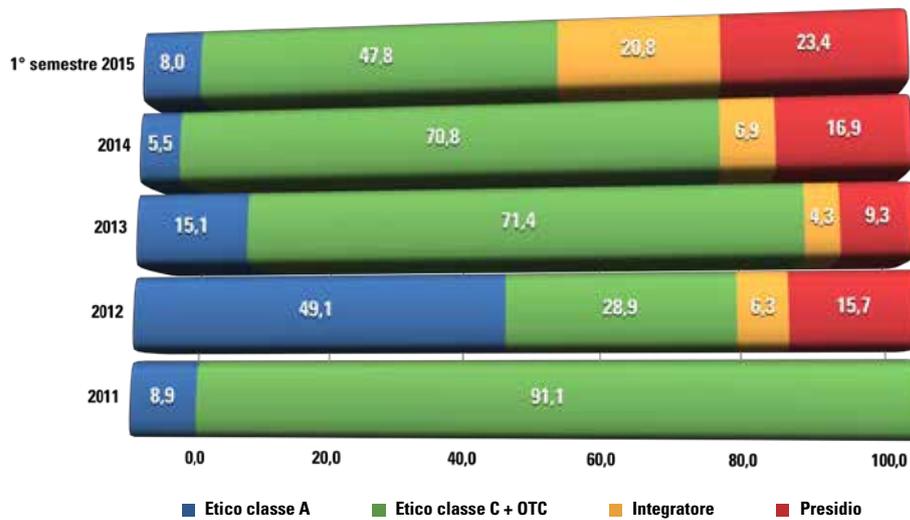
7. In base alle tendenze registrate fino all'ottobre 2015 si prevede di raggiungere circa 1 milione 250 mila confezioni entro la fine dell'anno, con un aumento del 20-21% rispetto al 2014.

8. Alla ripartizione delle donazioni aziendali – che hanno un flusso continuo – partecipano solo gli enti assistenziali di maggiori dimensioni (57 nel corso del 2015) sotto il profilo del numero di assistiti e dell'organizzazione interna.

## PARTE TERZA

# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

**FIGURA 6.1**  
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER CLASSE DI FARMACO  
DELLE CONFEZIONI RICEVUTE (ACCETTATE) DALLE AZIENDE. ITALIA, ANNI 2011-2015.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

**TABELLA 6.2**  
AZIENDE DONATRICI E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER CLASSE DI FARMACO  
DELLE CONFEZIONI RICEVUTE (ACCETTATE).  
ITALIA, 1° SEMESTRE 2015.

Nome azienda	Classe di farmaco				Totale
	Etico classe A	Etico classe C + OTC	Integratore	Presidio	
A. Menarini Ind. Farmac. Riunite Srl	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Acraf S.p.a.	6,4	41,9	0,0	51,7	100,0
Bayer S.p.a.	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Boehringer Ingelheim Italia S.p.a.	0,0	85,8	14,2	0,0	100,0
Bruno Farmaceutici Spa	0,0	56,4	3,1	40,5	100,0
Chiesi Farmaceutici Spa	60,5	0,0	39,5	0,0	100,0
Crinos Spa	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Doc Generici S.r.l.	60,9	39,1	0,0	0,0	100,0
Dompé Spa	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Eg S.p.a. Laboratori Eurogenerici	22,7	77,3	0,0	0,0	100,0
Eurospital Spa	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Ibsa Farmaceutici Italia S.r.l.	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Inpha Duemila S.r.l.	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Johnson & Johnson S.p.a.	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Mediaworld	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Miti S.p.a.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Montefarmaco Otc Spa	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Mylan S.p.a.	92,1	7,9	0,0	0,0	100,0

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

<b>Nova Argentia Spa</b>	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
<b>Pensa Pharma Spa</b>	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
<b>Pfizer Italia Srl</b>	89,2	10,8	0,0	0,0	100,0
<b>Piramal Critical Care Italia S.p.a</b>	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
<b>Procter &amp; Gamble</b>	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
<b>Zambon Italia S.r.l.</b>	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>8,0</b>	<b>47,8</b>	<b>20,8</b>	<b>23,4</b>	<b>100,0</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Nota: La data di riferimento è quella del riparto. n.d.: Informazione non disponibile.

## 7 | LE FARMACIE

All'origine della Giornata di raccolta del farmaco (GRF) sta, come noto, la decisione dei farmacisti di aderire a questa iniziativa, mettendo a disposizione il proprio lavoro organizzativo e promozionale nei confronti dei propri clienti, oltre che dei volontari del Banco Farmaceutico che stazionano dentro alla farmacia per informare i potenziali donatori e incasellare i farmaci ricevuti in dono. Il grado di successo della GRF dipende, in primo luogo, dal numero di farmacie che partecipano all'iniziativa, a cui si lega il numero dei donatori potenziali (coincidente con il totale dei clienti che entrano in ciascuna farmacia nel secondo sabato di febbraio) e di quelli effettivi (coincidenti con una percentuale variabile di clienti che acquistano un farmaco da destinare a chi ne ha bisogno). Tanto più ampio è il numero delle farmacie aderenti alla GRF, tanto più ampio è il numero dei donatori e dei farmaci effettivamente raccolti. I farmacisti rappresentano, in altri termini, dei comprimari della GRF e il primo punto di forza su cui far leva per consolidare o espandere i risultati raggiunti da questa iniziativa di anno in anno.

Non è dunque di secondaria importanza constatare che alla GRF 2015 hanno partecipato molte più farmacie rispetto agli anni precedenti, raggiungendo il ragguardevole numero di 3.665 unità, con un incremento di 299 unità rispetto al 2013 (pari a un tasso di incremento biennale dell'8,9%) e di 107 unità rispetto al 2014 (pari a un tasso di incremento annuale del 3%) (tab. 7.1).

**TABELLA 7.1**  
**NUMERO DI FARMACIE PARTECIPANTI ALLA GRF E TASSO DI PARTECIPAZIONE.**  
**RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNI 2013-2015.**

Ripartizione	N. totale Farmacie		Farmacie aderenti alla GRF				Tasso di partecipazione (% su totale farmacie)		
	2013	2015	GRF 2013	GRF 2014	GRF 2015	Var. % 2013-2015	Adesione 2013	Adesione 2014	Adesione 2015
Nord Ovest	5.030	5.088	1.413	1.508	1.537	8,8%	28,1	30,0	30,2
Nord Est	3.254	3.287	898	928	956	6,5%	27,6	28,5	29,1
Centro	3.381	3.414	497	513	559	12,5%	14,7	15,2	16,4
Sud	4.359	4.377	326	372	391	19,9%	7,5	8,5	8,9
Isole	2.015	2.035	232	235	220	-5,2%	11,5	11,7	10,8
<b>Totale</b>	<b>18.039</b>	<b>18.201</b>	<b>3.366</b>	<b>3.558</b>	<b>3.665</b>	<b>8,9%</b>	<b>18,7</b>	<b>19,7</b>	<b>20,1</b>

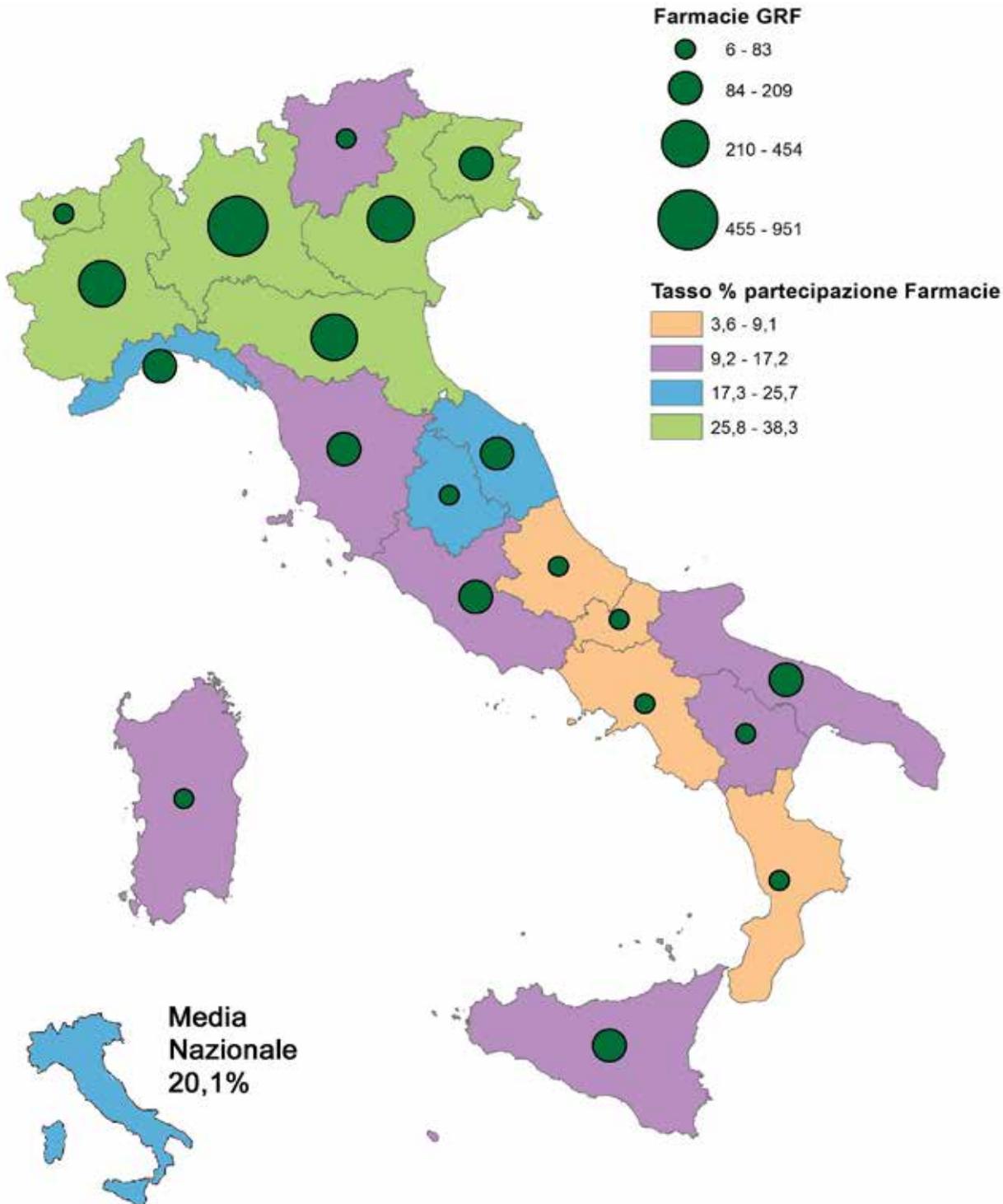
Fonte: sistema di monitoraggio FBF e Federfarma.

Nota: Nel totale sono conteggiate anche 2 farmacie della Repubblica di San Marino.

## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

A questo incremento dei valori assoluti corrisponde – in modo parimenti significativo – l’aumento del tasso di partecipazione delle farmacie rispetto al totale delle farmacie presenti in ciascun territorio, a conferma di un processo dovuto alla maggiore sensibilizzazione degli operatori del settore verso un’iniziativa socialmente utile e responsabile (Mappa 7.1).

**MAPPA 7.1**  
**FARMACIE GRF 2015**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF e Federfarma.

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

Nel 2015 il tasso di partecipazione delle farmacie cresce in quattro macro-ripartizioni territoriale su cinque, raggiungendo a livello nazionale il 20,1% (rispetto al 19,7% del 2014 e al 18,7% del 2013), derivante da un valore massimo del 30,2% nel Nord-Ovest e da un valore minimo dell'8,9% nel Sud. Solo nelle Isole si manifesta una lieve diminuzione della partecipazione delle farmacie alla GRF (sia in termini assoluti che percentuali), malgrado il loro leggero aumento complessivo (da 2.015 a 2.035). Il bilancio complessivo risulta, in sintesi, positivo sia nelle macro-aree in cui l'adesione delle farmacie è più radicata, sia in quelle con più recenti processi di adesione.

La disaggregazione dei dati per singole regioni evidenzia variazioni ancora più ampie dei tassi di partecipazione alla GRF, con un valore massimo in Friuli-Venezia-Giulia (38,3%) e un valore minimo nel Molise (3,6%) a cui si avvicinano la Campania (5,1) e la Calabria (6,9%) (Tab. 7.2).

**TAB. 7.2**  
**NUMERO DI FARMACIE PARTECIPANTI ALLA GRF E TASSO DI PARTECIPAZIONE.**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2015.**

Regione	N. totale Farmacie	Numero farmacie GRF	Tasso di partecipazione
Piemonte	1.577	454	28,8
Valle D'aosta	50	15	30
Lombardia	2.863	950	33,2
Trentino-Alto Adige	291	50	17,2
Veneto	1.349	372	27,6
Friuli-Venezia Giulia	389	149	38,3
Liguria	598	118	19,7
Emilia-Romagna	1.258	385	30,6
Toscana	1.132	166	14,7
Umbria	272	70	25,7
Marche	506	114	22,5
Lazio	1.504	209	13,9
Abruzzo	508	46	9,1
Molise	169	6	3,6
Campania	1.618	83	5,1
Puglia	1.114	177	15,9
Basilicata	205	26	12,7
Calabria	763	53	6,9
Sicilia	1.457	151	10,4
Sardegna	578	69	11,9
<b>ITALIA</b>	<b>18.201</b>	<b>3.665</b>	<b>20,1</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF e Federfarma.  
Nota: Nel totale sono conteggiate anche 2 farmacie della Repubblica di San Marino.

Se è innegabile che il numero dei farmaci raccolti in occasione della GRF ha un legame diretto con il numero di farmacie aderenti all'iniziativa, ancor più determinanti sono i residenti nel bacino di utenza di ciascuna farmacia, in quanto rappresentano i potenziali acquirenti/donatori dei farmaci e l'ambito da cui provengono – secondo tassi variabili – i donatori effettivi. Per operare una stima più attendibile del tasso di coinvolgimento nella GRF della popolazione residente è opportuno, in primo luogo, identificare

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

la platea dei potenziali donatori coincidente con il numero di residenti nei bacini di utenza delle farmacie aderenti alla GRF. E' a questo dato che occorre far riferimento per stimare anche la propensione al dono, ovvero il rapporto tra quantità di farmaci donati in un certo territorio e la popolazione residente (tab. 7.3).

**TABELLA 7.3**  
**BACINO D'UTENZA DELLE FARMACIE ADERENTI ALLA GRF. REGIONI ITALIANE.**  
**ANNO 2015**

Regione	Numero farmacie GRF	N. medio abitanti per farmacia (aderenti o non alla GRF)	N. abitanti nel bacino d'utenza delle farmacie aderenti alla GRF	Distribuzione % per regione dei residenti nel bacino d'utenza delle farmacie aderenti alla GRF
Piemonte	454	2.813	1.277.102	10,4
Valle D'aosta	15	2.572	38.580	0,3
Lombardia	950	3.484	3.309.800	27,1
Trentino-Alto Adige	50	3.615	180.750	1,5
Veneto	372	3.652	1.358.544	11,1
Friuli-Venezia Giulia	149	3.160	470.840	3,8
Liguria	118	2.662	314.116	2,6
Emilia-Romagna	385	3.534	1.360.590	11,1
Toscana	166	3.313	549.958	4,5
Umbria	70	3.297	230.790	1,9
Marche	114	3.069	349.866	2,9
Lazio	209	3.903	815.727	6,7
Abruzzo	46	2.626	120.796	1,0
Molise	6	1.862	11.172	0,1
Campania	83	3.628	301.124	2,5
Puglia	177	3.672	649.944	5,3
Basilicata	26	2.821	73.346	0,6
Calabria	53	2.596	137.588	1,1
Sicilia	151	3.497	528.047	4,3
Sardegna	69	2.879	198.651	1,6
<b>ITALIA</b>	<b>3.665</b>	<b>3.340</b>	<b>12.277.331</b>	<b>100,0</b>

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

A livello nazionale, la popolazione potenzialmente interessata alla GRF 2015 ha superato di poco i 12 milioni con una concentrazione massima in Lombardia (3 milioni 309 mila 800 persone, pari al 27% del totale) e minima in Molise (11.172 persone, pari allo 0,1% del totale).

Da segnalare è l'identica incidenza percentuale dei potenziali donatori in Veneto e in Emilia Romagna (11%) per effetto del numero quasi equivalente di farmacie che in queste regioni hanno aderito alla GRF piuttosto che della popolazione effettiva.

Se i donatori individuali coincidessero con il numero di farmaci donati nella GRF 2015 (354.065) avremmo 288 donatori ogni 10000 residenti (a livello nazionale) con un picco di 509 donatori in Valle d'Aosta e un valore minimo di 213 donatori in Campania (vedi cap. 8).

## 8. LE DONAZIONI DELLA GRF 2015

Il diffuso senso di malessere economico e sociale evidenziato dall'andamento della povertà nel nostro paese e dalla stagnazione dei redditi e dei consumi non ha inciso negativamente sulla partecipazione dei cittadini alla GRF, anche se ha inciso sulla quantità media delle donazioni in ciascuna farmacia riconducibile al numero dei donatori o, più probabilmente, alle donazioni pro-capite. Si spiega probabilmente in questo modo la lieve riduzione complessiva dei farmaci donati nella GRF del 2015 rispetto al 2014 e soprattutto il trend negativo riscontrabile nel periodo 2013-2015 (tab. 8.1), malgrado il leggero aumento delle farmacie aderenti all'iniziativa nello stesso periodo (vedi cap. 7).

Gli andamenti complessivi presentano significative variazioni a livello macro-territoriale, con risultati che possiamo definire incoraggianti nel Sud e nel Centro ma problematici sia nelle Isole, tradizionalmente "deboli", sia nelle regioni del Nord-Ovest e nel Nord-Est, tradizionalmente "forti". Queste due opposte tendenze si verificano per due anni consecutivi, non sono dunque puramente contingenti e meritano una riflessione approfondita sulle possibili cause, tra cui vanno annoverate anche quelle di ordine organizzativo.

**TABELLA 8.1**  
**VARIAZIONE DEI FARMACI RACCOLTI DURANTE LA GRF (NUMERO DI CONFEZIONI) DAL 2013 AL 2015.**  
**RIPARTIZIONI ITALIANE.**

Ripartizioni	2015	2014	2013	Variazione % 2015-2013	Variazione % 2015-2014
<b>Nord Ovest</b>	165.258	172.023	168.863	-2,1%	-3,9%
<b>Nord Est</b>	87.522	88.800	88.877	-1,5%	-1,4%
<b>Centro</b>	49.737	47.212	46.292	7,4%	5,3%
<b>Sud</b>	32.785	32.598	26.758	22,5%	0,6%
<b>Isole</b>	18.689	19.257	19.729	-5,3%	-3,0%
<b>ITALIA</b>	<b>354.065</b>	<b>359.889</b>	<b>349.037</b>	<b>1,4%</b>	<b>-1,6%</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Note:

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

(2) Nel totale del numero di farmaci raccolti nel 2015 sono considerate anche 74 confezioni destinate a un ente estero (Rumeno).

Dal punto di vista analitico, si deve osservare che i farmaci raccolti nel 2015 superano quelli raccolti nel 2013 (354.065 vs. 349.037), ma questo risultato positivo si deve interamente alle regioni del Centro e del Sud, mentre le regioni del Nord-Ovest e del Nord-Est riducono il loro contributo, registrando un segno negativo (crescente) per due anni consecutivi. Malgrado questa flessione, le regioni con il maggior numero medio di farmaci donati per farmacia restano concentrate nel Nord, con il primato della Valle d'Aosta (media 131 farmaci donati in ogni farmacia), del Friuli-Venezia Giulia (media 114 farmaci), della Lombardia (media 110 farmaci), del Trentino-Alto Adige (media 107 farmaci), del Piemonte (media 106 farmaci), a cui corrisponde – con buona approssimazione – un numero di donatori parimenti più elevato, a meno di non ipotizzare donazioni plurime da parte di soggetti meno numerosi, ma più generosi. L'influsso delle condizioni economiche sfavorevoli sul monte-donazioni risulta convincente quando si considerano le regioni del Mezzogiorno, accomunate dal minor numero medio di farmaci donati per farmacia, tra cui spiccano la Calabria (media 67 farmaci), la Campania (media 77), la Sardegna (media 80), la Sicilia (media 87), la Puglia (media 89); la spiegazione economica risulta invece meno convin-

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

cente nel caso del Veneto (media 82 farmaci), del Lazio (media 84 farmaci), dell'Emilia-Romagna e delle Marche (media 90 farmaci) per le quali sembra più plausibile chiamare in causa la minor propensione dei cittadini a donare risorse per la popolazione indigente (tab. 8.2).

**TABELLA 8.2**  
**FARMACI RACCOLTI IN OCCASIONE DELLA GRF (VALORI ASSOLUTI, PERCENTUALI E PER FARMACIA).**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2015.**

Regione	N. farmacie GRF 2015	% farmacie sul totale	N. farmaci raccolti	% farmaci sul totale	N. medio farmaci per farmacia
Piemonte	454	12,4	48.156	13,6	106
Valle D'aosta	15	0,4	1.964	0,6	131
Lombardia	950	25,9	104.174	29,4	110
Trentino-Alto Adige	50	1,4	5.344	1,5	107
Veneto	372	10,1	30.660	8,7	82
Friuli-Venezia Giulia	149	4,1	17.018	4,8	114
Liguria	118	3,2	10.964	3,1	93
Emilia-Romagna	385	10,5	34.501	9,7	90
Toscana	166	4,5	15.566	4,4	94
Umbria	70	1,9	6.368	1,8	91
Marche	114	3,1	10.252	2,9	90
Lazio	209	5,7	17.551	5,0	84
Abruzzo	46	1,3	4.166	1,2	91
Molise	6	0,2	557	0,2	93
Campania	83	2,3	6.402	1,8	77
Puglia	177	4,8	15.759	4,5	89
Basilicata	26	0,7	2.358	0,7	91
Calabria	53	1,4	3.542	1,0	67
Sicilia	151	4,1	13.187	3,7	87
Sardegna	69	1,9	5.501	1,6	80
<b>ITALIA</b>	<b>3.665</b>	<b>100</b>	<b>354.065</b>	<b>100</b>	<b>97</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Note:

- (1) Il territorio dei farmaci raccolti è quello dell'ente a cui sono stati destinati i farmaci raccolti (necessario per comparabilità con bisogno espresso da enti in GRF)
- (2) Nel totale del numero di farmacie sono conteggiate anche 2 farmacie della Repubblica di San Marino.
- (3) Nel totale del numero di farmaci raccolti sono considerate anche 74 confezioni destinate a un ente estero (Rumeno).

La diversa propensione al dono di coloro che hanno partecipato alla GRF 2015 emerge in modo puntuale dividendo il numero dei residenti nei 3.665 bacini d'utenza delle farmacie aderenti alla GRF per il numero di farmaci raccolti nei medesimi bacini: su 10.000 residenti il numero medio complessivo dei donatori è di 288 unità<sup>9</sup>, con risultati di gran lunga superiori in Valle d'Aosta (509 donatori su 10.000 residenti), Molise (499), Piemonte (377), Friuli Venezia-Giulia (361), Liguria (349) (tab. 8.3 e mappa 8.1).

