

Rapporto 2021

Donare per Curare

Povert  sanitaria e
Donazioni farmaci

Con il contributo incondizionato di



Caring Innovation

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

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

Don Massimo Angelelli

Direttore Ufficio Nazionale
per la Pastorale della Salute della CEI

Giancarlo Blangiardo

Presidente dell'Istat

Barbara Boschetti

Professoressa di Diritto Amministrativo,
Università Cattolica del Sacro Cuore
Coordinatrice Recovery Lab

Giovanni Corrao

Professore di Statistica Medica,
Università di Milano-Bicocca
Direttore del Centro Health Care Research and
Pharmacoepidemiology

Claudia Fiaschi

Vicepresidente Confcooperative Nazionale e
Presidente di Confcooperative Toscana.

Silvio Garattini

Presidente dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche
Mario Negri IRCCS

Elena Jacobs

Responsabile Valorizzazione del Sociale e
Relazioni con le Università
Chief Institutional Affairs and
External Communication Officer
Intesa Sanpaolo

Francesco Rocca

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

Emiliano Manfredonia

Presidente Nazionale delle ACLI

Francesco Soddu

Direttore di Caritas Italiana
rappresentato da Francesco Marsico
Responsabile Servizio Documentazione
di Caritas Italiana

Antonello Zangrandi

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

Sergio Daniotti

Presidente Fondazione Banco Farmaceutico Onlus

Giancarlo Rovati

Professore di Sociologia,
Università Cattolica del Sacro Cuore
Coordinatore Scientifico di OPSAn

ÈQUIPE DI RICERCA

Gisella Accolla

Ricercatrice sociale,
Responsabile elaborazioni statistiche

Silvia Bini

Responsabile della Fondazione Banco Farmaceutico
per i rapporti con le Aziende farmaceutiche