9. La stima si basa sull'assunto che ad ogni farmaco donato corrisponda un donatore.

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 2015.**

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	454	48.156	1.277.102	377
Valle D'aosta	15	1.964	38.580	509
Lombardia	950	104.174	3.309.800	315
Trentino-Alto Adige	50	5.344	180.750	296
Veneto	372	30.660	1.358.544	226
Friuli-Venezia Giulia	149	17.018	470.840	361
Liguria	118	10.964	314.116	349
Emilia-Romagna	385	34.501	1.360.590	254
Toscana	166	15.566	549.958	283
Umbria	70	6.368	230.790	276
Marche	114	10.252	349.866	293
Lazio	209	17.551	815.727	215
Abruzzo	46	4.166	120.796	345
Molise	6	557	11.172	499
Campania	83	6.402	301.124	213
Puglia	177	15.759	649.944	242
Basilicata	26	2.358	73.346	322
Calabria	53	3.542	137.588	257
Sicilia	151	13.187	528.047	250
Sardegna	69	5.501	198.651	277
<b>ITALIA</b>	<b>3.665</b>	<b>354.065</b>	<b>12.277.331</b>	<b>288</b>

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

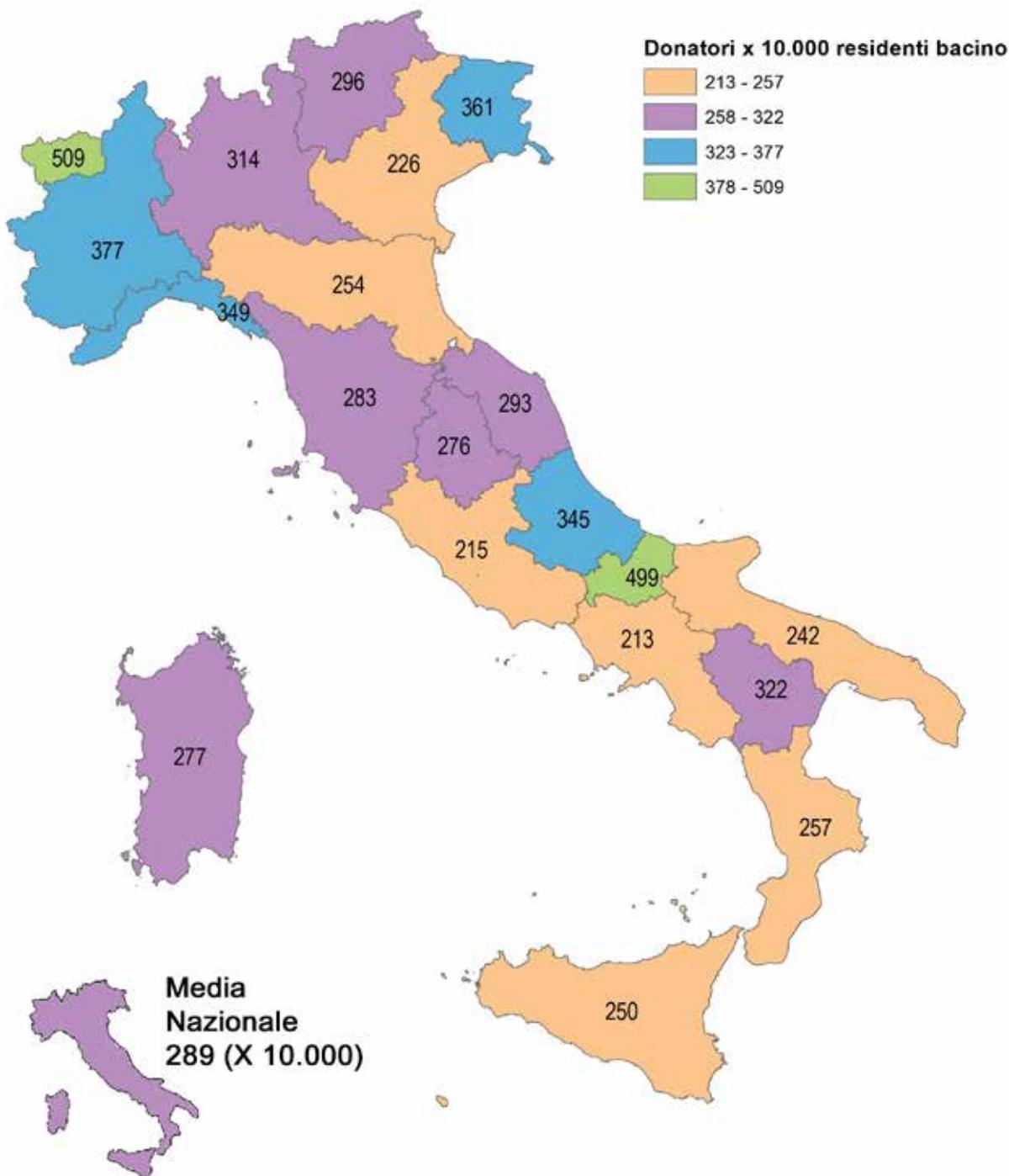
Note: Il territorio dei farmaci raccolti è quello dell'ente a cui sono stati destinati i farmaci raccolti (necessario per comparabilità con bisogno espresso da enti in GRF)

La tipologia dei farmaci acquistati e poi donati dai clienti delle singole farmacie dipende per lo più dai consigli forniti dai farmacisti o dai volontari che li assistono, sulla base dei fabbisogni segnalati in precedenza dagli enti convenzionati con la Rete Banco Farmaceutico o con le singole farmacie. All'atto dell'acquisto-donazione, i donatori indicano l'entità della spesa che sono disposti a sostenere e seguono poi volentieri le indicazioni di chi coordina la raccolta.

Usando come sistema di classificazione il 1° livello del codice internazionale anatomico-terapeutico-chimico (ATC), risulta che i farmaci raccolti sono destinati principalmente alla cura del sistema nervoso (33,6%), dell'apparato muscolo-scheletrico (16%), del tratto alimentare e metabolismo (14,7%) e via via alle altre tipologie, a ciascuna delle quali corrispondono specifici principi attivi (vedi cap. 4).

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**MAPPA 8.1**  
**N. POTENZIALE DI DONATORI DI FARMACI X 10.000 RESIDENTI NEL BACINO DI UTENZA**  
**DELLE FARMACIE ADERENTI ALLA GRF 2015**



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

Non tutte le categorie di 1° livello previste dal codice ATC (14 in tutto) risultano però rappresentate, a causa del fatto che la GRF è circoscritta ai soli farmaci da banco, che non prevedono alcuna prescrizione medica. Mancano in particolare le categorie B (sangue e organi emopoietici), H (preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali), J (antimicrobici generali per uso sistemico), L (farmaci antineoplastici e immunomodulatori) (tab. 8.4).

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**TABELLA 8.4**  
**DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI FARMACI RACCOLTI IN OCCASIONE DELLA GRF**  
**PER 1° LIVELLO DI ATC (VALORI %). ITALIA, ANNO 2015.**

Codice ATC di 1° livello	Nome Codice ATC DI 1° livello	Distrib. % del numero di confezioni
<b>A</b>	Tratto alimentare e metabolismo	14,7
<b>C</b>	Apparato cardiovascolare	0,9
<b>D</b>	Farmaci dermatologici	7,3
<b>G</b>	Apparato genito-urinario e ormoni sessuali	0,1
<b>M</b>	Apparato muscolo-scheletrico	16,4
<b>N</b>	Sistema nervoso	33,6
<b>P</b>	Prodotti antiparassitari, insetticidi e repellenti	0,0
<b>R</b>	Apparato respiratorio	9,4
<b>S</b>	Organi sensori	1,7
<b>V</b>	Vari	15,9
	<b>Totale complessivo</b>	<b>100,0</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Se dall'apparato su cui i farmaci agiscono si passa a considerare le loro funzioni terapeutiche, troviamo al primo posto la donazione di analgesici e antipiretici (33,5%), seguiti dagli antinfiammatori orali (12,3%), i preparati per tosse e raffreddore (6,6%), i preparati per il cavo orale (4,2%), i farmaci per dolori articolari/muscolari (4,1%) e altre 20 categorie in quantità decrescente (tab. 8.5).

Ogni confezione donata agli enti convenzionati ha un valore di mercato che viene sistematicamente registrato dal Banco Farmaceutico, rendendo agevole la stima del valore monetario di tutto ciò che viene movimentato. Nel corso della GRF 2015 il costo medio di ogni confezione donata agli indigenti è stato di 6,4 euro e la spesa complessiva ha raggiunto la ragguardevole somma di 2 milioni 263 mila euro. Quasi metà di questa spesa (47%) è stata sostenuta nelle regioni del Nord Ovest, che malgrado la lieve flessione delle donazioni conserva un forte primato, in linea con l'equivalente concentrazione dei farmaci raccolti (Tab. 8.6). Questi dati fotografano lo sforzo economico compiuto dai singoli cittadini che hanno partecipato alla GRF e nello stesso tempo il risparmio economico per gli enti che hanno distribuito agli indigenti l'equivalente quantitativo di farmaci ed hanno in tal modo soddisfatto una domanda di aiuto che altrimenti sarebbe rimasta senza risposta.

**TABELLA 8.5**  
**DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI FARMACI RACCOLTI IN OCCASIONE DELLA GRF**  
**PER CATEGORIE E 1° LIVELLO DI ATC (VALORI %). ITALIA, ANNO 2015.**

Categorie (nome semplificato)	Distribuzione % del numero di confezioni	ATC 1° LIVELLO
<b>Analgesici e antipiretici</b>	33,5%	N
<b>Antinfiammatori orali</b>	12,3%	M
<b>Preparati per tosse e raffreddore</b>	6,6%	R
<b>Preparati per il cavo oro-faringeo</b>	4,2%	A
<b>Farmaci uso locale per dolori articolari/muscolari</b>	4,1%	M
<b>Lassativi</b>	3,7%	A
<b>Antidiarroici, antimicrobici intestinali</b>	3,3%	A

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

Antisettici e disinfettanti	2,8%	D
Farmaci per i disturbi gastrointestinali	2,7%	A
Decongestionanti nasali	2,4%	R
Antipruriginosi e antistaminici uso locale	1,8%	D
Oftalmici	1,3%	S
Antibiotici e altri terapeutici uso dermatologico	1,1%	D
Antimicotici uso locale	1,1%	D
Vitamine e sali minerali	0,79%	A
Antiemorroidali	0,61%	C
Preparati per ferite e ulcerazioni	0,41%	D
Antistaminici orali	0,34%	R
Otologici	0,34%	S
Vasoprotettori uso locale	0,30%	C
Antimicrobici e antisettici ginecologici	0,13%	G
Emollienti e protettivi	0,06%	D
Antiparassitari, insetticidi e repellenti	0,03%	P
Anestetici locali in crema	0,02%	N
Altro	15,9%	V
<b>TOTALE</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

**TABELLA 8.6**  
**VALORE MONETARIO DEI FARMACI RACCOLTI NELLA GRF.**  
**RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNO 2015.**

	Valore monetario farmaci donati (euro)	Quota % valore monetario	N. farmaci raccolti	Valore medio confezione
<b>Nord Ovest</b>	1.066.378	47,1	165.258	6,45
<b>Nord Est</b>	562.973	24,9	87.522	6,43
<b>Centro</b>	315.501	13,9	49.737	6,34
<b>Sud</b>	204.018	9,0	32.785	6,22
<b>Isole</b>	114.713	5,1	18.689	6,14
<b>ITALIA</b>	<b>2.263.582</b>	<b>100</b>	<b>354.065</b>	<b>6,39</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

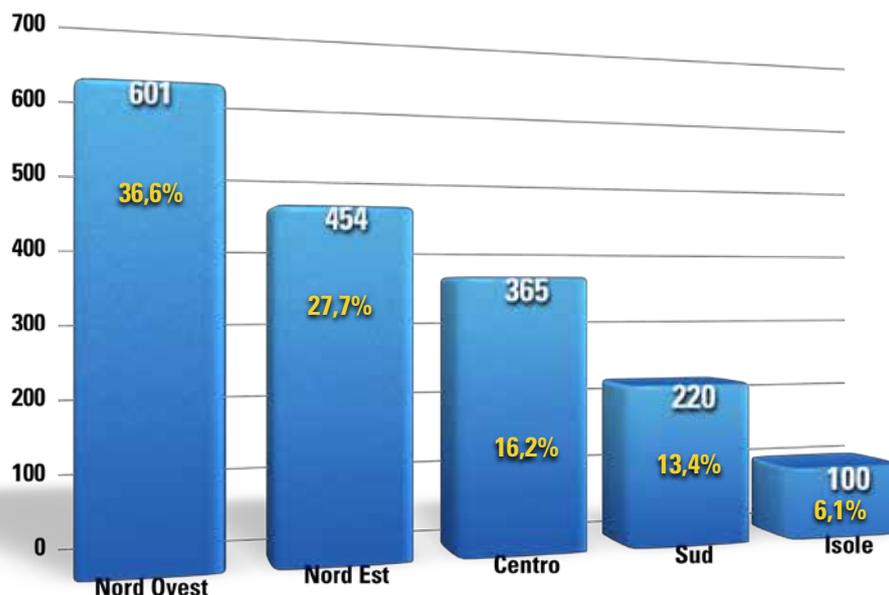
## 9 | GLI ENTI NON PROFIT

Nell'ambito della filiera della donazione dei farmaci, coordinata dal Banco Farmaceutico, gli enti caritativi rappresentano l'insostituibile anello di congiunzione con le persone che vivono in povertà sanitaria, che a loro volta rappresentano i destinatari finali di tutto ciò che sta a monte. A questi enti va il merito di prendersi cura degli indigenti, così come la responsabilità di intervenire in modo efficace, mobilitando le risorse economiche, organizzative, professionali necessarie allo svolgimento della loro missione. Alla presenza di questi enti sul territorio si lega, in pratica, la possibilità per gli indigenti di ricevere gli aiuti di cui hanno bisogno; non è dunque irrilevante abitare in luoghi serviti da questi centri di aiuto o, al contrario, dover superare anche il gap della loro distanza.

Alla rete del Banco Farmaceutico partecipano enti caritativi di diverse dimensioni, con servizi variamente strutturati, erogati in modo stabile o temporaneo da personale professionale con diverse qualifiche: tra di essi vi sono in particolare 57 enti di grandi dimensioni, con attività permanenti, che beneficino in via principale delle donazioni aziendali e solo limitatamente delle donazioni provenienti dalla GRF e un più ampio numero di enti, di dimensioni più contenute, che beneficino quasi esclusivamente delle donazioni provenienti dalle farmacie in occasione della GRF.

Nel complesso, gli enti caritativi convenzionati con il Banco Farmaceutico in occasione della GRF 2015 sono stati 1.640, concentrati principalmente nelle regioni del Nord-Ovest (37%) e del Nord-Est (28%) e in via secondaria nelle regioni del Centro (16%) e del Sud (13%), mentre le Isole occupano, anche in questo caso, una posizione più distanziata (6,1%) (Fig. 9.1, Mappa 9.1).

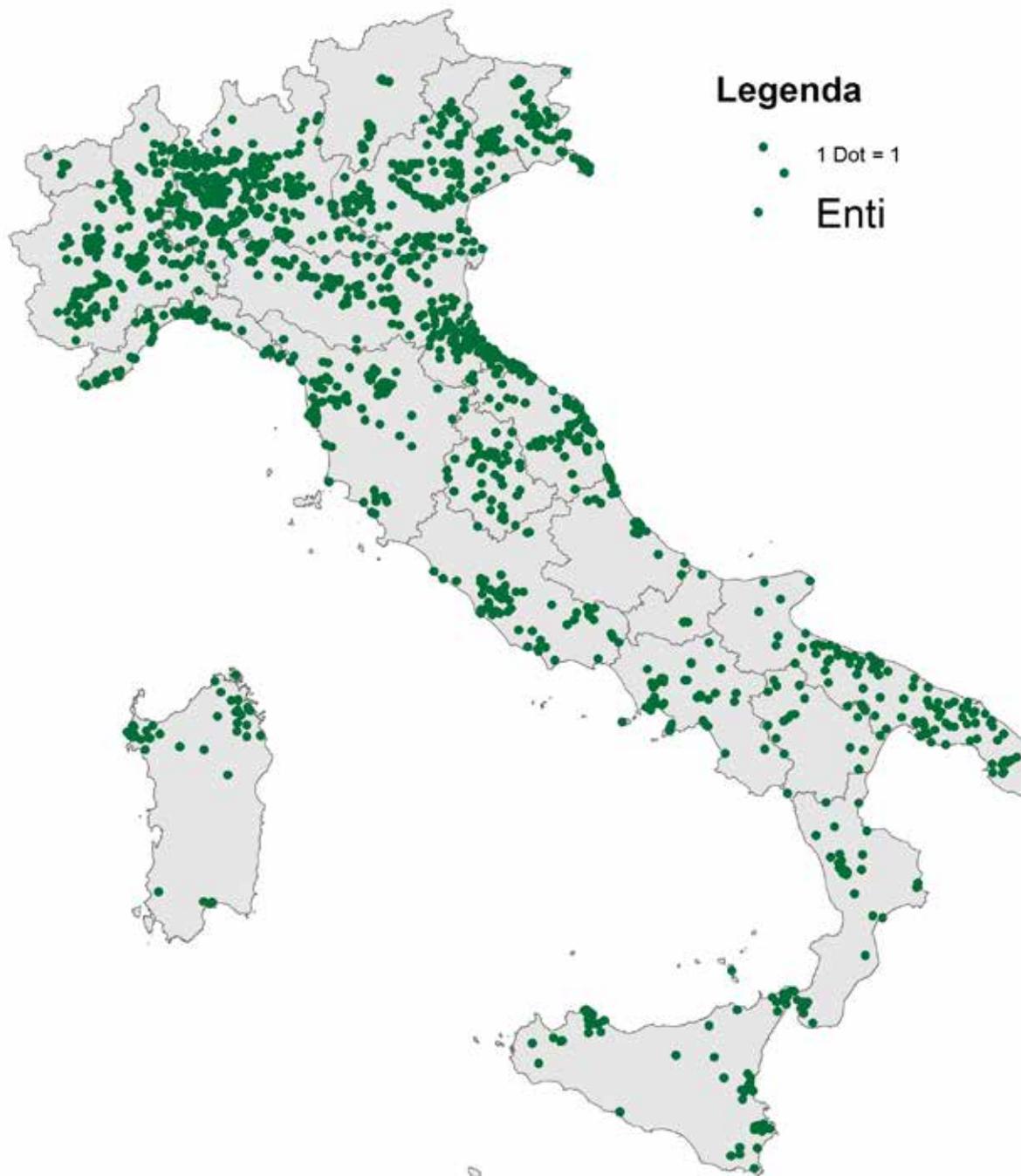
**FIGURA 9.1**  
**NUMERO DI ENTI E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER RIPARTIZIONE.**  
**ANNO 2015**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**MAPPA 9.1**  
**NUMERO DI ENTI. COMUNI ITALIANI, ANNO 2015**



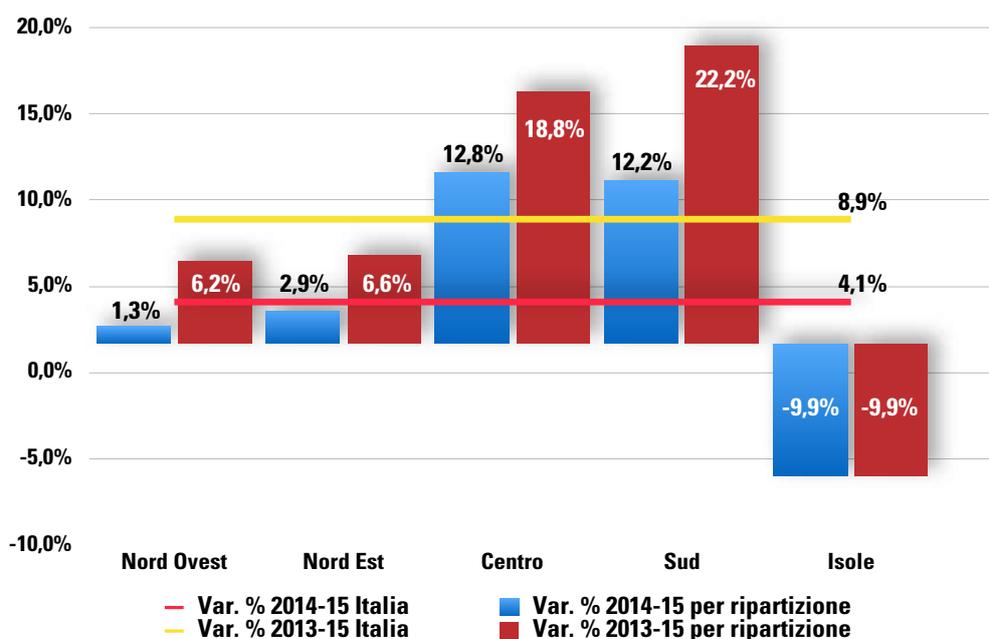
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

La foto di gruppo del 2015 presenta significative variazioni rispetto ai due anni immediatamente precedenti; su base nazionale gli enti convenzionati con il Banco Farmaceutico sono, in effetti, aumentati sia rispetto al 2014 (+4,1%) sia rispetto al 2013 (+8,9%), con andamenti tuttavia non omogenei nelle diverse ripartizioni territoriali. Nel Centro e nel Sud si registra un incremento percentuale particolarmente sostenuto, sensibilmente superiore ai valori medi complessivi del periodo 2014-15 e 2013-15. Nel Nord-Est la crescita è più contenuta e con valori inferiori alla media generale, è comunque più elevata rispetto

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

alle regioni del Nord-Ovest in cui resta insediata la maggioranza degli enti. Di segno negativo è invece la situazione nelle Isole, dove gli enti convenzionati calano del 10% rispetto al 2014, dopo una situazione stazionaria tra il 2013-14 (Fig. 9.2). A giudicare da quest'ultimi dati si direbbe che nelle Isole anche la protezione delle persone in povertà sanitaria subisce una contrazione, almeno dal punto di vista della accessibilità territoriale e dunque della prossimità.

**FIGURA 9.2**  
**VARIAZIONE PERCENTUALE DEGLI ENTI 2014-2015 E 2013-2015. RIPARTIZIONI ITALIANE.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

La distribuzione degli enti caritativi in ciascuna regione ricalca, per certi aspetti, gli andamenti già registrati per alcune variabili della filiera esaminate in precedenza (cfr. n. farmacie). In Lombardia, Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto si concentra il 52% degli enti convenzionati con il Banco Farmaceutico in occasione della GRF; in Friuli Venezia-Giulia, Toscana e Puglia opera un numero pressoché identico di enti caritativi che nel loro insieme rappresentano il 18% del totale; il restante 30% degli enti è localizzato in 13 regioni con quote variabili tra l'1 e il 5% (tab. 9.1 e Fig. 9.3).

**TABELLA 9.1**  
**DISTRIBUZIONE ENTI CARITATIVI PER REGIONE. ANNO 2015 (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)**

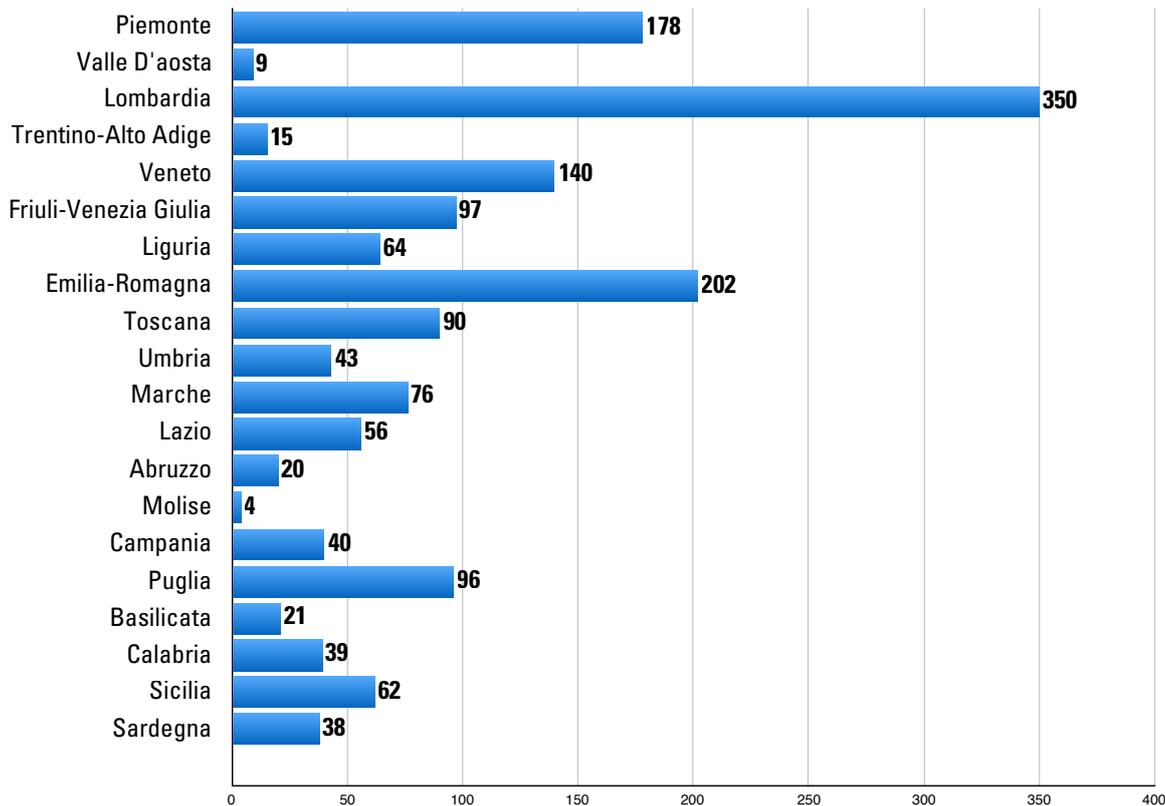
Regione	Numero Enti	Distribuzione % enti
Piemonte	178	10,9
Valle D'aosta	9	0,5
Lombardia	350	21,3
Trentino-Alto Adige	15	0,9
Veneto	140	8,5
Friuli-Venezia Giulia	97	5,9
Liguria	64	3,9
Emilia-Romagna	202	12,3
Toscana	90	5,5

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

Umbria	43	2,6
Marche	76	4,6
Lazio	56	3,4
Abruzzo	20	1,2
Molise	4	0,2
Campania	40	2,4
Puglia	96	5,9
Basilicata	21	1,3
Calabria	39	2,4
Sicilia	62	3,8
Sardegna	38	2,3
<b>ITALIA</b>	<b>1640</b>	<b>100</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

**FIGURA 9.3**  
**NUMERO DI ENTI PER REGIONE. ANNO 2015**

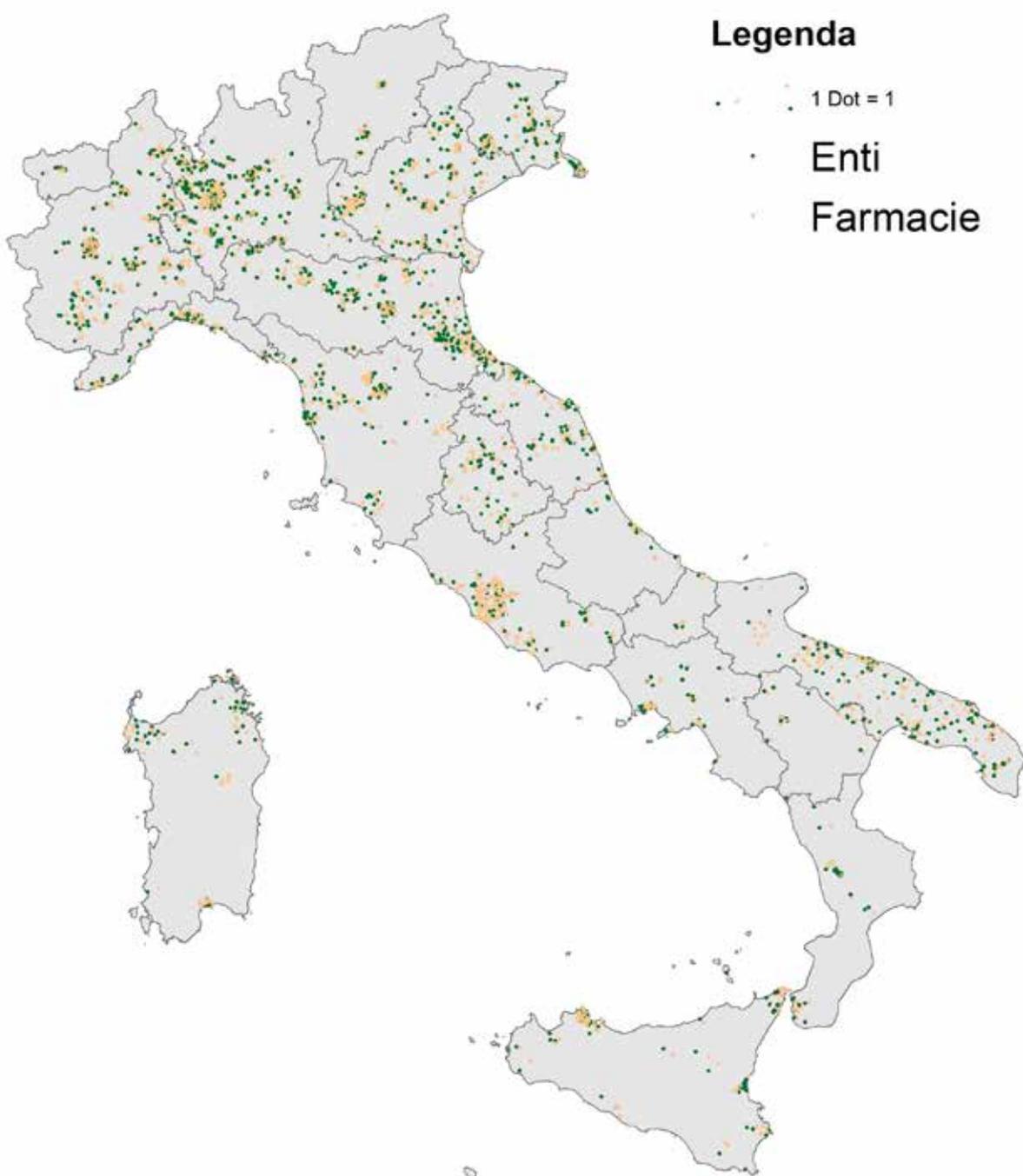


Fonte: sistema di monitoraggio FBF

La distribuzione territoriale degli enti caritativi che beneficiano direttamente della GRF ha una relazione abbastanza stretta con la corrispondente distribuzione delle farmacie aderenti alla GRF; questa coincidenza dipende dal fatto che il coinvolgimento di molte farmacie nella GRF dipende dalle sollecitazioni e dal supporto dei volontari appartenenti alle strutture caritative che operano nei medesimi bacini di utenza; in molti casi si realizza anche un vero e proprio gemellaggio tra singoli enti caritativi e singole farmacie con evidenti vantaggi per la sequenza informazione-reputazione-fiducia-donazione. La prosimità territoriale e il gemellaggio massimizzano, in altri termini, la propensione dei residenti in una cer-

ta area a partecipare alla GRF là dove essi conoscono sia gli enti destinatari degli aiuti, sia i farmacisti impegnati a loro favore (Mappa 9.2).

**MAPPA 9.2**  
**ADDENSAMENTO DEGLI ENTI INTORNO ALLE FARMACIE PARTECIPANTI ALLA GRF.**  
**COMUNI ITALIANI, ANNO 2015.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

La rilevanza quantitativa e qualitativa degli enti caritativi specializzati in aiuti farmaceutici emerge in modo eloquente dall'incidenza di tali enti sul totale degli enti caritativi censiti dall'Istat nel 2011, con valori particolarmente elevati in alcune regioni che detengono – sotto questo aspetto – un vero e proprio primato. La massima incidenza si registra in Friuli Venezia-Giulia dove gli enti caritativi impegnati

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

sul fronte degli aiuti sanitari rappresentano quasi la metà del totale (46,2%); incidenza superiore al valore medio (18,1%) si registrano anche nelle Marche (31,7%), in Umbria (31,9%), Puglia (29,4%), Emilia-Romagna (28,1%), Valle D'Aosta (22,5%), Lombardia (22,5%), Liguria (21,5%). La diffusa attenzione degli enti caritativi verso le problematiche sanitarie dei loro assistiti conferma l'esistenza di un bisogno altrettanto diffuso che si trasforma in stabile domanda di aiuto a titolo gratuito (tab. 9.2 e Mappa 9.3).

**TABELLA 9.2**  
**QUOTA PERCENTUALE DI ENTI CONVENZIONATI CON FBF SUL TOTALE DEGLI ENTI CARITATIVI CENSITI DA ISTAT.**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2015.**

Regione	Numero enti 2015	Numero enti caritativi Istat	Enti FBF/enti ISTAT
Piemonte	178	941	18,9
Valle D'aosta	9	40	22,5
Lombardia	350	1559	22,5
Trentino-Alto Adige	15	939	1,6
Veneto	140	826	16,9
Friuli-Venezia Giulia	97	210	46,2
Liguria	64	297	21,5
Emilia-Romagna	202	719	28,1
Toscana	90	566	15,9
Umbria	43	135	31,9
Marche	76	240	31,7
Lazio	56	841	6,7
Abruzzo	20	133	15,0
Molise	4	55	7,3
Campania	40	322	12,4
Puglia	96	327	29,4
Basilicata	21	96	21,9
Calabria	39	171	22,8
Sicilia	62	403	15,4
Sardegna	38	222	17,1
<b>ITALIA</b>	<b>1640</b>	<b>9042</b>	<b>18,1</b>

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

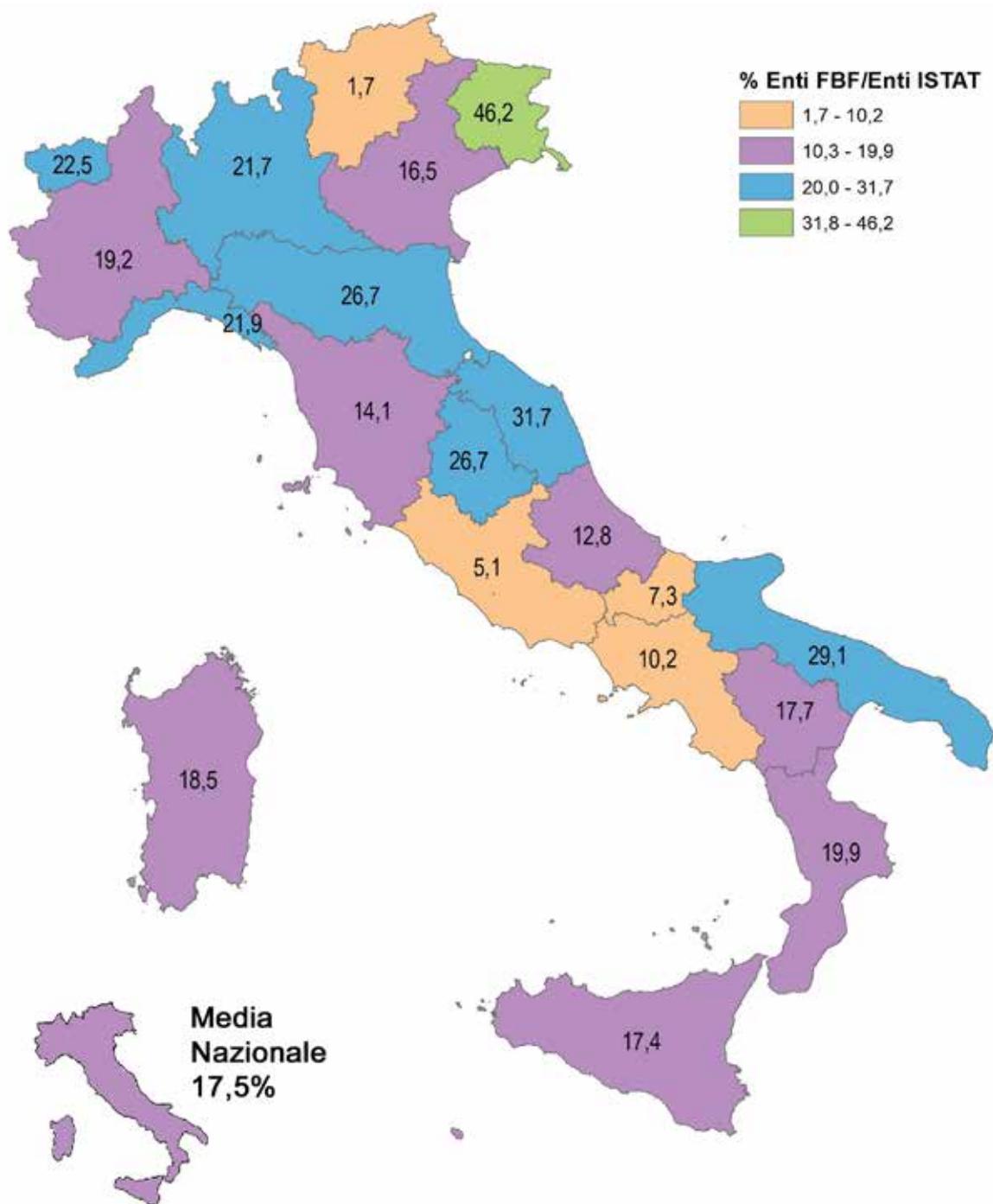
Nota: sono considerati enti caritativi gli enti censiti che hanno indicato come settore d'attività:

- servizi di assistenza nelle emergenze (protezione civile e assistenza a profughi e rifugiati)
- erogazione di contributi monetari e/o in natura (servizi di sostegno ai redditi e alle condizioni di vita individuale e servizi di beneficenza)
- attività per il sostegno economico e umanitario all'estero

# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

MAPPA 9.3

QUOTA PERCENTUALE DI ENTI CONVENZIONATI CON FBF SUL TOTALE DEGLI ENTI CARITATIVI CENSITI DA ISTAT.  
REGIONI ITALIANE, ANNO 2015.



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

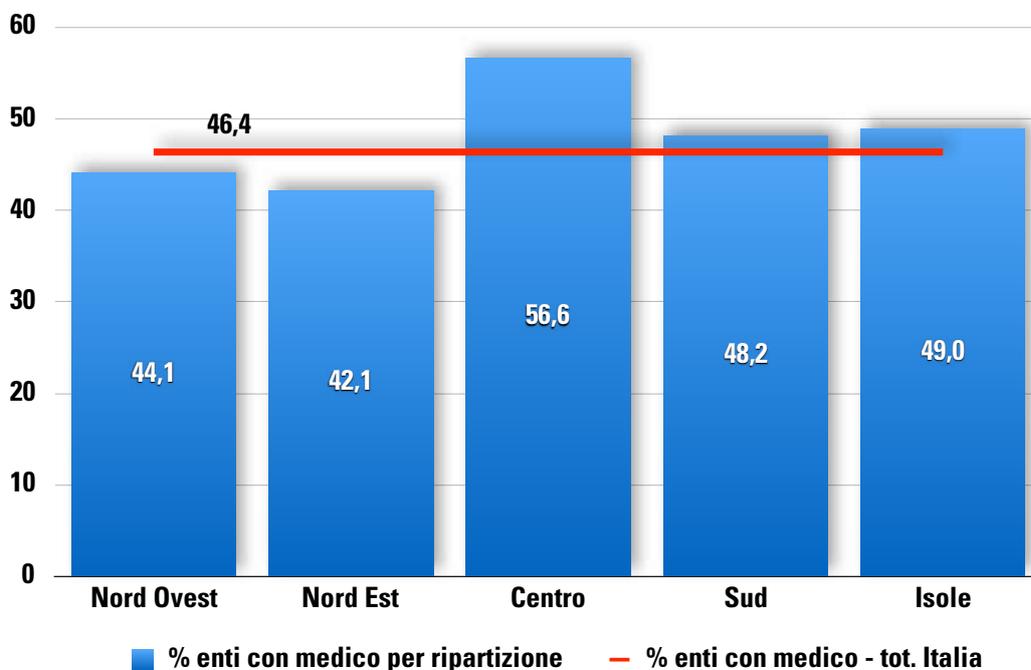
Che l'intervento sanitario degli enti caritativi non si limiti alla semplice erogazione di farmaci da banco, ma si configuri, in molti casi, come vera e propria attività di cura è segnalato dalla presenza di un medico nel 46% dei casi, con un valore massimo nel Centro Italia (56%) e un valore minimo nel Nord Est (42%). (Fig. 9.4). Se assumiamo la presenza del medico come un indicatore del grado di strutturazione dei servizi sanitari erogati dagli enti caritativi, si può legittimamente esprimere un giudizio positivo sul

## PARTE TERZA

# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

quadro d'insieme, tanto più perché non mancano segnali di maggior coinvolgimento di personale sanitario qualificato.

**FIGURA 9.4**  
**PRESENZA DEL MEDICO NEGLI ENTI (VALORI %). RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNO 2015.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

La partecipazione degli enti caritativi alla GRF non si limita alla fruizione di quanto viene raccolto, ma inizia con il coinvolgimento in alcune fasi preparatorie e talora nella diretta cogestione di questo evento insieme a singole farmacie oltre che al Banco Farmaceutico. Tutti gli enti convenzionati alla GRF partecipano, in ogni caso, alla identificazione dei farmaci più rispondenti al bisogno sanitario dei loro assistiti e alla quantificazione delle confezioni necessarie per ciascun tipo di farmaco. Questa stima preventiva si basa, in genere, sulla domanda storica, ovvero sul numero di farmaci distribuiti agli indigenti nei 12 mesi precedenti alla GRF e dunque dà un'idea immediata del bisogno effettivo a cui si dovrebbe rispondere, anche al di là dei risultati raggiunti con la GRF.

Alla luce dell'incremento della povertà assoluta avvenuto nel corso degli ultimi anni, non sorprende che il bisogno di farmaci dichiarato dagli enti sia anch'esso aumentato, raggiungendo la ragguardevole cifra di 871 mila confezioni in occasione della GRF 2015 a fronte delle 812 mila confezioni del 2013 e delle 818 mila confezioni del 2014: nel complesso si registra un aumento del 6,4% rispetto al 2014 e del 7,2% rispetto al 2013. Il risultato finale nasce però da andamenti contrastanti a livello macro-territoriale e regionale: accanto infatti ad un incremento del fabbisogno nel Nord-Ovest, nel Nord-Est e nel Sud (biennio 2013-2015), nelle Isole e nel Centro si registra una contrazione del fabbisogno per due anni di seguito, con un saldo compreso tra il -8% e il -10% nello stesso periodo (Tab. 9.3).

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**TABELLA 9.3**  
**RICHIESTE DEGLI ENTI IN OCCASIONE DELLA GRF (NUMERO DI CONFEZIONI).**  
**RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNI 2013, 2014 E 2015.**

Ripartizione	Richieste in N. confezioni farmaci			Variazione % 2013-15	Variazione % 2014-15
	GRF 2013	GRF 2014	GRF 2015		
<b>Nord Ovest</b>	318.716	335.406	368.217	15,5%	9,8%
<b>Nord Est</b>	175.914	183.913	196.469	11,7%	6,8%
<b>Centro</b>	191.505	164.382	176.080	-8,1%	7,1%
<b>Sud</b>	58.765	69.606	69.323	18,0%	-0,4%
<b>Isole</b>	67.986	65.003	60.964	-10,3%	-6,2%
<b>ITALIA</b>	812.886	818.310	871.053	7,2%	6,4%

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Il profilo analitico per regione evidenzia dove si concentrano le dinamiche positive e/o negative, posto che all'incremento del fabbisogno dichiarato dagli enti corrispondono situazioni più critiche dal lato degli indigenti e del loro fabbisogno. Merita in proposito segnalare i casi dell'Umbria e della Basilicata ove la domanda degli enti cresce rispettivamente del 36 e del 19%, così come i casi delle Marche, dell'Abruzzo e della Sardegna con andamenti negativi dell'ordine del 12-14% (Mappa 9.4).

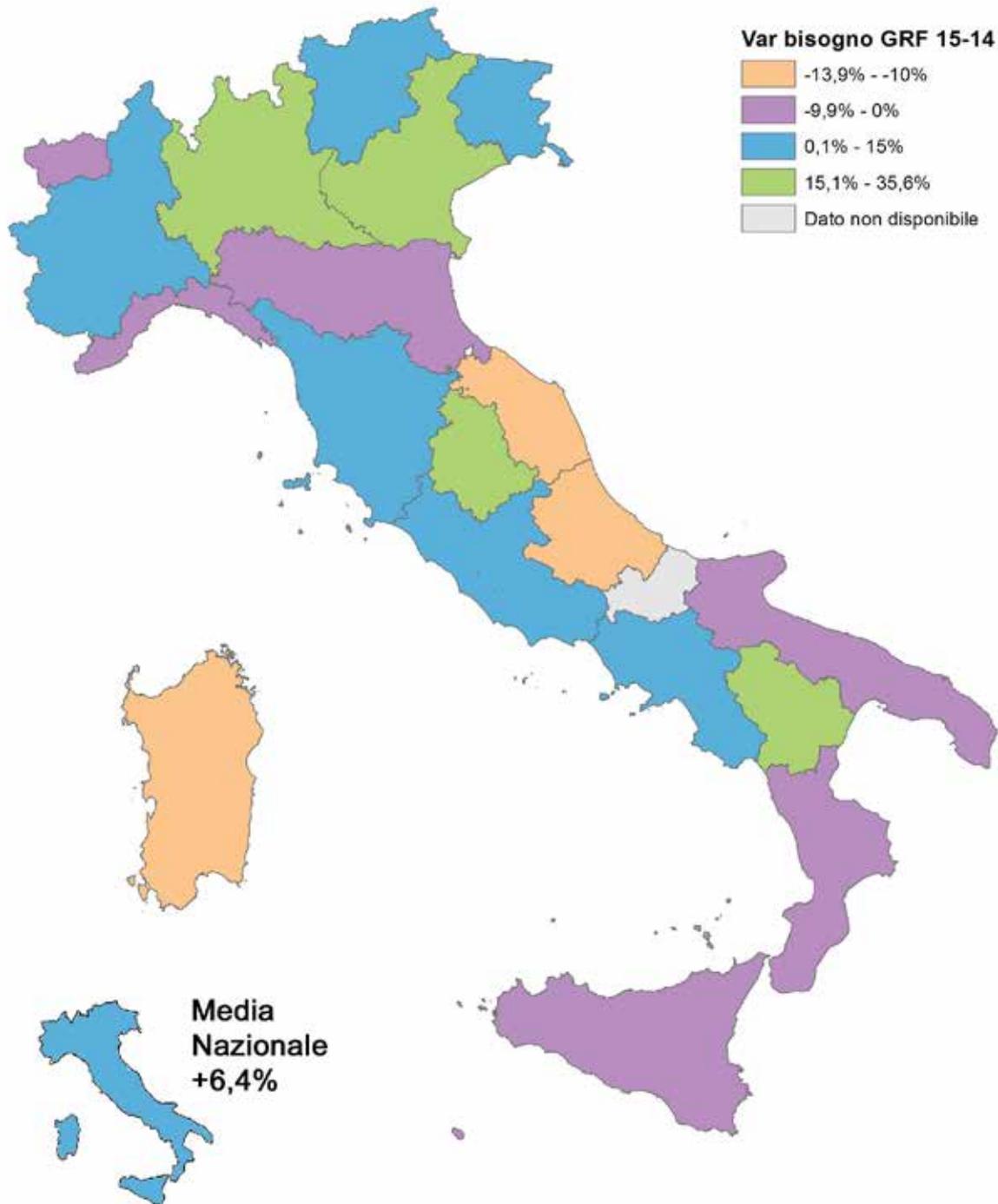
Gli andamenti espansivi o recessivi delle richieste debbono in ogni caso fare i conti con il numero di confezioni effettivamente acquisite attraverso la GRF e con lo scarto - più o meno grande - che emerge dal confronto tra bisogni-desideri-previsioni e risultati effettivi.