Silvano Cella

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

Filippo Ciantia

Responsabile progetti strategici
della Fondazione Banco Farmaceutico

Mirella Pontello

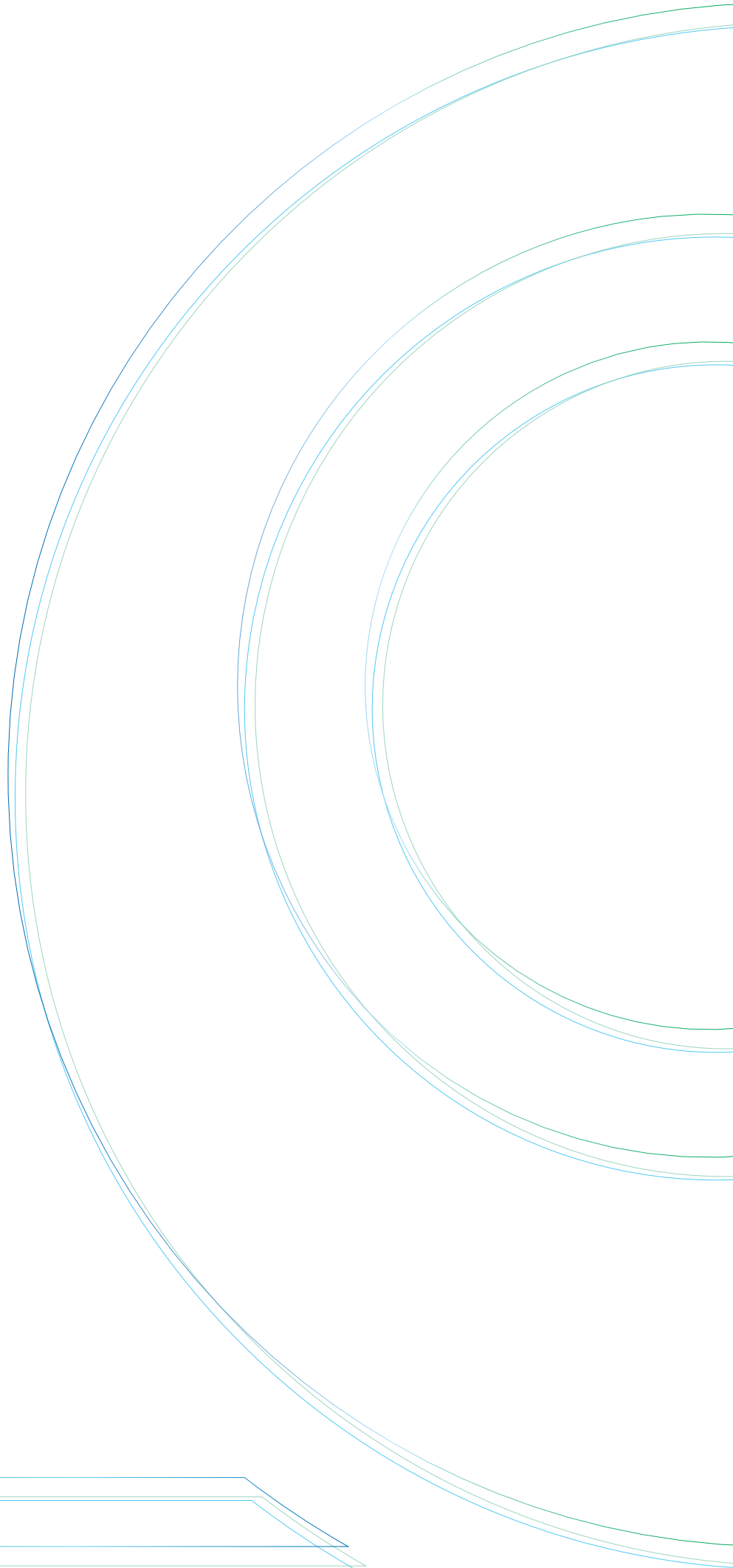
Professore di Igiene e Medicina Preventiva,
Università degli Studi di Milano,
Responsabile analisi sulla sanità pubblica

Roberto Segà

Ricercatore Università Bicocca di Milano e
Direttore Unità Operativa Medicina Interna,
Ospedale di Vimercate

Luca Pesenti

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



Indice

Prefazione	4
Introduzione	6
Sintesi dei principali risultati IL RAPPORTO “DONARE PER CURARE” 2021	9
CRISI PANDEMICA E AUMENTO DELLA POVERTÀ	15
1. L'aumento della povertà assoluta nel 2020	16
2. Povertà assoluta e reddito di cittadinanza	25
3. La spesa sanitaria dei poveri: poveri di reddito, poveri di salute	29
3.1 La spesa sanitaria a carico dei cittadini	30
3.2 La spesa sanitaria dei poveri	31
3.3 La spesa farmaceutica dei poveri	35
3.4 La rinuncia alle cure per motivi economici	39
4. I poveri sostenuti dalla rete di Banco Farmaceutico	43

Prefazione

Viviamo tutti la frattura tra il prima e il dopo; la pandemia ha tratteggiato una linea di separazione tra il recente passato e il presente e adesso, mentre scriviamo, mentre scorgiamo alcuni segni di speranza, ci sembra tempo di riordinare priorità e obiettivi.

La speranza, dicevamo. È tra le parole più pronunciate, insieme alla “ripresa”. E, in effetti, almeno in Italia, sia sul fronte sanitario (al netto delle nuove varianti e della capacità di tenuta del piano vaccinale), sia su quello economico, sembra che il peggio sia alle nostre spalle.

Ma è così? Certo, alcuni segnali, quali la ripartenza di intere filiere o la previsione di crescita tendenziale del Pil, confortano. Ma si tratta di segnali, appunto. La realtà sociale, nel suo complesso, presenta ancora enormi segmenti di fragilità. Troppi per poter parlare davvero di ripresa.