Il tasso di copertura del fabbisogno misura, da un lato, l'importante contributo della GRF al contrasto della povertà sanitaria, dall'altro misura la distanza dagli obiettivi che andrebbero raggiunti per rispondere in modo meno parziale al ben più vasto bisogno di aiuto degli indigenti. Si ricava, in altri termini, una misura anche degli sforzi aggiuntivi che andrebbero compiuti per raggiungere traguardi in linea con le più rosee aspettative.

Il tasso di copertura raggiunge il suo massimo in Campania, Abruzzo, Valle D'Aosta, Marche, Molise con una evidente discontinuità positiva rispetto ad altre classifiche più penalizzanti. Tassi superiori alla media si registrano anche in Lombardia, Emilia-Romagna, Sardegna, Friuli- Venezia Giulia, Toscana, Puglia; deludente appare invece il risultato raggiunto nel Lazio, a giudicare dalle enormi potenzialità di questo bacino di utenza, che vede la presenza della città di Roma (Tab. 9.4).

# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

**MAPPA 9.4**  
**VARIAZIONE DELLE RICHIESTE DEGLI ENTI IN OCCASIONE DELLA GRF (VALORI PERCENTUALI).**  
**REGIONI ITALIANE, CONFRONTO 2015-2014.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**TABELLA 9.4**  
**RICHIESTE DEGLI ENTI IN OCCASIONE DELLA GRF.**  
**REGIONI ITALIANE, ANNO 2015.**

Regione	N. di confezioni richieste	N. di confezioni raccolte	Tasso di copertura %
Piemonte	128.176	48.156	37,6%
Valle D'aosta	3.096	1.964	63,4%
Lombardia	207.615	104.174	50,2%
Trentino-Alto Adige	20.784	5.344	25,7%
Veneto	74.348	30.660	41,2%
Friuli-Venezia Giulia	36.626	17.018	46,5%
Liguria	29.330	10.964	37,4%
Emilia-Romagna	64.711	34.501	53,3%
Toscana	33.728	15.566	46,2%
Umbria	17.038	6.368	37,4%
Marche	16.483	10.252	62,2%
Lazio	108.831	17.551	16,1%
Abruzzo	6.427	4.166	64,8%
Molise	922	557	60,4%
Campania	9.767	6.402	65,5%
Puglia	34.318	15.759	45,9%
Basilicata	8.231	2.358	28,7%
Calabria	9.658	3.542	36,7%
Sicilia	49.950	13.187	26,4%
Sardegna	11.014	5.501	49,9%
<b>ITALIA</b>	<b>871.053</b>	<b>353.991</b>	<b>40,6%</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

## 10 | I BENEFICIARI DEGLI AIUTI

Il complesso e intenso lavoro dei diversi attori che partecipano alla filiera della donazione dei farmaci è finalizzato a fornire un aiuto concreto alle migliaia di persone che non hanno un reddito sufficiente per sostenere tutte le spese necessarie per vivere in modo decente, tra cui figurano anche le spese sanitarie/farmaceutiche. Come si è visto nel primo capitolo, siamo di fronte a un fenomeno imponente, di grandi dimensioni e di enorme gravità, che coinvolge oltre 4 milioni di persone in stato di povertà assoluta, con problemi alimentari e abitativi oltre che sanitari. Il rapporto diretto con le persone indigenti è tenuto dagli enti caritativi che in modo stabile o occasionale fanno parte della rete Banco Farmaceutico; da questi enti provengono dunque le informazioni sui beneficiari dei loro aiuti, a cominciare dal loro numero, per seguire con il loro profilo anagrafico e sociale.

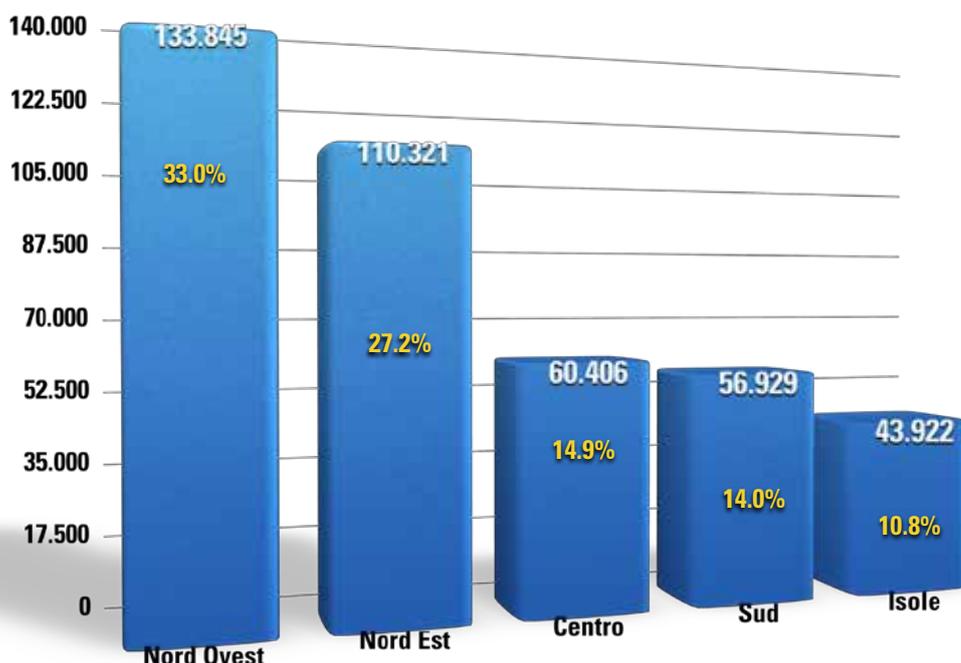
## PARTE TERZA

# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

Nel corso del 2014 il numero degli assistiti dichiarato dagli enti caritativi ha raggiunto la ragguardevole cifra di 405 mila persone, pari al 10% dei poveri assoluti ricalcolati dall'Istat sulla base del nuovo metodo di rilevazione.

Per effetto della maggior concentrazione dei centri di aiuto nelle ripartizioni del Nord, anche la distribuzione territoriale dei beneficiari segue un andamento simile: essi risultano più numerosi nelle regioni del Nord-Ovest (33%) e del Nord-Est (27%) e meno numerosi nelle Isole (11%) e nel Sud (14%) dove peraltro le persone in povertà assoluta sono maggiormente presenti (Fig. 10.1).

**FIGURA 10.1**  
**NUMERO DI BENEFICIARI E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER RIPARTIZIONE.**  
**ANNO 2015.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Considerando il peso percentuale degli assistiti rispetto ai poveri residenti nel medesimo territorio troviamo che nel Mezzogiorno, dove risiedono più poveri e l'incidenza della povertà è più elevata (cfr. cap. 1), il tasso di aiuto si attesta sul 5,5% (inferiore alla media); nel Nord, dove l'incidenza della povertà è minore, il tasso di aiuto si attesta sul 15,5%, con un rapporto di 3 a 1 rispetto al Mezzogiorno (Tab. 10.1).

Questo paradosso aiuta a riflettere sull'impossibilità delle organizzazioni non profit di provvedere da sole alle sfide della povertà diffusa e sulla necessità che le istituzioni pubbliche facciano fino in fondo la loro parte, attivando misure economiche e servizi territoriali adeguati ai bisogni, senza scaricare sulle strutture caritative il peso di una sfida impari, adottando una "sussidiarietà capovolta". La sussidiarietà orizzontale produce effetti virtuosi quando si realizza una integrazione tra istituzioni e privato-sociale senza deleghe improprie e fuga dalle rispettive responsabilità.

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

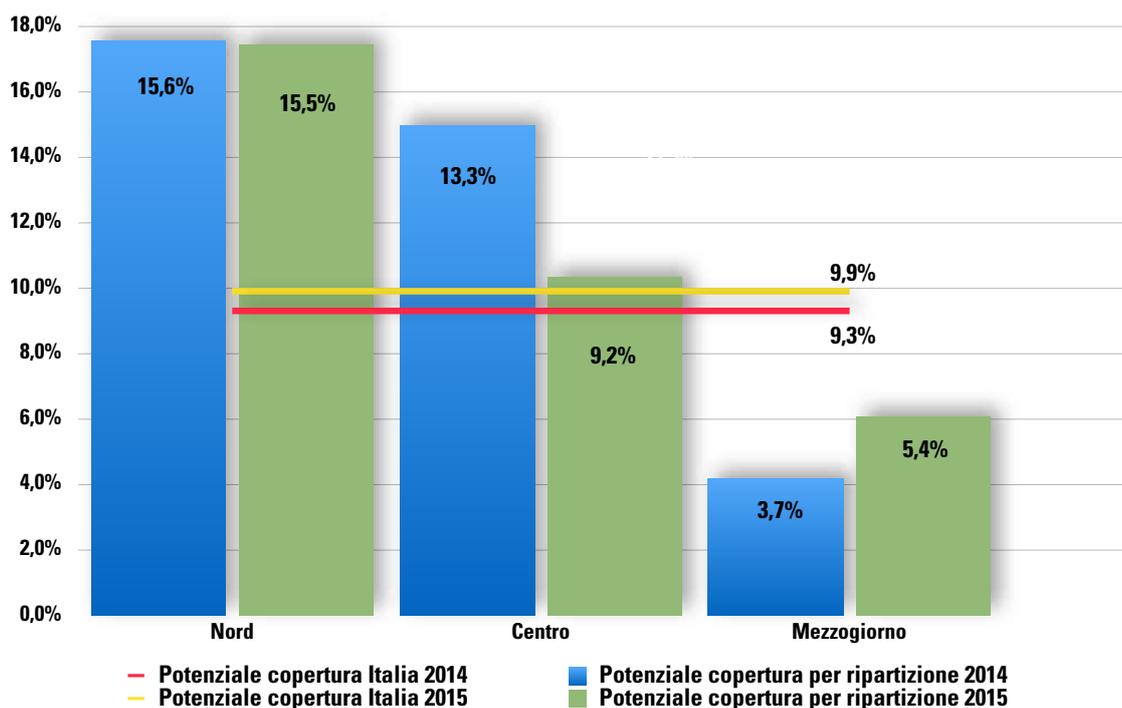
**TABELLA 10.1**  
**POTENZIALE COPERTURA: RAPPORTO UTENTI / INDIVIDUI IN POVERTÀ ASSOLUTA.**  
**RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNO 2015.**

	Individui in povertà assoluta 2014	Utenti 2015	Potenziale copertura per ripartizione 2015
<b>Nord</b>	1.578.000	244.166	15,5
<b>Centro</b>	658.000	60.406	9,2
<b>Mezzogiorno</b>	1.866.000	100.851	5,4
<b>ITALIA</b>	4.102.000	405.423	9,9

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

Nel Mezzogiorno, il rapporto tra utenti e individui in povertà assoluta nelle singole macro-aree è leggermente migliorato tra il 2014 e il 2015, vi è però stato un peggioramento nelle regioni del Centro (dal 13,3% al 9,2%) a fronte di una sostanziale stabilità nel Nord (Fig. 10.2).

**FIGURA 10.2**  
**POTENZIALE COPERTURA: RAPPORTO UTENTI / INDIVIDUI IN POVERTÀ ASSOLUTA.**  
**RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNI 2014 E 2015.**



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

La correlazione inversa tra numero di assistiti e numero di poveri deriva dal fatto che i farmaci raccolti in un determinato territorio vengono prevalentemente distribuiti secondo un principio di prossimità, ovvero secondo un criterio di self-help che dalle singole comunità di donatori giunge agli enti caritativi e da questi agli indigenti residenti nello stesso bacino territoriale. La logica della prossimità convive in realtà con l'adozione anche di un approccio redistributivo dal parte del Banco Farmaceutico, specie per quanto riguarda i farmaci provenienti dalle aziende, ma in questo caso vengono coinvolti solo gli enti di maggiori dimensioni (57), anch'essi non equamente distribuiti sull'intero territorio nazionale.

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

Il processo appena descritto risulta analiticamente confermato dalla distribuzione degli assistiti per regione, che vede nelle prime posizioni la Lombardia, il Veneto e l'Emilia-Romagna (a pari merito), il Piemonte, la Sicilia, il Lazio, la Puglia (Tab. 10.2 e Fig. 10.3).

**TAB 10.2**  
**NUMERO DI BENEFICIARI E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER REGIONE.**  
**ANNO 2015.**

Cod istat	Regione	Numero beneficiari	Distribuzione % beneficiari
1	Piemonte	42.784	10,6
2	Valle D'aosta	958	0,2
3	Lombardia	76.563	18,9
4	Trentino-Alto Adige	5.557	1,4
5	Veneto	45.040	11,1
6	Friuli-Venezia Giulia	14.747	3,6
7	Liguria	13.540	3,3
8	Emilia-Romagna	44.977	11,1
9	Toscana	16.947	4,2
10	Umbria	2.688	0,7
11	Marche	6.691	1,7
12	Lazio	34.080	8,4
13	Abruzzo	4.140	1,0
14	Molise	1.733	0,4
15	Campania	8.924	2,2
16	Puglia	32.553	8,0
17	Basilicata	2.463	0,6
18	Calabria	7.116	1,8
19	Sicilia	36.778	9,1
20	Sardegna	7.144	1,8
	<b>ITALIA</b>	<b>405.423</b>	<b>100,0</b>

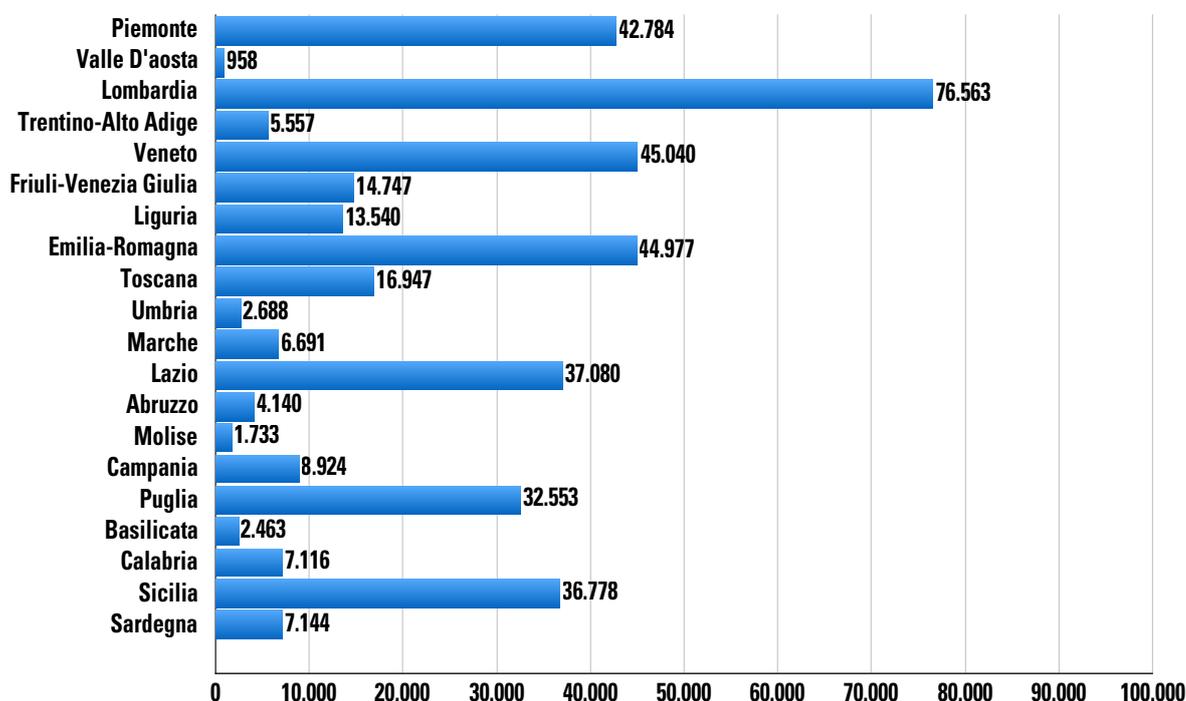
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Nota: Ai 39 enti con informazione mancante è stato applicato il dato medio di 247 individui assistiti

Rapportando il numero dei beneficiari in ciascuna regione con il corrispondente numero di enti, si evidenzia come ciascun ente caritativo assista mediamente 247 indigenti con valori superiori alla media nel Lazio (con 609 indigenti per ente), in Sicilia (593), Molise (433), Trentino-Alto Adige (370); in secondo luogo notiamo – sulla base dei medesimi dati - che in queste stesse regioni prevalgono, mediamente, enti di grandi dimensioni, mentre nelle restanti regioni prevalgono enti di dimensioni medio-piccole, maggiormente distribuiti sul loro territorio e dunque in grado di svolgere un servizio più capillare e accessibile (Tab. 10.4 e Mappa 10.1).

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**FIGURA 10.3**  
**NUMERO DI BENEFICIARI E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER REGIONE.**  
**ANNO 2015**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

**TABELLA 10.4**  
**DISTRIBUZIONE DEI BENEFICIARI E NUMERO MEDIO DI BENEFICIARI PER ENTE. REGIONI ITALIANE.**  
**ANNO 2015.**

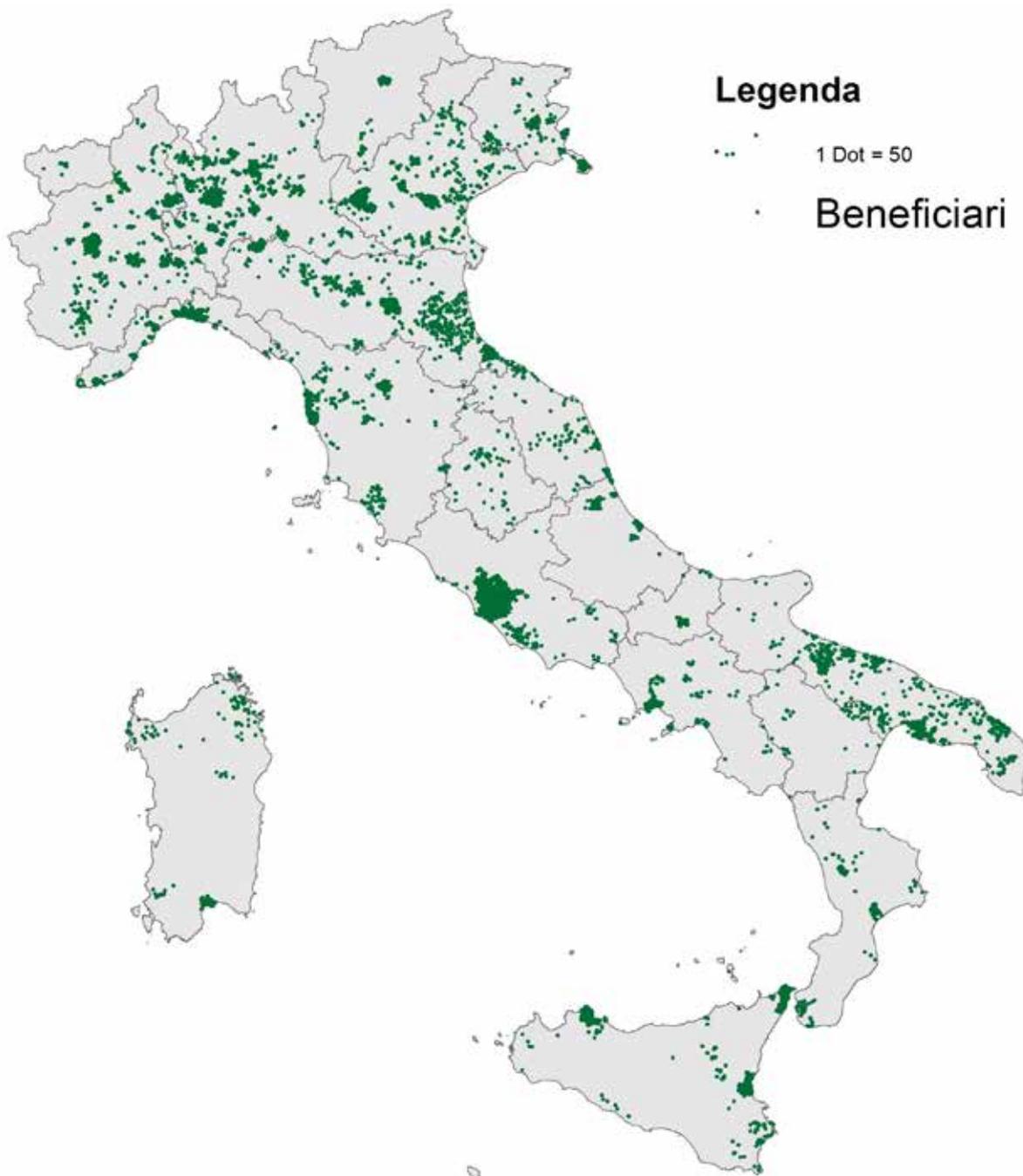
Regione	Numero beneficiari	Distribuzione % beneficiari	Numero enti	Numero medio beneficiari per ente
Piemonte	42.784	10,6	178	240
Valle D'aosta	958	0,2	9	106
Lombardia	76.563	18,9	351	218
Trentino-Alto Adige	5.557	1,4	15	370
Veneto	45.040	11,1	140	322
Friuli-Venezia Giulia	14.747	3,6	97	152
Liguria	13.540	3,3	64	212
Emilia-Romagna	44.977	11,1	202	223
Toscana	16.947	4,2	90	188
Umbria	2.688	0,7	43	63
Marche	6.691	1,7	76	88
Lazio	34.080	8,4	56	609
Abruzzo	4.140	1,0	20	207
Molise	1.733	0,4	4	433
Campania	8.924	2,2	40	223
Puglia	32.553	8,0	96	339

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

<b>Basilicata</b>	2.463	0,6	21	117
<b>Calabria</b>	7.116	1,8	39	182
<b>Sicilia</b>	36.778	9,1	62	593
<b>Sardegna</b>	7.144	1,8	38	188
<b>ITALIA</b>	<b>405.423</b>	<b>100,0</b>	<b>1642</b>	<b>247</b>

Fonte: sistema di monitoraggio FBF  
 Nota: Ai 39 enti con informazione mancante è stato applicato il dato medio di 247 individui assistiti.