«Nel 2020 – si legge in questo Rapporto – le persone in povertà assoluta hanno raggiunto il numero record di 5 milioni 602 mila unità: 1 milione in più rispetto al 2019». Circa l'11% di questi si è ammalato o soffre di patologie croniche, ha avuto bisogno di cure, e ha trovato ristoro in uno dei 1.790 enti assistenziali a cui Banco Farmaceutico fornisce medicine. Quasi 600.000 persone, quindi, senza realtà benefiche o di prossimità, avrebbero dovuto rinunciare a curarsi.

E il problema riguarda, in parte, anche chi non è considerato povero. *«Per contenere la spesa sanitaria le famiglie italiane seguono due strade: la rinuncia alle cure, il ricorso a centri diagnostici più economici. Nel 2020, hanno fatto ricorso a una di queste strategie 33 famiglie povere su 100 e 14 famiglie non povere su 100, pari al totale di quasi 16 famiglie su 100».*

Un tempo si facevano sacrifici per far studiare i figli, comprare casa, assicurarsi una vecchiaia dignitosa. Oggi, per tutelare la propria salute. Ma un diritto garantito dalla Costituzione non dovrebbe essere oggetto di sacrificio.

C'è ancora tanto lavoro da fare. Contribuire a svolgerlo è la ragione per cui Banco Farmaceutico ha fondato, nel 2013, l'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria, che approfondisce tutto l'anno il fenomeno e realizza il Rapporto.

«Io non ho mai contato i poveri, perché i poveri non si possono contare: i poveri si abbracciano, non si contano», affermava Don Primo Mazzolari, come ha ricordato Papa Francesco nel suo messaggio per la Giornata mondiale dei poveri 2021. Ecco perché il Rapporto sulla Povertà Sanitaria non rappresenta unicamente un'analisi sociologica e statistica della povertà, ma è uno strumento, in primo luogo, per consentire a Banco Farmaceutico di poter fare meglio il proprio lavoro, cioè poter meglio “abbracciare i poveri”; e, in secondo luogo, per smuovere idee e coscienze, fornendo al dibattito alcuni suggerimenti in termini di politiche pubbliche.

Crediamo in particolare che, sia nell'ambito del PNRR, sia in quello delle strategie sanitarie generali, occorra valorizzare adeguatamente il ruolo sussidiario del Terzo settore. È un principio che sentiamo ripetere da anni, ma che, nei fatti, non è stato ancora pienamente attuato.

Eppure, sarebbe sufficiente guardare a ciò che già esiste. A quello, cioè, che accade per esempio in alcune regioni, dove le realtà assistenziali, come leggerete più diffusamente in questo Rapporto, hanno assunto una *«funzione di sistema non ignorabile dalle istituzioni pubbliche che in effetti considerano tali enti partner delle politiche pubbliche coinvolgendole talora nella co-progettazione del welfare locale a sostegno dei poveri»*.

Sergio Daniotti
Presidente Fondazione Banco Farmaceutico

Introduzione

La pandemia da Covid-19, che ha colpito e travolto sicurezze date per scontate, ha prodotto effetti devastanti sulla salute e sull'economia che si protrarranno a lungo, forse ben oltre i tempi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Le sfide più ardue giungono dal versante propriamente sanitario, non soltanto per tenere sotto controllo e per sconfiggere la diffusione del virus tuttora aggressivo, ma anche per recuperare la miriade di interventi diagnostici e terapeutici che la situazione emergenziale delle strutture sanitarie ha costretto a rinviare.

Per stato di necessità, milioni di italiani hanno rinunciato forzatamente a curarsi, rinforzando il numero di coloro che anche prima della pandemia erano abituati a limitare e rinviare le cure sanitarie per ragioni economiche. Lo stato di necessità ha verosimilmente contribuito alla riduzione delle prestazioni inappropriate – che alimentano lo spreco di risorse individuali e collettive – ma ha indubbiamente contribuito ad aggravare la situazione di chi già sottoutilizzava anche le prestazioni necessarie.