**MAPPA 10.1**  
**DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DEI BENEFICIARI. COMUNI ITALIANI.**  
**ANNO 2015**



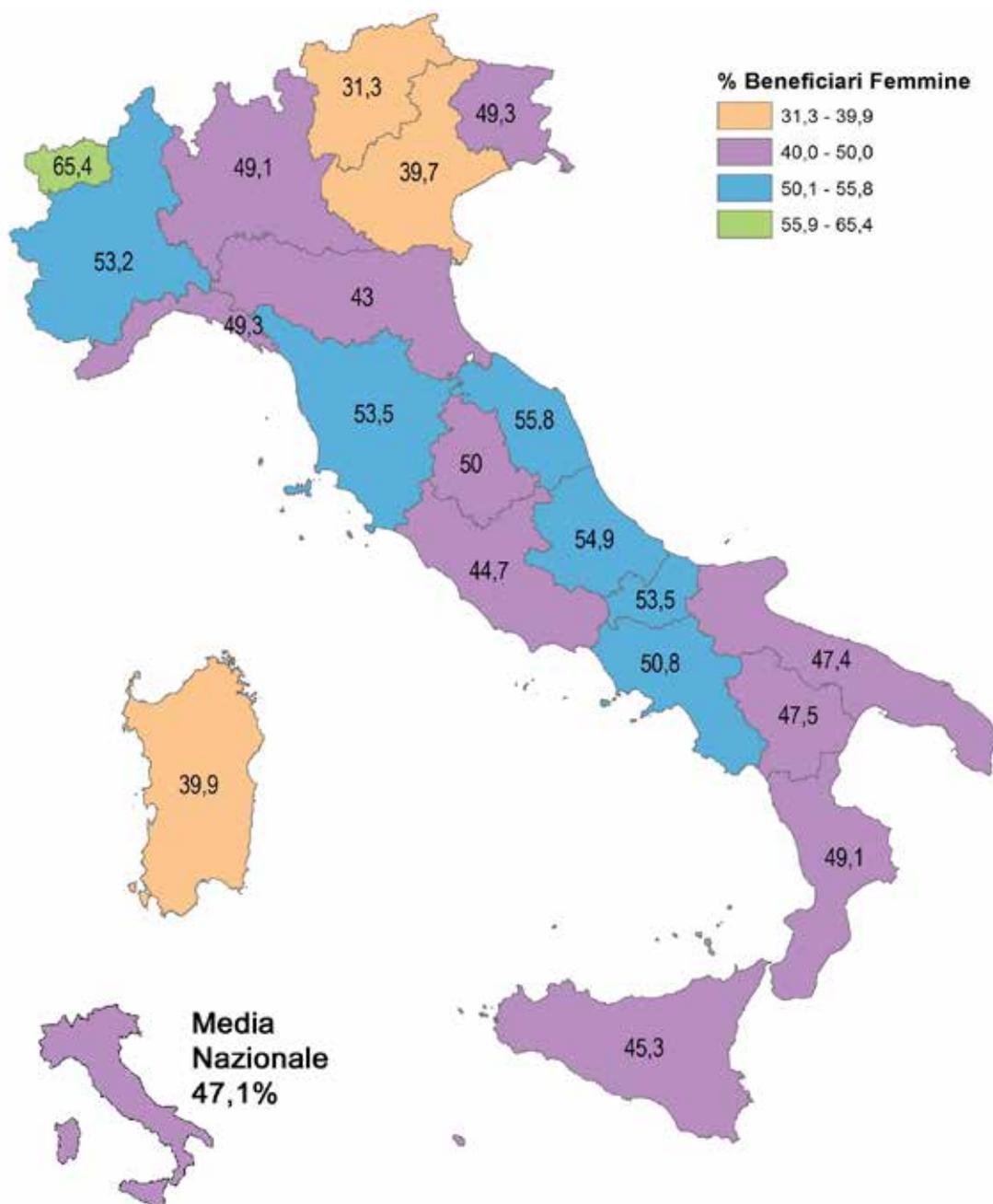
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

Anche questa serie di dati documenta che l'insediamento territoriale degli enti caritativi specificamente impegnati nel contrasto della povertà sanitaria non segue in modo lineare il criterio della "domanda" (più enti dove ci sono più poveri), bensì innanzitutto il criterio della "imprenditività sociale" che risulta più diffusa nei territori "più ricchi" di tradizioni solidaristiche che nel corso degli anni hanno generato molte opere sociali ed assistenziali di matrice religiosa e laica.

Nell'ambito delle informazioni che il Banco Farmaceutico richiede agli enti convenzionati figura anche la composizione degli intervistati per sesso e per nazionalità. La composizione per sesso degli assistiti mostra una lieve prevalenza degli uomini sulle donne (53 vs. 47%) a livello nazionale, con però sensibili differenze regionali le cui cause non risultano auto-evidenti. Gli uomini superano le donne in Trentino Alto-Adige, Veneto, Sardegna, Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia, Puglia, Basilicata; le donne prevalgono invece in Valle d'Aosta, Marche, Abruzzo, Molise (Mappa 10.2).

**MAPPA 10.2**  
**COMPOSIZIONE % DEI BENEFICIARI PER SESSO. REGIONI ITALIANE. ANNO 2015.**

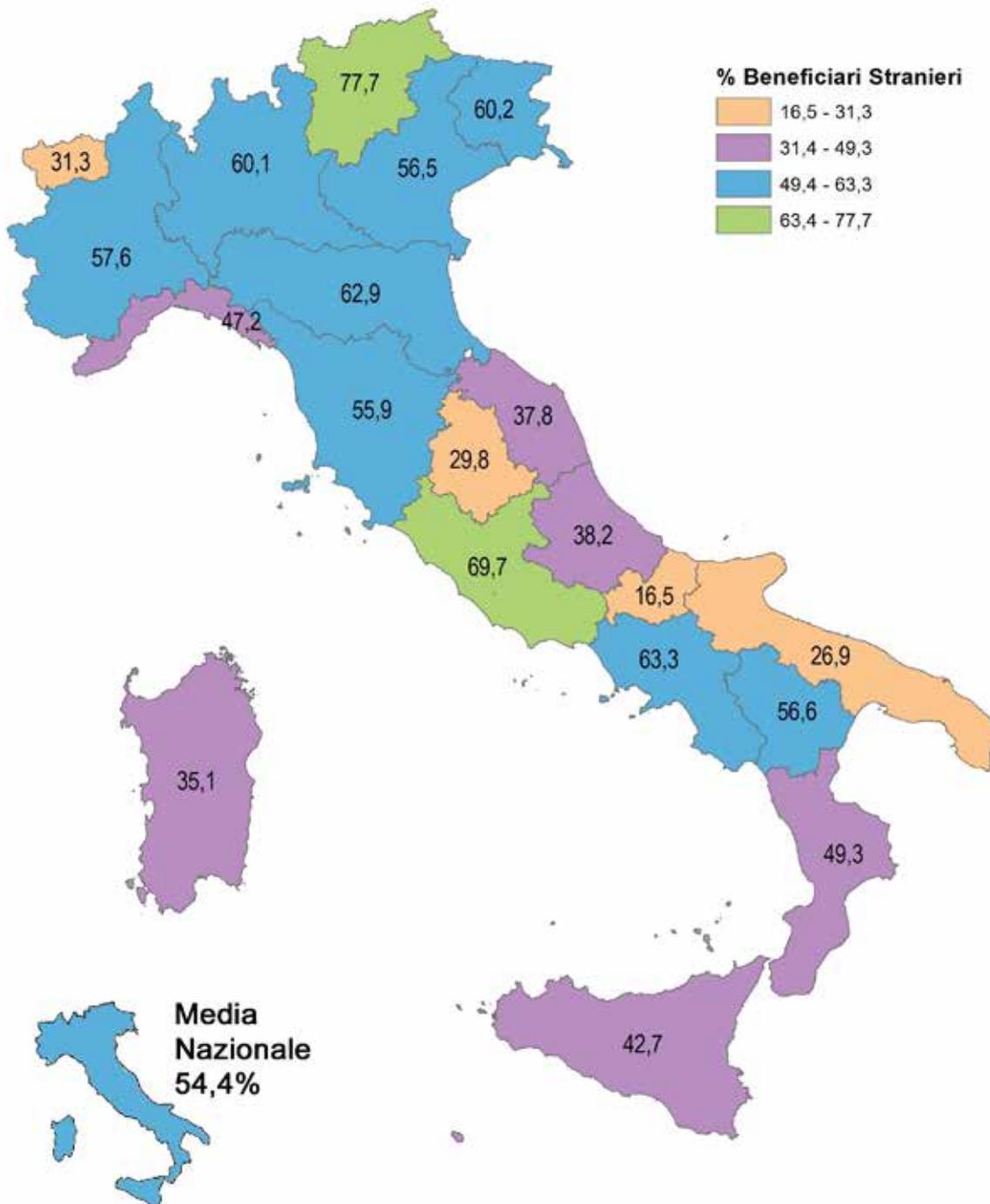


Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

Una possibile spiegazione di questo andamento potrebbe giungere dalla composizione per cittadinanza degli assistiti nell'ipotesi che gli assistiti stranieri siano prevalentemente di sesso maschile e che la loro maggiore o minore incidenza sposti la bilancia da un lato o dall'altro. In effetti, gli stranieri rappresentano il 54% degli assistiti su base nazionale e risultano più numerosi in 10 regioni su 20; l'associazione tra prevalenza di maschi e prevalenza di stranieri risulta confermata solo in 5 regioni - Emilia-Romagna, Marche, Abruzzo, Molise, Basilicata - risulta invece smentita in 7 regioni, ovvero in Piemonte, Valle d'Aosta, Toscana, Campania, Puglia, Sicilia, Sardegna (Mappa 10.3).

**MAPPA 10.3**  
**COMPOSIZIONE % DEI BENEFICIARI PER CITTADINANZA. REGIONI ITALIANE. ANNO 2015.**

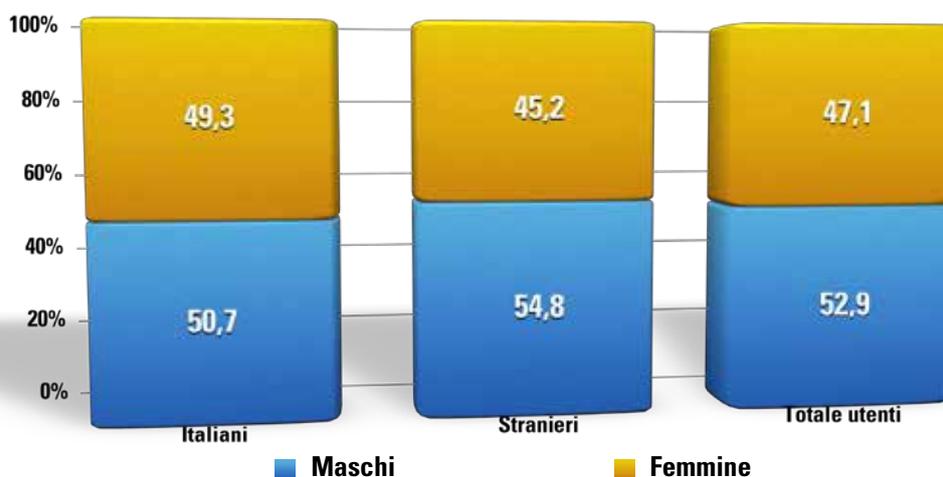


Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Questa assenza di regolarità empiriche lascia aperta la risposta all'interrogativo iniziale e rimanda verosimilmente ad una serie di specificità puntiformi non riconducibili a generalizzazioni.

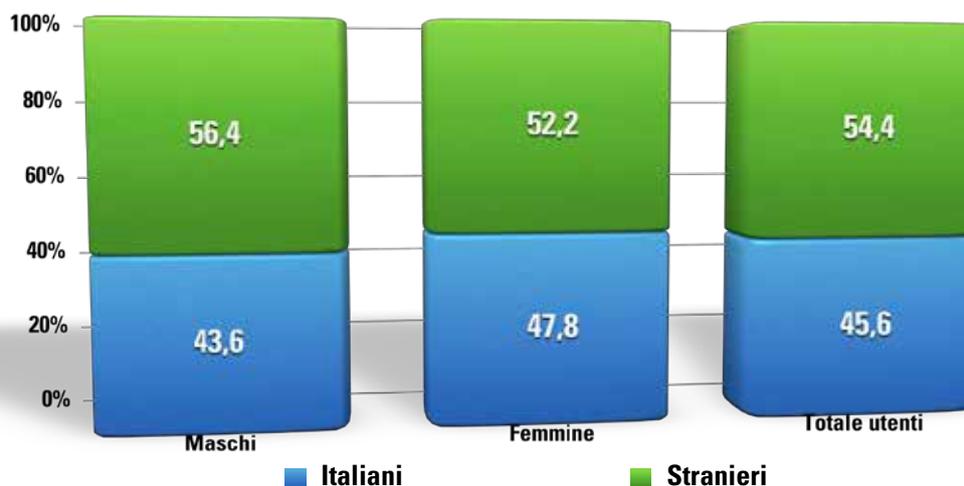
L'incrocio tra i dati relativi alla composizione dei beneficiari per sesso e per cittadinanza conferma, in primo luogo, l'ipotesi della prevalenza degli uomini (55%) nel sottogruppo degli stranieri e la sostanziale parità uomini-donne nel sottogruppo italiano (Fig. 10.4); in secondo luogo, evidenzia che le straniere prevalgono sugli italiani tanto nel sottogruppo maschile quanto in quello femminile (Fig. 10.5).

**FIG. 10.4**  
COMPOSIZIONE PER GENERE DEI BENEFICIARI DIFFERENZIATI FRA ITALIANI E STRANIERI (VALORI %).  
ITALIA, ANNO 2015.



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

**FIGURA 10.5**  
COMPOSIZIONE PER CITTADINANZA DEI BENEFICIARI DIFFERENZIATI FRA MASCHI E FEMMINE (VALORI %).  
ITALIA, ANNO 2015.

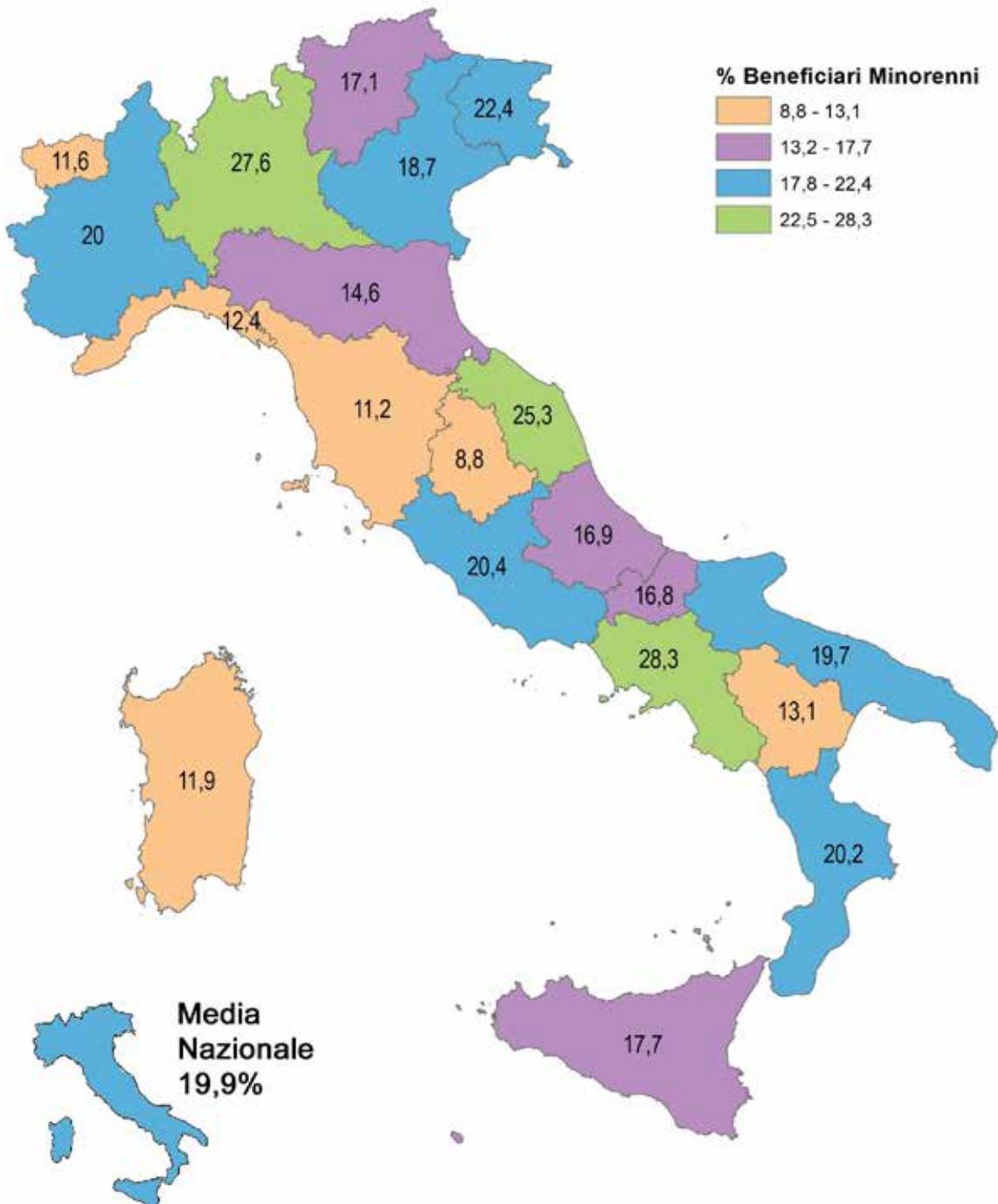


Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

La composizione dei beneficiari per classi di età e specificamente il focus sui soggetti in minore età e quelli in età anziana, conferma il “sorpasso” degli indigenti più giovani nei confronti degli indigenti più anziani, sia a livello nazionale (19,9% vs. 17,9%) sia in sette regioni - comprendenti Piemonte (20% vs. 15%), Lombardia (27,6% vs. 12,1%), Trentino Alto-Adige (17,1 vs. 5,9%), Friuli Venezia-Giulia (22,4% vs. 13,4%), Marche (25,3% vs. 24,2%), Lazio (20,4% vs. 15,9%), Campania (28,3 vs. 20,5%) - con scarti anche notevoli. (Mappe 10.4 - 10.5)

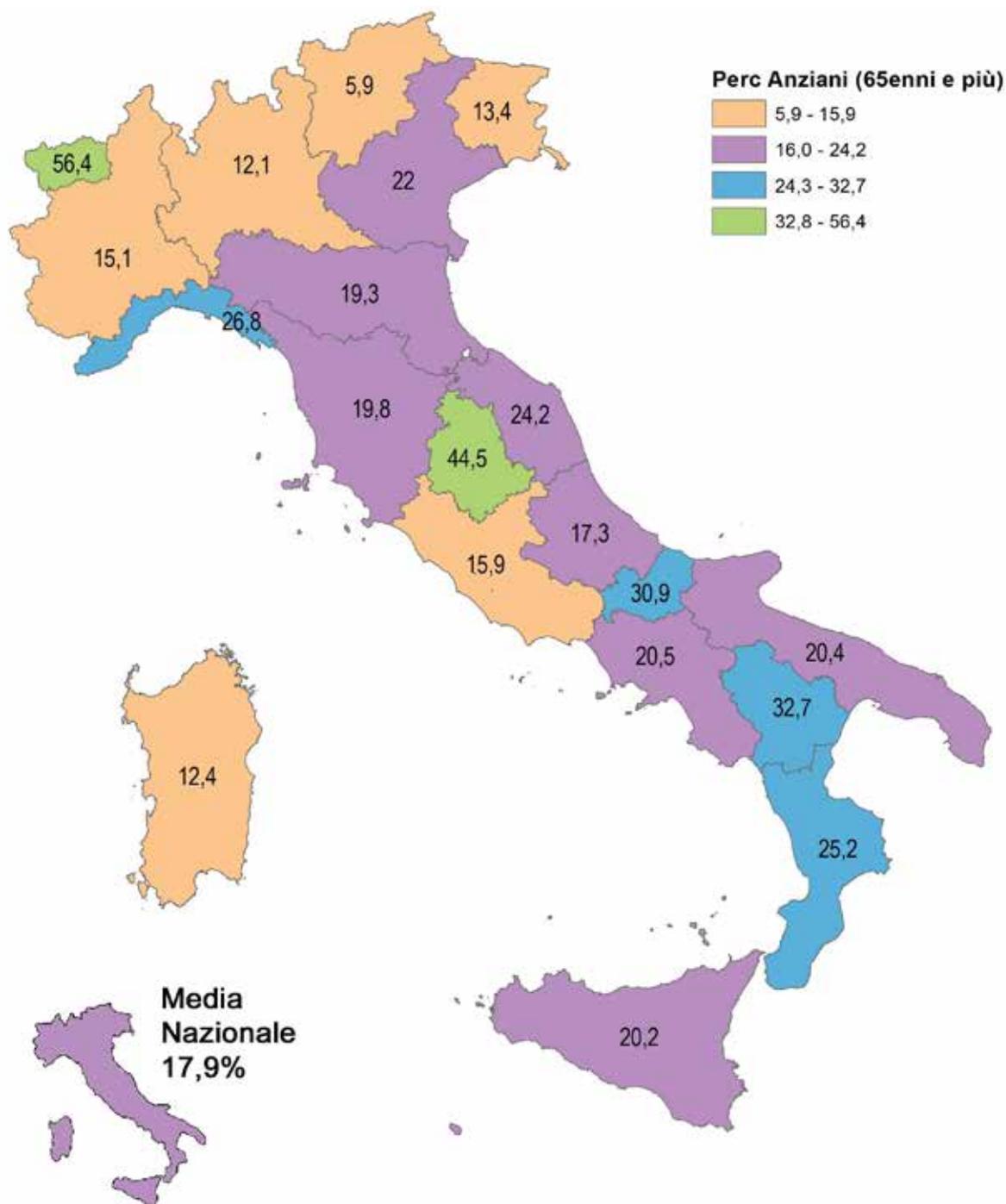
**MAPPA 10.4**  
**COMPOSIZIONE % DEI BENEFICIARI PER CLASSI DI ETÀ E REGIONE: I MINORENNI. REGIONI ITALIANE.**  
**ANNO 2015.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

## LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

**MAPPA 10.5**  
**COMPOSIZIONE % DEI BENEFICIARI PER CLASSI DI ETÀ E REGIONE: GLI ANZIANI. REGIONI ITALIANE.**  
**ANNO 2015.**



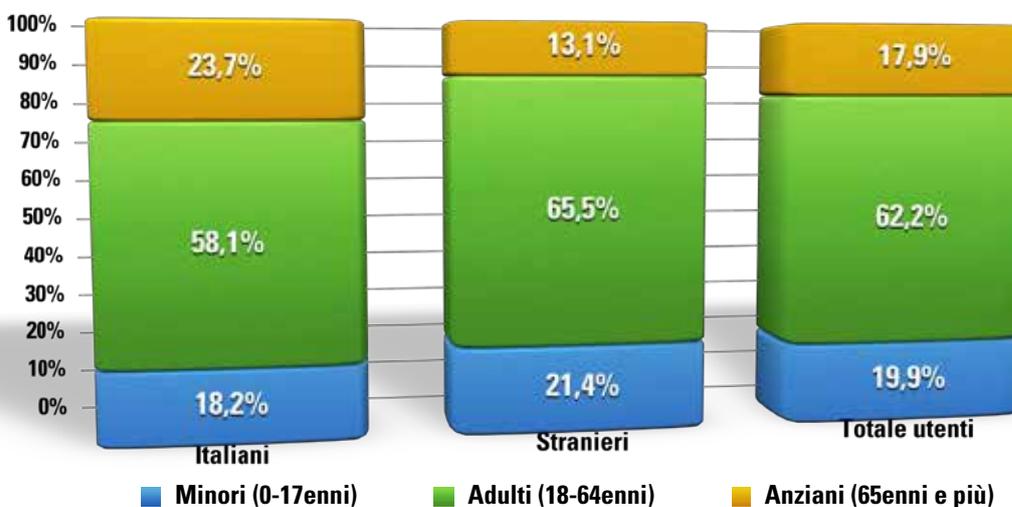
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

L'assistenza a un gruppo tanto numeroso di minori è spiegata dalla presenza di un gruppo ancor più numeroso e maggioritario di adulti (18-64 anni) tra cui figurano i padri e le madri dei più piccoli.

Come prevedibile, i minori assistiti sono più numerosi ed hanno un peso percentuale più elevato nel sottogruppo degli stranieri (21,4%) piuttosto che degli italiani (18,2%); meno prevedibile è però la ridotta distanza tra il sottogruppo dei minori italiani e quello dei minori stranieri, a conferma che la presenza di figli a carico costituisce un aggravio difficilmente sostenibile da parte di chi è povero (Fig. 10.6).

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

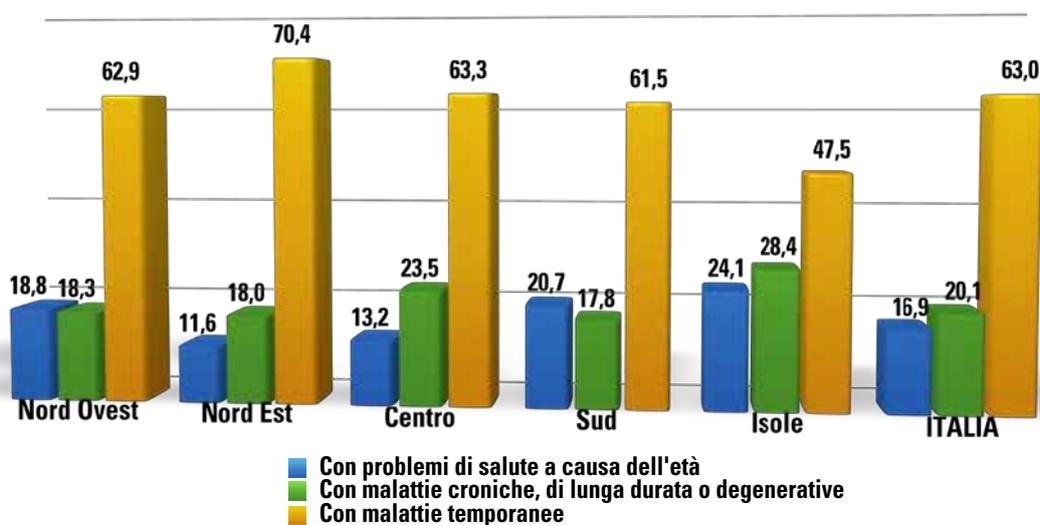
**FIGURA 10.6**  
**COMPOSIZIONE PER ETÀ DEI BENEFICIARI DIFFERENZIATI FRA ITALIANI E STRANIERI (VALORI %).**  
**ITALIA, ANNO 2015.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

A differenza di altre difficoltà materiali – come quelle economiche, alimentari, abitative – le difficoltà legate alla salute hanno più frequentemente un andamento temporaneo e possono dunque essere più facilmente superate e risolte, tranne che nei casi di cronicità. La conferma delle difficoltà temporanee viene dal dato incoraggiante che il 63% degli assistiti – a livello nazionale – ricorre a cure sanitarie per malattie acute, a fronte del 20% affetto da malattie di lunga durata e degenerative, cui si aggiunge un altro 17% che accusa problemi di salute a causa dell'età e dunque incorre in difficoltà ricorrenti, sempre più ravvicinate (Fig. 10.7).

**FIGURA 10.7**  
**COMPOSIZIONE DEI BENEFICIARI PER STATO DI SALUTE (VALORI %).**  
**RIPARTIZIONI ITALIANE, ANNO 2015.**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

## 11 | I VOLONTARI DELLA GRF: PROFILO E MOTIVAZIONI ALL'IMPEGNO

La Giornata di Raccolta del Farmaco non potrebbe avere luogo senza il contributo determinante di una rete molto capillare di persone che, in modo volontario, garantiscono la presenza nelle farmacie partecipanti. Anche in questa nuova edizione del Rapporto presentiamo alcuni elementi utili per costruire un profilo del volontario GRF, con una novità significativa rispetto alla precedente edizione: è stata infatti avviata quest'anno, in modo sperimentale ed esplorativo, una ricerca che ha coinvolto un campione casuale di volontari, grazie ai quali è possibile iniziare ad approfondire alcuni elementi di valore e motivazionali non disponibili nella scheda standard di rilevazione presenze utilizzate durante la Giornata di Raccolta di febbraio.

### Le dimensioni generali del fenomeno

Cominciamo dalla lettura dei dati complessivi, che ci permettono di avanzare una stima di circa 13.300 volontari, in discreta crescita (+3,1%) rispetto allo scorso anno.

Anche quest'anno, come già evidenziato nel precedente Rapporto, la distribuzione dei volontari stimati è diffusa sul territorio in misura quasi proporzionale alle farmacie e agli enti attivi nei singoli territori comunali e regionali (Mappa 11.1).

La distribuzione per ripartizione dei volontari che si sono impegnati nella GRF del 2015 si presenta ancora una volta con una grande concentrazione nelle regioni del Nord e in particolare nel Nord Ovest: qui si registra il 42% dei volontari, mentre il 26% è presente a Nord est (Tabella 11.1).

**TABELLA 11.1**  
**NUMERO DI VOLONTARI PARTECIPANTI ALLA GRF E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI VOLONTARI**  
**E DEL NUMERO DI ENTI PER RIPARTIZIONE.**  
**ANNO 2015.**

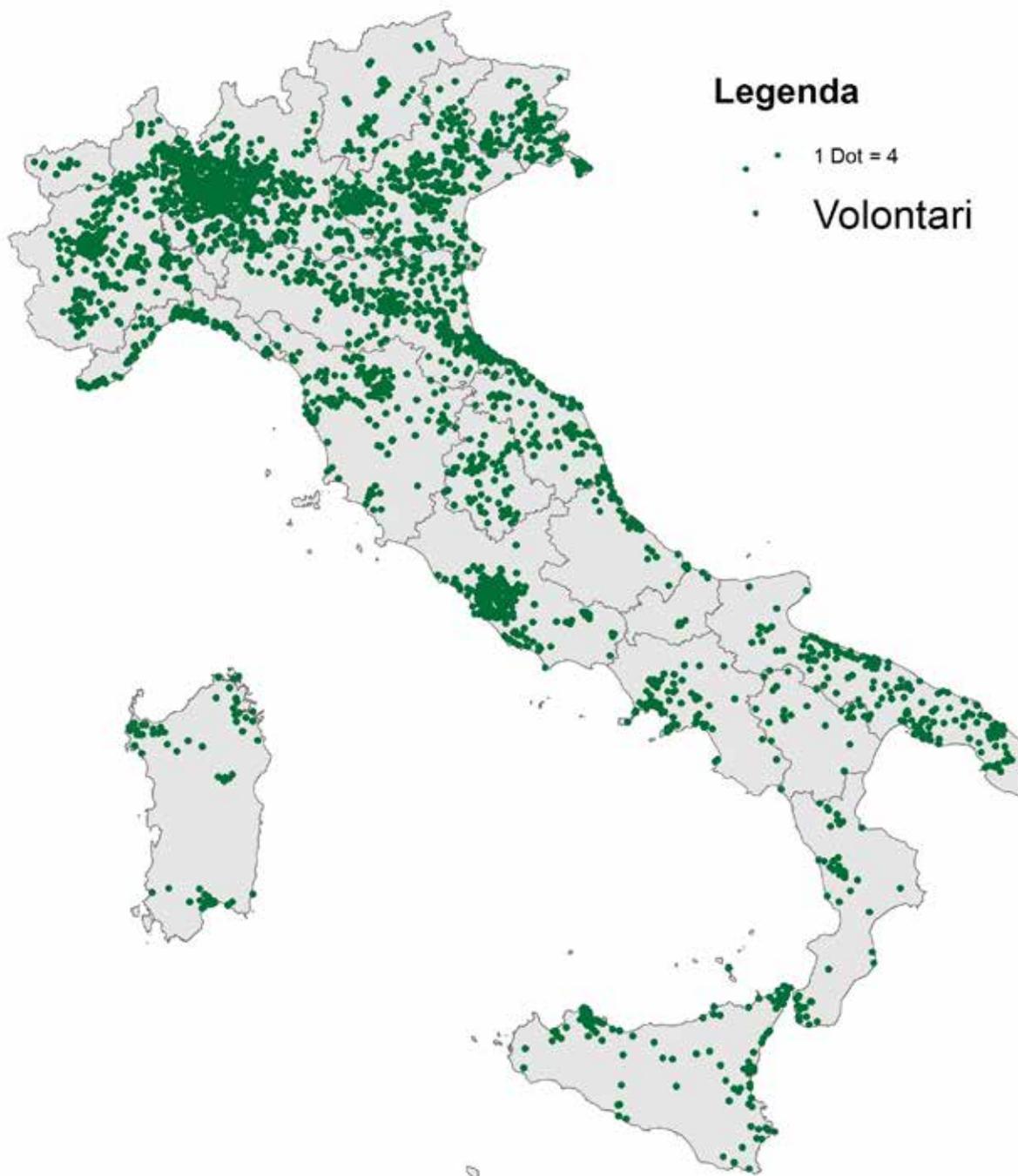
	Stima numero volontari	Distribuzione % volontari	Distribuzione % enti
<b>Nord Ovest</b>	5.575	42,0	36,7
<b>Nord Est</b>	3.466	26,1	27,7
<b>Centro</b>	2.026	15,2	16,1
<b>Sud</b>	1.417	10,7	13,4
<b>Isole</b>	798	6,0	6,1
<b>Totale</b>	13.290	100,0	100,0

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

La crescita dei volontari appare leggermente più contenuta rispetto all'anno precedente, in cui avevamo segnalato un aumento medio del 5,6%). Il dato più evidente è che la crescita si concentra appare fortemente disomogenea, con non poche regioni (Friuli-Venezia Giulia, Marche, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna) in diminuzione rispetto all'anno scorso. Al contrario, le quattro regioni storicamente più forti come quota di volontari, mostrano tassi di crescita decisamente evidenti. Vi è dunque un effetto di polarizzazione che aumenta la differenza di propensione alla gratuità tra le regioni italiane.

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

**MAPPA 11.1**  
**DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DEI VOLONTARI ADERENTI ALLA GRF 2014**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.



## PARTE TERZA

# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

### Il campione: profilo e motivazioni dei volontari GRF

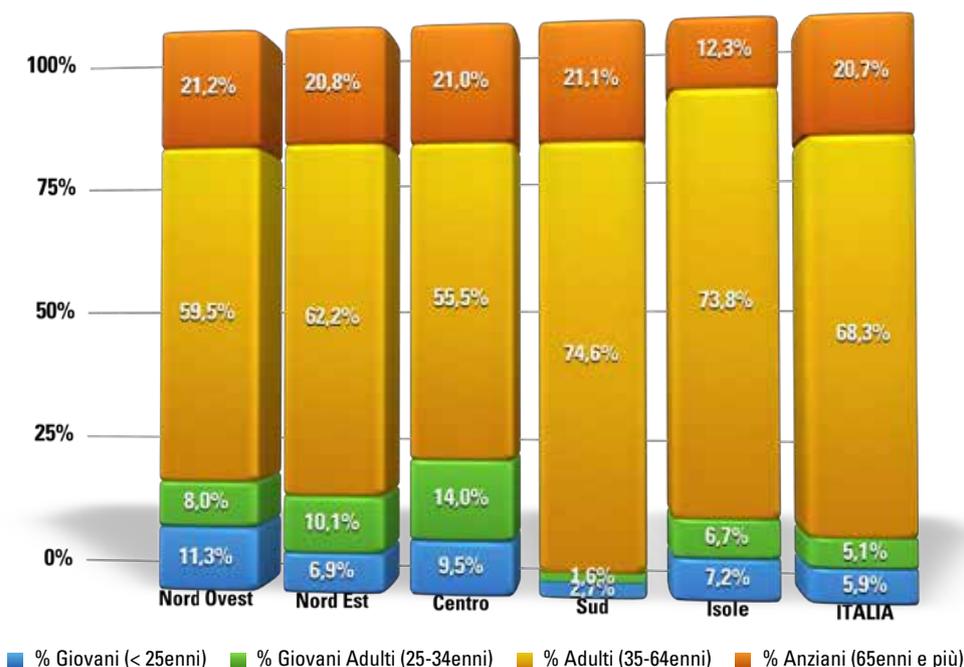
La scheda di rilevazione predisposto per la GRF raccoglie soltanto alcuni elementi strutturalmente rilevanti relativi al campione. Restano dunque aperte numerose domande di ricerca, relative alle dimensioni di valore presenti in questo particolare sottoinsieme del più ampio mondo del volontariato italiano.

Per questo motivo si è deciso quest'anno per la prima volta di effettuare un approfondimento specifico su un campione casuale di questo gruppo di persone, cui è stato sottoposto un questionario strutturato nei mesi di agosto e settembre<sup>10</sup>.

Il campione raccolto presenta una discreta aderenza all'universo stimato per quanto riguarda la collocazione geografica, che appare perfettamente proporzionale per il Nord (che, come si è visto, rappresenta la parte ampiamente maggioritaria) e lievemente sbilanciata per quanto riguarda le altre aree del Paese.

Il campione di volontari così selezionato presenta una netta prevalenza di donne, che rappresentano il 55,1% del totale. La rappresentanza per fasce di età vede una scarsa presenza di giovani (6,9%) e una concentrazione molto forte nelle fasce centrali: tra i 45 e i 64 anni ci sono infatti oltre la metà di tutti i volontari (precisamente il 53,7%).

**FIGURA 11.1**  
**COMPOSIZIONE DEI VOLONTARI PARTECIPANTI ALLA GRF 2014 PER CLASSE D'ETÀ.**  
**RIPARTIZIONI (VALORI %)**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Vi è per altro da notare una notevole differenziazione per aree geografiche del Paese, come si può notare dalla figura 11.2: giovani e giovani-adulti sono praticamente assenti nel Sud e poco presenti anche nelle Isole, mentre nel resto del Paese vi è un effetto di polarizzazione molto forte (giovani – anziani) che

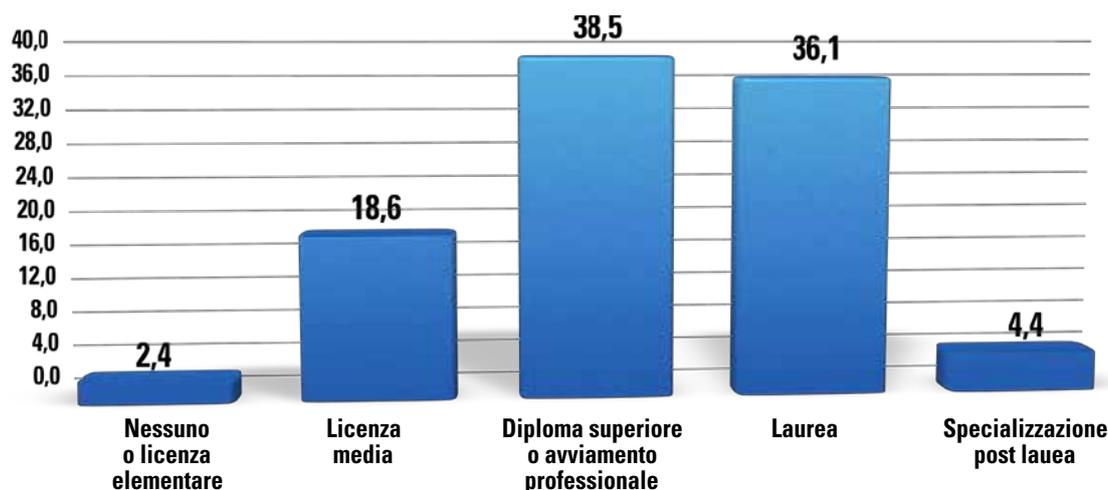
10. A fine agosto sono stati raccolti 134 questionari in forma cartacea, nell'ambito della manifestazione "Meeting per l'amicizia tra i popoli" di Rimini. Nel mese di settembre si è poi proceduto ad effettuare una web survey con metodo CAWI, utilizzando gli indirizzi mail delle persone che nel corso delle ultime tre edizioni della GRF avevano apposto il loro indirizzo nell'ambito del formulario utilizzato per l'anagrafica nel corso della Giornata stessa. Con questa seconda modalità sono state raccolte altre 893 risposte, per un totale complessivo di 1.027 questionari.

PARTE TERZA  
**LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI**

abbassa sensibilmente le percentuali (pur maggioritarie) di persone delle fasce di età centrali.

Alla composizione per fasce d'età si legano direttamente il profilo dei volontari per titolo di studio e per condizione occupazionale: il volontario-tipo della GRF presenta un capitale umano decisamente elevato, con addirittura il 36,1% di laureati cui si devono aggiungere il 4,4% con una specializzazione post laurea (Figura 11.3).

**FIGURA 11.2**  
**DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI VOLONTARI PARTECIPANTI ALLA GRF 2014 PER TITOLO DI STUDIO.**  
**ITALIA, ANNO 2014**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Infine la tabella 11.3 ci restituisce il profilo della condizione professionale dei volontari, fortemente differenziato in ragione della forte variabilità per età che abbiamo appena descritto. Prevalgono i lavoratori a tempo indeterminato (33%), i pensionati (24,3%) e gli studenti (17%). Colpisce ancora una volta la presenza, nel 5% dei casi, di persone in cerca di occupazione, che dunque al tempo stesso vivono un bisogno e ne condividono operativamente la possibilità di risposta, seppur parziale, rappresentata dalla Giornata di Raccolta.

**TABELLA 11.3**  
**DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI VOLONTARI PARTECIPANTI ALLA GRF PER CONDIZIONE OCCUPAZIONALE.**  
**ITALIA, ANNO 2015**

Condizione occupazionale	Distribuzione %
Dipendente a tempo indeterminato	32,9
Dipendente a tempo determinato	3,9
Lavoratore Atipico (Co.Co.Pro.)	1,4
Lavoratore Autonomo	4,9
Lavoratore Interinale	0,2
Disoccupato	5,0
In cerca di prima occupazione	1,2
Pensionato con altri lavori retribuiti	2,5

## PARTE TERZA

# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

<b>Pensionato senza altri lavori retribuiti</b>	21,8
<b>Casalunga</b>	9,0
<b>Studiante</b>	17,0
<b>Totale</b>	100,0

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

### Motivazioni e opinioni

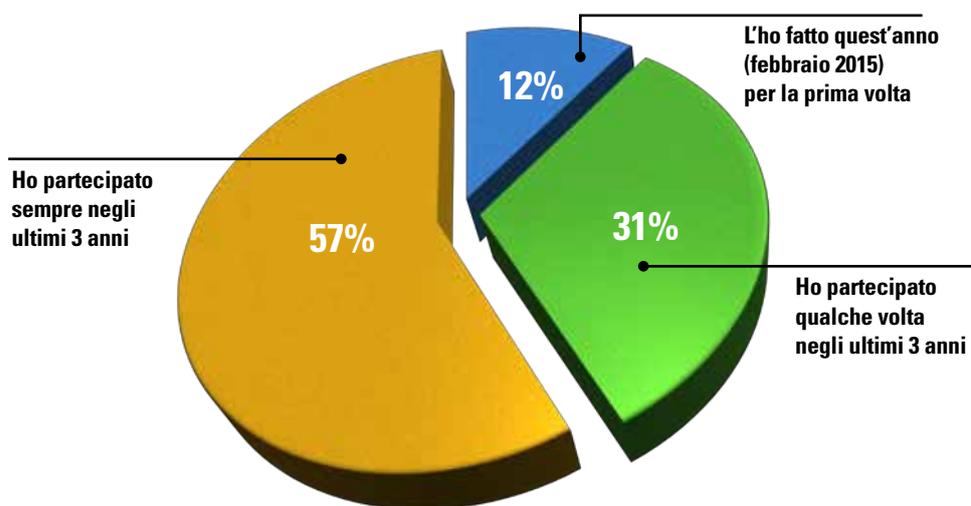
Questo dunque il profilo generale del campione. Approfondiamo ora alcuni elementi legati alle dimensioni motivazionali ed esperienziali.

Il primo elemento valutabile è il grado di fedeltà all'esperienza della Giornata di Raccolta (fig. 11.4). Più della metà del campione (il 57%) ha partecipato a tutte e tre le edizioni, mentre il 12% rappresenta la quota di neofiti: una percentuale piuttosto consistente che dice di una capacità di attrazione ancora elevata da parte di questa manifestazione. Tenendo in considerazione soltanto gli elementi sociografici risultati robustamente correlati dal punto di vista statistico<sup>11</sup>, possiamo provare ad evidenziare gli elementi che caratterizzano i due gruppi dei "fedelissimi" e dei "neofiti":

**Fedelissimi:** in questo gruppo si trovano in larga maggioranza uomini, con una presenza crescente al crescere dell'età e conseguentemente con una più significativa presenza di persone coniugate o vedove, e con condizioni professionali variegata ma con un'ampia prevalenza di pensionati e lavoratori a tempo indeterminato.