La pandemia ha reso tutti un po' più poveri di salute e di cure, aggravando la situazione dei più fragili, fisicamente, socialmente, economicamente.

Insieme all'emergenza sanitaria di lunga durata, la pandemia ha provocato anche l'aumento della povertà nel nostro paese. Il blocco delle attività economiche e lavorative ha ridotto il reddito disponibile di una buona metà delle famiglie italiane, anche quando hanno funzionato tempestivamente gli ammortizzatori economici per chi ne aveva diritto; ancora più grave è diventata la situazione di chi viveva di lavori precari e a basso reddito perchè sono inevitabilmente scivolati verso la povertà.

Nel biennio 2020-2021 si è di fatto esteso il circolo vizioso tra povertà economica e povertà sanitaria alla cui analisi è dedicato questo IX Rapporto dell'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria (OPSan).

La documentazione di questo esteso e insidioso processo sociale è affidata in via principale alla rielaborazione dei micro-dati provenienti dall'indagine Istat su “la spesa delle famiglie” utilizzando la chiave descrittiva e interpretativa delle *Nove Italie* che sta alla base delle stime di Istat sulla diffusione della povertà assoluta nel nostro paese.

L'aggravarsi del circolo vizioso povertà economica-povertà sanitaria mette sotto i riflettori il funzionamento del Reddito di cittadinanza a cui è attualmente affidato il sostegno al reddito degli indigenti e il sostegno alla loro inclusione attiva. Si tratta di una misura necessaria che richiede però una robusta correzione dei limiti fin qui emersi rispetto all'equo accesso dei più bisognosi.

Mentre la povertà assoluta continua a crescere, non sembrano all'orizzonte riforme del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito: SSN) finalizzate alla eliminazione di quella parte della spesa sanitaria che resta a carico anche di chi vive in povertà. La soluzione istituzionale di questo problema non è semplice, ma sarebbe oggettivamente saggio potenziare almeno il sostegno pubblico e privato alle migliaia di organizzazioni del Terzo settore che ogni giorno offrono aiuti socio-sanitari a migliaia di persone, povere di reddito e di salute.

Segnali incoraggianti giungono in questi mesi dalla rete di Banco Farmaceutico, per via della ripresa di attività di molti enti di prossimità che durante la pandemia avevano dovuto sospendere o quantomeno ridurre la loro opera assistenziale.