**Neofiti:** in questo caso vi sono in prevalenza donne, soprattutto delle classi di età inferiori ai 44 anni e con una forte presenza di studenti, con profili di stato civile molto misti ma con una prevalenza di persone conviventi e celibi,

**FIGURA 11.4**  
**LIVELLO DI PARTECIPAZIONE ALLE ULTIME TRE EDIZIONI DELLA GRF (VALORI %)**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

11.. Significatività al test del chi quadro < 0,05.

I giudizi di merito sull'esperienza vissuta rappresentano un buon test sul vissuto personale dei volontari rispetto ad una esperienza che, come ricordano molti studi effettuati in questi anni, rappresenta sempre un investimento esistenziale il cui primo "ritorno" è legato al grado di soddisfazione / insoddisfazione che lascia nella persona. La tabella 11.4 ci restituisce un quadro complessivamente molto confortante: vi è un giudizio complessivamente positivo rispetto a tutte le aree relazionali indagate. La soddisfazione più elevata si ha con riferimento ai rapporti con il responsabile locale della Giornata, che raccogliere un giudizio di estrema positività nel 78,1% dei casi, mentre leggermente più basso (69,7%) è il livello massimo di gradimento per il rapporto con i farmacisti. Positivo è complessivamente anche il rapporto con l'utenza, ma in questo caso vi è una larga prevalenza di giudizio "abbastanza positivo", a sottolineare probabilmente una maggior difficoltà di relazione. In quest'ultimo caso la variabile biografica che appare più chiaramente correlata alla difficoltà di rapporto con l'utenza è l'età: sono soprattutto le persone tra i 45 e i 64 anni ad aver dichiarato giudizi meno positivi su questo aspetto.

**TABELLA 11.4**  
**DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI VOLONTARI PARTECIPANTI ALLA GRF**  
**PER GIUDIZIO DI ALCUNI ASPETTI RELAZIONALI DELL'ULTIMA GRF CUI HA PARTECIPATO.**  
**ANNO 2015**

	Rapporto con il responsabile locale Banco Farmaceutico	Rapporto con i farmacisti (informazioni e supporto)	Disponibilità e interesse dei clienti della farmacia
<b>Molto negativo</b>	,5	,3	
<b>Abbastanza negativo</b>	1,5	1,8	4,1
<b>Abbastanza positivo</b>	15,9	27,9	73,9
<b>Molto positivo</b>	78,1	69,7	21,5
<b>Non so</b>	4,0	,3	,4

Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Sulla partecipazione a questo importante gesto annuale di carità incidono evidentemente motivazioni molto differenziate. Quella prevalente nel campione è la volontà di aiuto verso l'altro bisognoso (52,8%), seguito in termini di rilevanza dalla motivazione legata ad una risposta di fronte alla "chiamata" dell'associazione o del Movimento di appartenenza (42,8%). Poco diffusa è invece la motivazione, a maggior tasso di giustificazione astratta di stampo ideologico-sociale, legata alla volontà di migliorare la società (solo l'11,8% dei casi).

Anche in questo caso proviamo ad individuare quali siano gli elementi che meglio caratterizzano ciascuna tendenza motivazionale.

"Aiutare chi ha bisogno" è una motivazione assolutamente trasversale: non si notano infatti particolari correlazioni relativamente alle principali variabili sociografiche utilizzate.

"Migliorare la società" vede un unico elemento di significatività ed è quello legato allo stato civile: su questa risposta si nota un addensamento di persone che vivono una convivenza o alternativamente che si dichiarano separati o divorziati.

La scelta legata alla necessità di vivere "esperienze gratificanti", dunque maggiormente connessa a elementi di tipo autorealizzativo, si presenta con maggior evidenza tra gli uomini, tra i giovani sotto i 24 anni, e di conseguenza è maggioritaria tra i celibi.

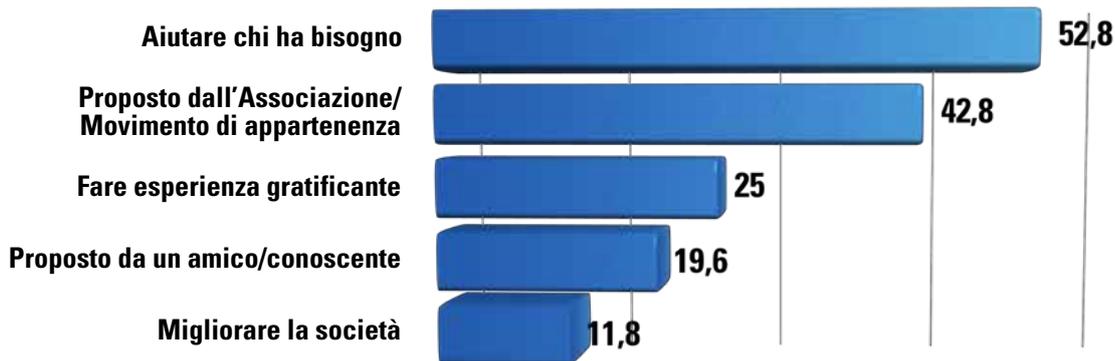
## PARTE TERZA

# LA FILIERA DELLA DONAZIONE FARMACI

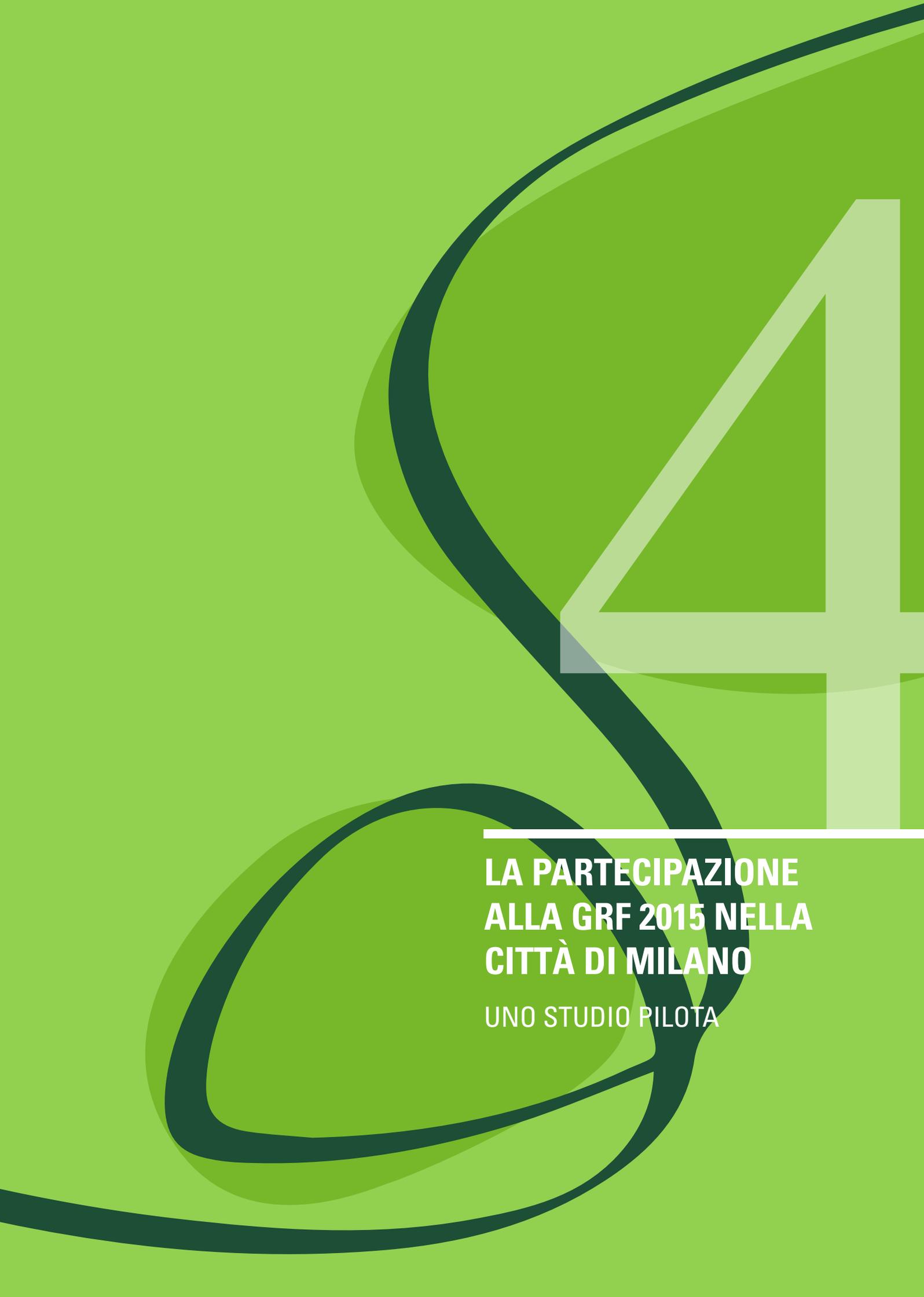
La scelta di tipo relazionale, perché “mi ha invitato un amico/ conoscente”, è più presente tra i giovani adulti (25-34 anni) e tra le persone disoccupate.

Infine, l’adesione di appartenenza, come risposta alla proposta di un’associazione o movimento, appare fortemente correlata all’età (al crescere della quale cresce questo tipo di motivazione) e conseguentemente presenta il maggior numero di persone coniugate o vedove.

**FIGURA 11.5**  
**MOTIVAZIONI PREVALENTI PER L’IMPEGNO NELLA GRF**  
**(POSSIBILI 2 RISPOSTE) (VALORI %)**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.



---

**LA PARTECIPAZIONE  
ALLA GRF 2015 NELLA  
CITTÀ DI MILANO**

UNO STUDIO PILOTA

## 12 | LA GRF 2015 A MILANO

Come già si è avuto modo di osservare, i risultati della GRF dipendono dal tasso di coinvolgimento delle farmacie e dei donatori potenziali che in via principale coincidono con i residenti nel bacino di utenza delle farmacie, senza trascurare i donatori in transito nel bacino dove non risiedono.

Utilizzando le potenzialità delle tecniche di rappresentazione territoriale dei dati, si è deciso – in via sperimentale – di approfondire l'andamento della GRF 2015 nella città di Milano, per illustrare la relazione tra il numero di farmacie coinvolte, la loro collocazione territoriale, la partecipazione dei donatori potenziali in rapporto ai donatori effettivi, misurati sulla base del numero di farmaci raccolti nei diversi bacini territoriali.

### Farmacie, quartieri, popolazione

Al momento della GRF 2015, nel comune di Milano risiedevano 1.337.155 persone e operavano 421 farmacie con in media 3176 residenti per bacino di utenza; le farmacie che hanno aderito alla GRF sono state 205, con un tasso di adesione pari al 48,7%, tra i più elevati d'Italia. Rispetto alla GRF 2014 hanno aderito 8 farmacie in più con un aumento del 4%. Nel complesso sono state raccolte 20.645 confezioni, corrispondenti ad una media di 101 unità per farmacia. Nell'ipotesi che ad ogni confezione corrisponda un singolo donatore si può dire che alla GRF ha partecipato l'1,5% dei residenti totali (Tab. 12.1).

**TABELLA 12.1**  
**GRF 2015 A MILANO: DATI DI SINTESI**

<b>Popolazione residente 1.1.2015</b>	1.337.155
<b>N. farmacie totali</b>	421
<b>N. farmacie aderenti alla GRF</b>	205
<b>di cui N. Nuove farmacie aderenti</b>	8
<b>Tasso adesione farmacie</b>	48,7%
<b>N. medio di residenti per farmacia</b>	3.176
<b>Numero di confezioni raccolte</b>	20.645
<b>Confezioni raccolte x farmacia</b>	101
<b>Confezioni raccolte x 100 residenti</b>	1,5%
<b>Confezioni raccolte x 100 residenti</b>	1,5%

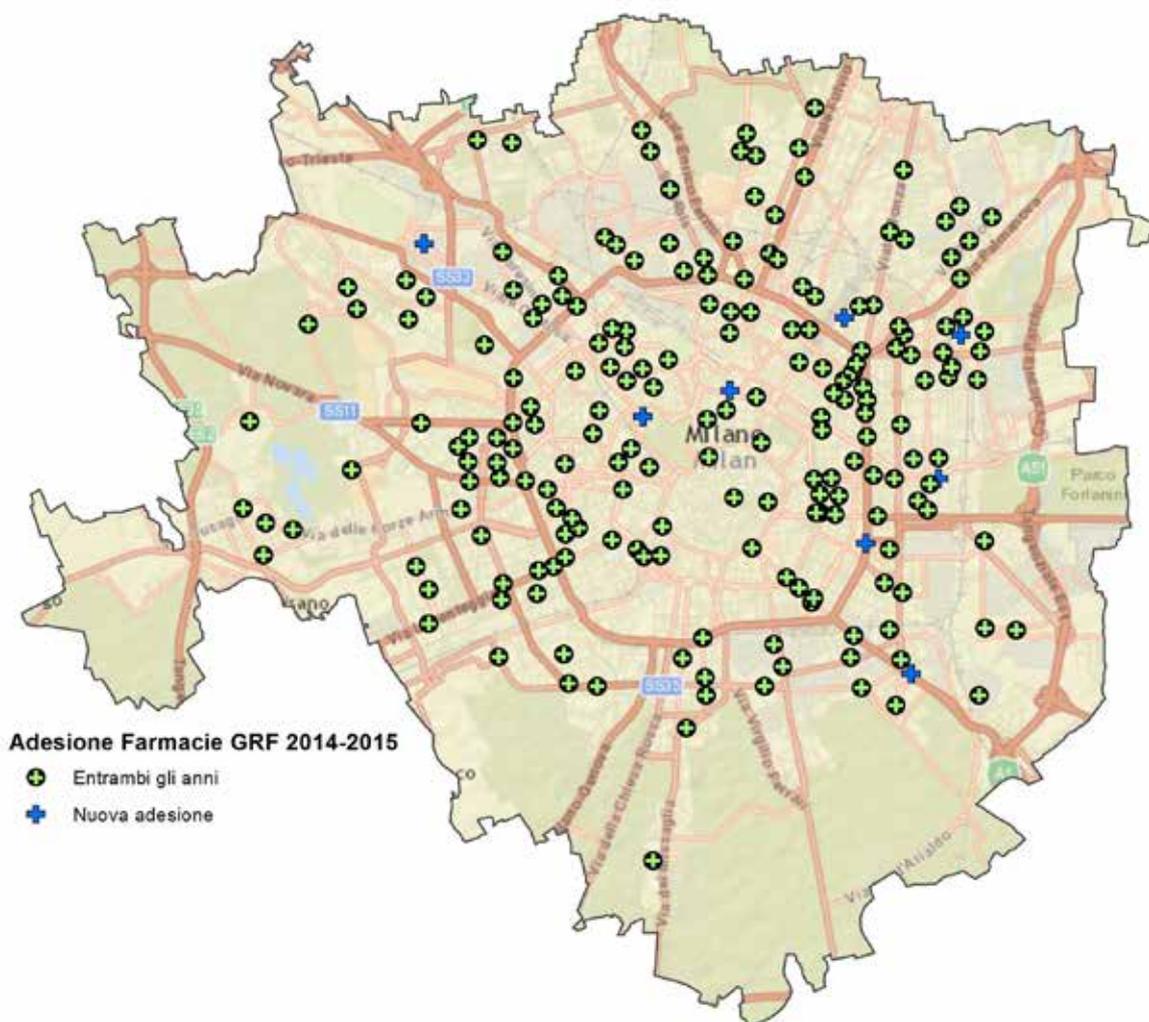
Fonte: Dati ISTAT "Censimento della popolazione", Rapporto AIFA OsMed 2014 e sistema di monitoraggio FBF.

PARTE QUARTA  
**PARTECIPAZIONE ALLA GRF NELLA CITTÀ DI MILANO**

UNO STUDIO PILOTA

Osservando la mappa 12.1 – che mostra la distribuzione territoriale delle farmacie che hanno aderito alla GRF 2015 – si nota una elevata concentrazione nella parte di città iscritta entro la circonvallazione esterna – che rappresenta il terzo anello dopo la cerchia dei Navigli e la cerchia delle Mura spagnole. Nella mappa sono riportate anche le nuove farmacie (8) che si sono aggiunte alle farmacie “storiche”, aderenti alla GRF per due o più anni.

**MAPPA 12.1**  
**ADESIONE DELLE FARMACIE ALLA GRF 2015**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

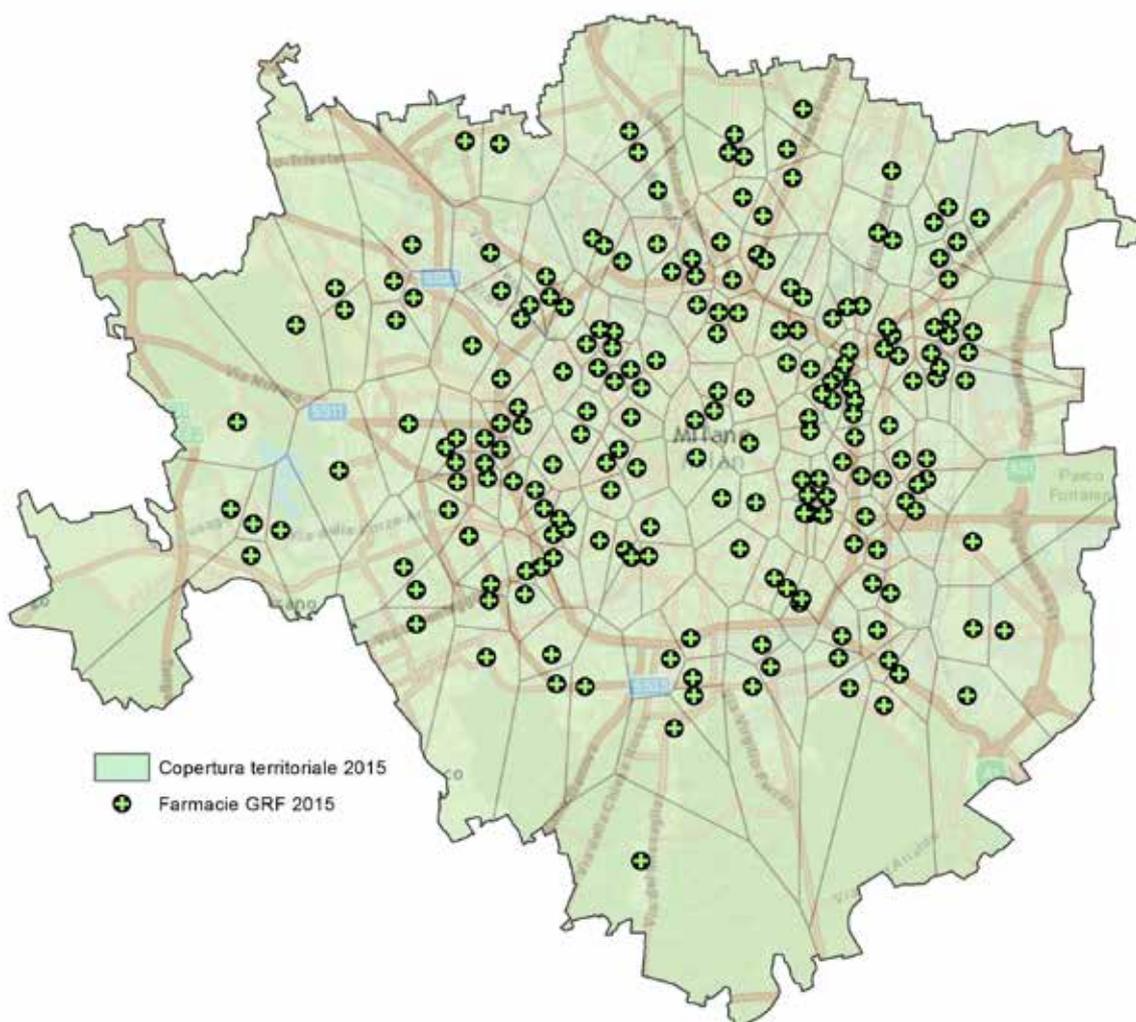
PARTE QUARTA  
**PARTECIPAZIONE ALLA GRF NELLA CITTÀ DI MILANO**

UNO STUDIO PILOTA

**La copertura territoriale delle farmacie che hanno aderito alla GRF**

Intorno a ogni farmacia è stato identificato il relativo bacino di utenza, assegnando ogni punto del territorio milanese alla farmacia pertinente, dando origine ai cosiddetti Poligoni di Thiessen, ben visibili nella Mappa 12.2, ove ad ogni farmacia corrisponde uno suo specifico territorio, senza sovrapposizioni. Dove le farmacie sono maggiormente addensate, il territorio appare meno esteso, ma la popolazione residente sostanzialmente si equivale indipendentemente dalla superficie territoriale, a causa di una maggiore urbanizzazione nelle aree a maggiore concentrazione di farmacie.

**MAPPA 12.2**  
**COPERTURA TERRITORIALE DELLE FARMACIE ADERENTI ALLA GRF**



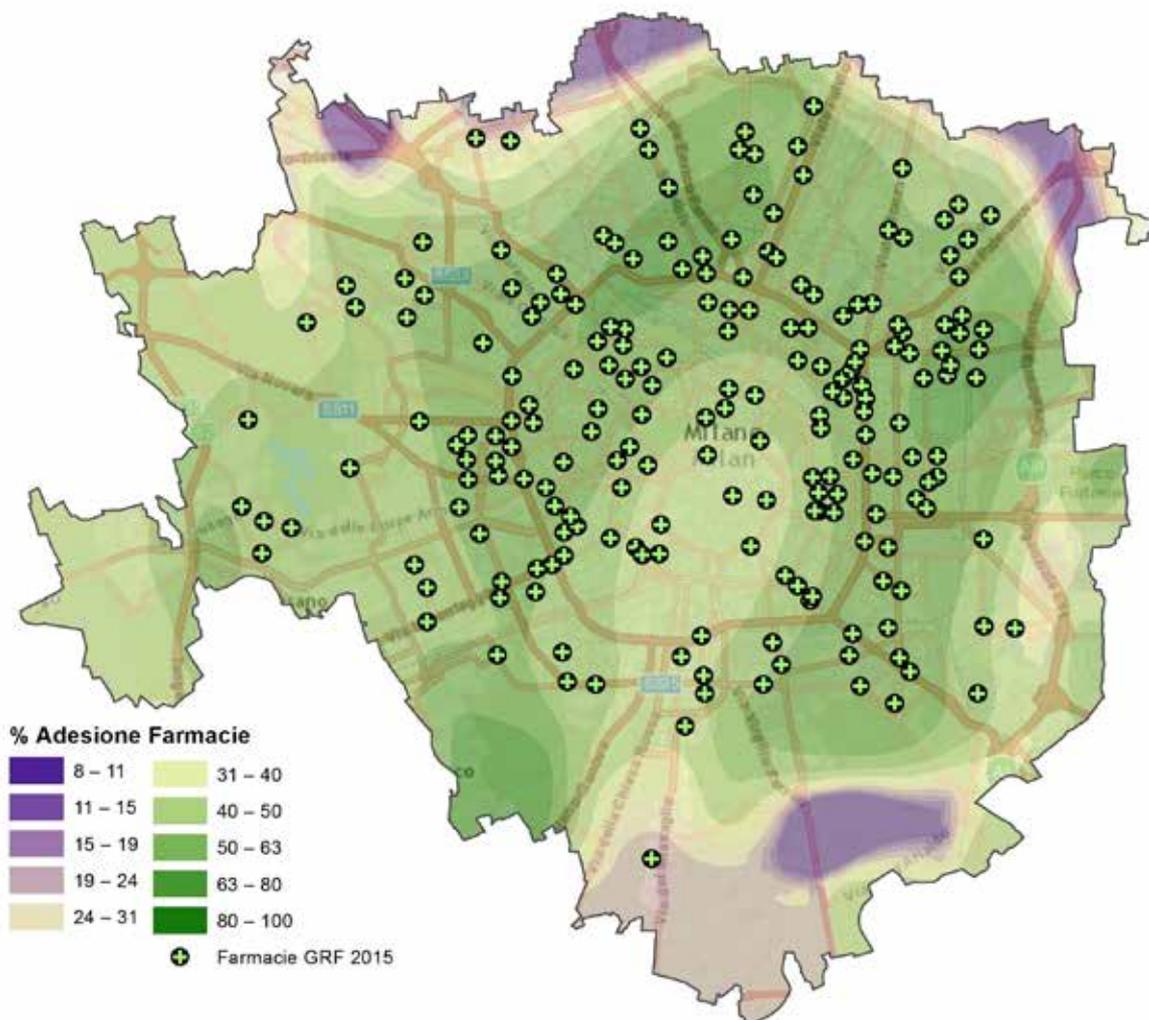
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Anche da questa mappa si evince che alcuni quartieri sono più "serviti" di altri e che i rispettivi abitanti hanno possibilità di accedere a più farmacie contigue, percorrendo distanze limitate. In pratica, la possibilità di "incappare" in una farmacia aderente alla GRF è abbastanza elevata nelle parti più centrali della città, con evidenti vantaggi per il tasso di partecipazione/donazione dei cittadini alla GRF. E' peraltro evidente che per aumentare il tasso di partecipazione dei residenti nelle aree più periferiche della città, occorre convincere le farmacie di quelle zone ad entrare a far parte della rete GRF.

**La percentuale di farmacie milanesi che hanno aderito alla GRF 2015**

In ciascun bacino è stato calcolato il rapporto percentuale fra il numero di farmacie che hanno aderito alla GRF (sempre pari a 1 in quanto il bacino è costruito intorno a ogni farmacia aderente, come indicato nella Mappa 12.2) e il numero totale di farmacie presenti in ciascun bacino. Ad esempio, se nel bacino è presente solo la farmacia aderente, il rapporto sarà pari al 100%, se invece è presente anche un'altra farmacia che non ha aderito sarà pari al 50%, e così via (Mappa 12.3).

**MAPPA 12.3**  
**LA PERCENTUALE DI FARMACIE MILANESI CHE HANNO ADERITO ALLA GRF**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Il tasso di adesione più elevato (prossimo al 100%) si registra nell'anello circostante alla zona centrale della città, che coincide con le aree comprese tra le Mura spagnole e la Circonvallazione esterna, con interessanti concentrazioni anche nelle zone semi-periferiche e popolose di Lambrate, Palmanova, Affori-Niguarda, San Siro-Novara-Forze Armate. Le zone saldamente "presidiate" da farmacie simpatetiche con la GRF e l'opera del Banco Farmaceutico sono collocate a macchia di leopardo e intercettano donatori appartenenti a diversi strati sociali.

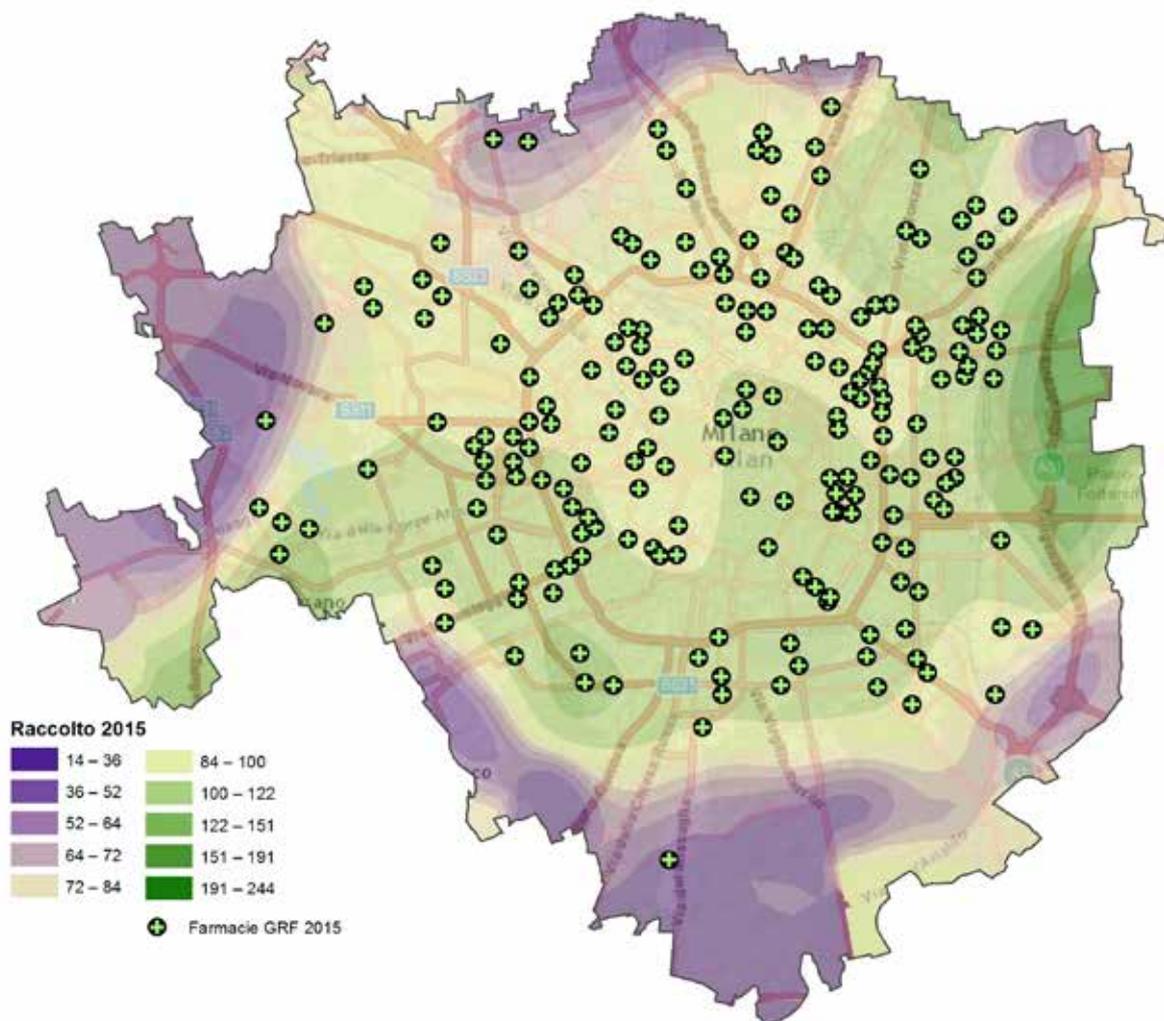
PARTE QUARTA  
**PARTECIPAZIONE ALLA GRF NELLA CITTÀ DI MILANO**

UNO STUDIO PILOTA

**Numero di confezioni raccolte per farmacia aderente**

Lo status socio-economico delle singole zone e dei donatori spiega per quale ragione il numero medio dei farmaci donati per farmacia è più elevato in alcune zone centrali, così come in zone disposte nella fascia intermedia della città che danno vita a una figura simile a un dromedario con la testa a Ovest e la parte posteriore estesa verso Est (Mappa 12.4)

**MAPPA 12.4**  
**N. DI CONFEZIONI DONATE IN OGNI FARMACIA**



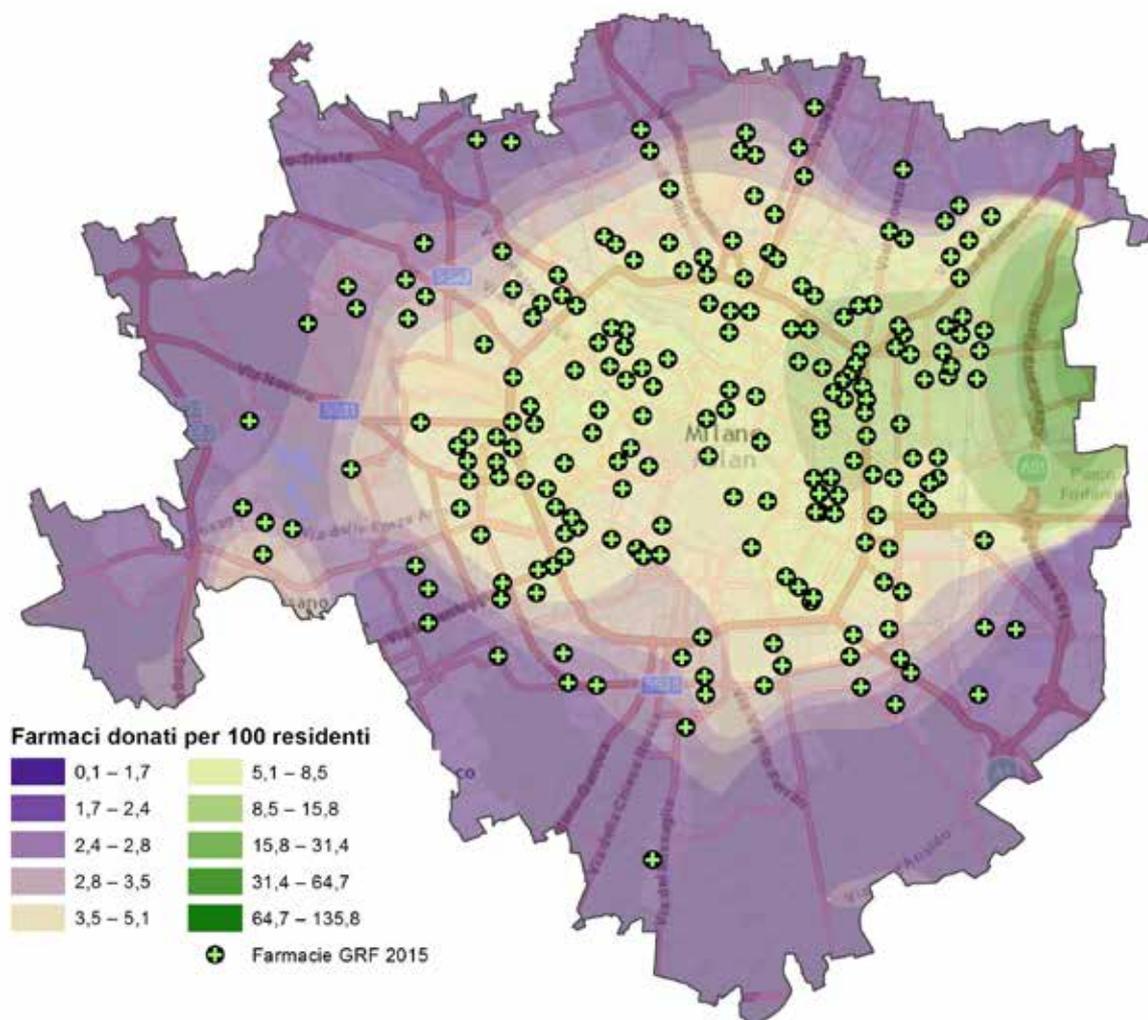
Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

## UNO STUDIO PILOTA

**La propensione al dono dei milanesi. Numero di confezioni di farmaci raccolti durante la GRF 2015 per 100 residenti nel bacino della farmacia**

Per ciascuna farmacia aderente è stato calcolato il rapporto percentuale fra il numero di confezioni di farmaci raccolti e la popolazione residente nel relativo bacino (vedi Mappa 12.2). Fra i possibili donatori non sono stati quantificati coloro che non abitano a Milano, ma la frequentano per lo shopping o il lavoro. Si spiega in questo modo la concentrazione – nella parte Est della città – di farmacie in cui il tasso di propensione al dono supera il 100% dei residenti (Mappa 12.5).

**MAPPA 12.5**  
**FARMACI DONATI PER 100 RESIDENTI**



Fonte: sistema di monitoraggio FBF.

Sulla propensione al dono la città sembra divisa nettamente in due parti: da un lato le aree più periferiche con quantitativi quasi irrisori di farmaci donati; dall'altra le aree semicentrali e centrali, con quantitativi più elevati. Non va comunque sottovalutato l'effetto "pull o attrattivo" esercitato dal centro città nel giorno di sabato, così come l'effetto "push" verso le aree extra-comunali popolate da ipermercati convenienti per fare acquisti. Non è un caso che la zona in cui i "milanesi" hanno donato di più sia anche una zona con forte interscambio commerciale.

In linea con le aspettative, la rappresentazione geo-referenziata dei dati della GRF si rivela non solo molto suggestiva, ma costituisce uno strumento molto funzionale alla riflessività e alla formazione di chi collabora con il banco Farmaceutico, oltre che alla comunicazione pubblica.

The background is a light green gradient. A thick, dark green line starts from the top left, curves down and right, then loops back down and left, ending at the bottom right. There are two large, solid green shapes: one in the upper left and one in the lower right, both partially enclosed by the dark green line. A horizontal white line is positioned across the middle of the page, just above the word 'CONCLUSIONI'.

## **CONCLUSIONI**

Il ricalcolo dell'indice di povertà assoluta, comunicato da ISTAT nello scorso mese di luglio, sembra per la prima volta da molti anni confermare come gli effetti della Grande crisi recessiva abbiano forse cominciato a stemperarsi. Dopo tre anni di continuo aumento, la popolazione indigente sembrerebbe essere in diminuzione, passando dal 7,3% al 6,8%.

Si tratta finalmente di una buona notizia, dopo anni di tempesta economica. Tuttavia occorre ricordare che in Italia restano pur sempre 1,5 milioni di famiglie e 4,1 milioni di persone in condizioni di povertà assoluta. Una cifra ancora decisamente superiore a quella cui eravamo abituati prima della crisi. Ed è su questa popolazione che occorre continuare a gettare uno sguardo non distratto.

Le informazioni presentate in questo secondo Rapporto sembrano per altro segnalare un fenomeno che rischia di sfuggire se osservato troppo da lontano: l'aggravamento nella condizione di chi è povero dal punto di vista sanitario. Come se si sia di fronte ad un fenomeno di peggioramento di vita di quella parte della popolazione già duramente provata dagli effetti della crisi e innanzitutto dalla presenza di una disoccupazione difficile da ridurre in tempi brevi.

Lo si evince innanzitutto osservando l'andamento della spesa sanitaria, che risulta in lieve diminuzione nei suoi valori medi per famiglia. Se si calcola il valore della spesa annuale pro capite, diventa più evidente che il problema è stato principalmente delle persone indigenti: queste ultime infatti hanno speso nel 2013 69 euro a testa per curarsi, contro i 444 medi. Rapportato il dato al 2012, significa che mentre mediamente la spesa pro capite è rimasta quasi invariata, quella delle sole persone povere è diminuita di circa l'8% (era infatti di 75 euro).

Allo stesso sensazione si giunge osservando anche le informazioni provenienti dagli enti che quotidianamente distribuiscono i farmaci raccolti dalla Fondazione Banco Farmaceutico. I farmaci richiesti da questi soggetti in occasione della Giornata di Raccolta del Farmaco 2015 sono stati infatti oltre 871.000, in crescita del 6,4% rispetto al 2014. Si tratta di un aumento più che proporzionale rispetto all'aumento degli enti, cresciuti del 4,1% rispetto all'anno precedente per giungere a 1.640. In media dunque ogni ente ha avuto bisogno di 531 confezioni di medicinali, rispetto alle 519 dello scorso anno. Medicine indispensabili per curare circa 406.000 persone indigenti, una cifra sostanzialmente simile a quella dello scorso anno (quando furono circa 4.000 in più). Nel complesso, gli indigenti assistiti dalla rete BF corrispondono al 9,9% di tutte le persone considerate in povertà assoluta dall'Istat. Questo valore risulta più alto nelle regioni del Nord, dove

## CONCLUSIONI

15 indigenti su 100 hanno ricevuto farmaci e cure, quasi identico nelle regioni del Centro (9,2%) e più basso nel Mezzogiorno (5,4%) per l'effetto congiunto di un maggior numero di persone in povertà assoluta e di un minor numero di assistiti legato alla ridotta presenza di enti convenzionati con il Banco Farmaceutico.

Ecco dunque la prima evidenza di questo nuovo Rapporto: mentre la povertà assoluta sembra finalmente diminuire, la povertà sanitaria rappresenta un'emergenza di crescente gravità. Un'emergenza che per altro si inserisce in una tendenza più generale, che ha portato recentemente il Censis, nell'ambito del "Bilancio di sostenibilità del welfare", a stimare un fatto nuovo: nel 41,7% delle famiglie almeno una persona avrebbe rinunciato a una prestazione sanitaria nel corso dell'ultimo anno.

La stagnazione economica che ha contraddistinto in larga misura anche il primo semestre del 2015 e le perduranti difficoltà di gran parte delle famiglie italiane non ha per altro favorito le donazioni agli indigenti, sia in via diretta sia per tramite delle organizzazioni caritative che se ne occupano; non è dunque di poco conto constatare che le donazioni dei farmaci hanno avuto un andamento complessivamente positivo rispetto ai due anni precedenti, principalmente per merito delle aziende del settore farmaceutico, ma anche della sostanziale tenuta delle donazioni erogate dai singoli cittadini in occasione dell'annuale Giornata della raccolta del Farmaco (GRF), resa possibile dalla diretta collaborazione di 3.665 farmacisti (in aumento di circa il 3% rispetto al 2014). Il diffuso senso di malessere economico e sociale, evidenziato anche dalla stagnazione dei redditi e dei consumi, non ha evidentemente inciso negativamente sulla partecipazione dei cittadini alla GRF.

Si consolida dunque nel nostro Paese – ed è la seconda evidenza che emerge da questo Rapporto - la cultura del dono di farmaci. Nel Rapporto presentato lo scorso anno era stato segnalato un obiettivo per il 2015: l'aumento della sensibilizzazione alla donazione da parte delle aziende. L'obiettivo appare abbondantemente raggiunto. I dati consolidati per il 2014 e quelli parziali del 2015 segnalano una crescita di offerta molto consistente: dai 571.000 farmaci donati nel 2013 si è passati al milione del 2014. Mentre nel solo primo semestre 2015 sono stati raccolte 860.000 confezioni di medicinali, aprendo la strada ad un nuovo record: se si confermerà la tendenza dello scorso anno, possiamo infatti attenderci un risultato annuale superiore a 1,6 milioni di confezioni donate da parte delle aziende.

A questi dati occorre aggiungere i risultati del Recupero Farmaci Validi, esperienza sperimentalmente introdotta lo scorso anno e ora consolidatasi in circa 240 farmacie, in gran parte concentrate in contesti metropolitani estesi (Torino, Milano, Roma) ma in iniziale diffusione anche nelle province di Varese, Rimini e Monza Brianza, oltre che a Mantova e Macerata. provincia di Varese e provincia di Torino. L'andamento sembra ricalcare, in termini di crescita annuale, quello delle donazioni aziendali: dalle quasi 19.000 confezioni del 2013 si è passati alle oltre 53.000 del 2014, mentre nel solo primo semestre 2015 si è già giunti al 49.400 confezioni. In tutto, questo nuovo canale di approvvigionamento riesce già a garantire il 4% del fabbisogno complessivo. Dunque, come terza evidenza di questo nuovo Rapporto, sembra crescere in Italia una cultura del non-spreco e del recupero, già molto diffusa in campo alimentare ma con ampi margini di crescita anche nel settore farmaceutico. Una specifica rilevazione effettuata da Doxa Pharma ha infatti documentato una conoscenza molto ampia della possibilità offerta dal Recupero Farmaci Validi: ben il 29% della popolazione italiana conosce infatti questa iniziativa, percentuale evidentemente molto superiore alla popolazione che oggi appare potenzialmente toccata dalla concreta possibilità di portare in farmacia le confezioni di medicinali inutilizzate. Vi è dunque uno spazio di sviluppo notevolissimo per questa "terza gamba" di approvvigionamento da parte della Fondazione Banco Farmaceutico, che già dal prossimo Rapporto proveremo ad indagare con maggior profondità analitica.

Accanto all'evidenza del fatto che la povertà sanitaria tenda a crescere, aumentando il divario tra poveri e non poveri, complessivamente il Rapporto registra dunque una serie di segnali positivi, non soltanto sul piano sociale, ma anche su quello della cultura della responsabilità, che appare in crescita tra le aziende, tra i farmacisti e tra i comuni cittadini. Lo si nota anche dall'aumento dei volontari impegnati nella GRF, cresciuti di oltre il 3% rispetto all'anno scorso. L'approfondimento specifico presentato in questa edizione del Rapporto segnala per altro che il volontario della GRF ha una sua specificità. Se lo confrontiamo con il

## CONCLUSIONI

profilo emerso dalla più recente ricerca sul tema, promossa da Fondazione Volontariato e Partecipazione e da Funzione Studi Banco Popolare ("Il profilo del volontariato italiano, 2015) si ottiene questa fotografia del "volontario GRF": è un giovane adulto o una persona di mezza età (ci sono meno giovani e meno anziani rispetto alle medie), decisamente più istruito (laureati e specializzati post-laurea sono addirittura il 40,5% rispetto al 12,6 medio), con più studenti e con meno casalinghe. E' dunque un volontariato particolarmente qualificato, e al tempo stesso un volontariato "impegnato", poiché spesso mobilitato a partire da una pre-esistente appartenenza ad associazioni e movimenti.

Rileggendo i dati in modo sintetico, si fa più forte la percezione che la povertà cui rispondere non sia soltanto quella "dei lontani" ma anche, e forse prima di tutto, quella "della porta accanto". Ci sono le emergenze dei rifugiati, che ci portano in casa un pezzo di povertà del Terzo e Quarto mondo. E ci sono gli italiani colpiti dalla crisi, per i quali i soldi non bastano per curarsi adeguatamente. La crescita del bisogno chiama ancora una volta in causa la prima linea della risposta, quella del nonprofit. Mentre il welfare statale sembra fare ancora più passi indietro, la lettura dei dati relativi agli enti caritativi e alla loro crescente (ma non infinita) capacità di risposta spinge a una riflessione conclusiva sulla necessità di un cambio di marcia su una riforma del terzo settore da molto tempo annunciata ma sulla quale ancora oggi si hanno poche e frammentarie notizie. Se è vero che la disponibilità alla donazione nella società italiana tende a crescere, come si evince dai dati del Rapporto, è altrettanto vero che la capacità realizzativa della mission della Fondazione Banco Farmaceutico appare condizionata dalle difficoltà burocratiche che limitano fortemente le possibilità di gestione e stoccaggio dei farmaci recuperati. Anche su questo fronte si gioca una fetta rilevante della capacità di modernizzazione del nostro Paese.



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

© 2015 | **Fondazione Banco Farmaceutico onlus**

finito di stampare nel mese di novembre 2015  
presso CPZ spa

progettazione e impaginazione

**BRUNO MONACO** ] [ COMUNICAZIONE NON CONVENZIONALE





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