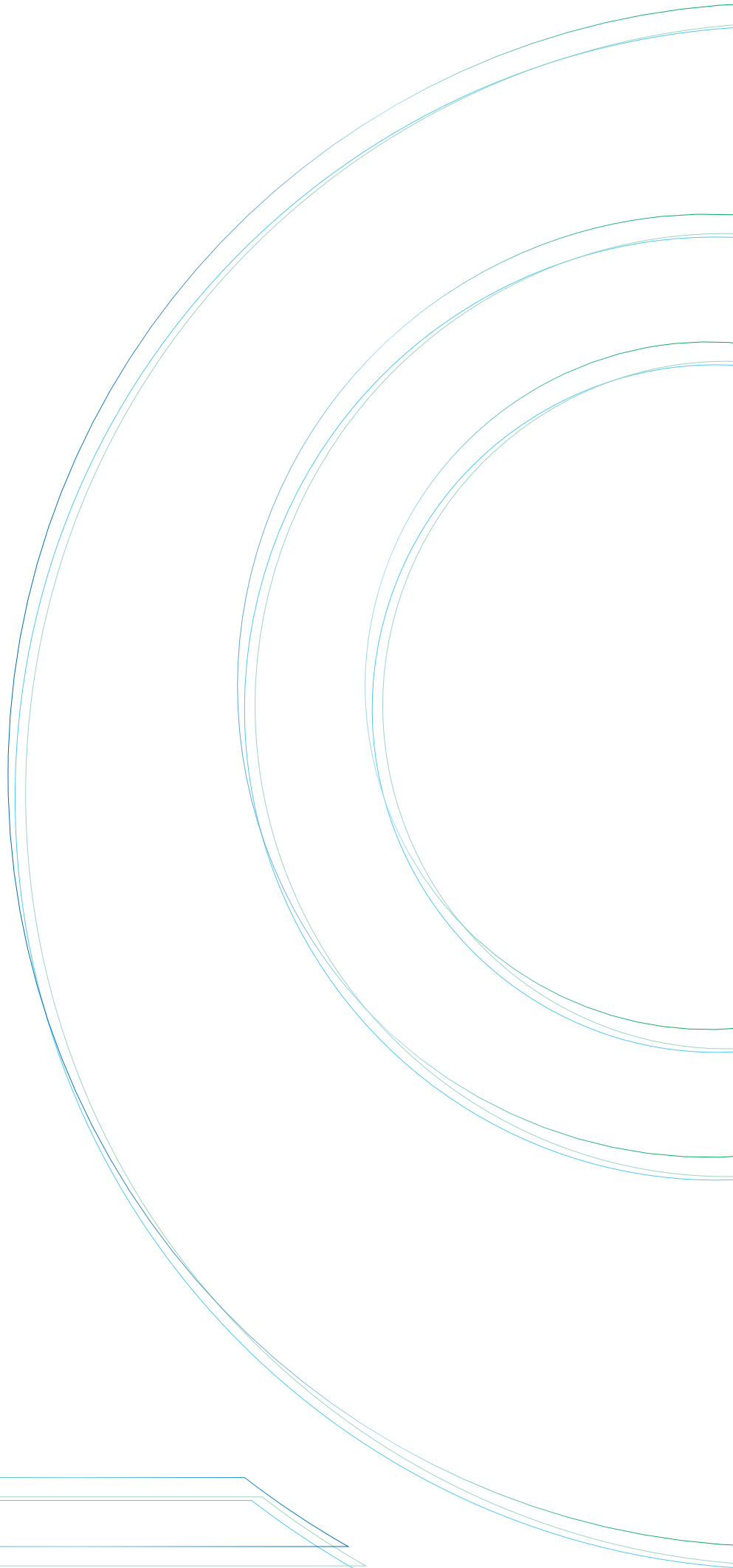
È di tutta evidenza che l'emergenza sanitaria esplosa negli ultimi due anni ha portato all'attenzione anche i limiti dei Sistemi Sanitari e la necessità delle iniziative di comunità: locali e per lo più piccole, ma capaci di essere *safety nets*.

Nel momento in cui si discute sulla destinazione dei fondi del PNRR per la ricostruzione economica e sociale del nostro paese dopo l'emergenza Covid-19, non si deve dimenticare il ruolo strategico svolto nella società italiana dalle organizzazioni del Terzo settore, di cui fanno parte le organizzazioni di solidarietà sociale.

Queste organizzazioni non sono – come troppo spesso si pensa – delle stampelle da utilizzare quando fa comodo, ma attori di sistema a pieno titolo, senza dei quali non è pensabile il contrasto alla povertà nelle sue diverse forme e l'inclusione attiva degli indigenti nel tessuto sociale ed economico del nostro paese.

Giancarlo Rovati

Coordinatore Comitato Tecnico Scientifico OPSan





Sintesi dei principali risultati

IL RAPPORTO “DONARE PER CURARE” 2021

- Il 9° Rapporto “Donare per curare. Povertà sanitaria e donazione farmaci” presenta un primo bilancio sugli effetti devastanti della Pandemia da Covid-19 sull’andamento della povertà economica nel nostro paese, con specifica attenzione all’aumento della difficoltà di accesso alle cure sanitarie per la parte più povera della popolazione. Su ciascuno di questi fenomeni incidono profondamente le differenze territoriali tra le regioni e tra le “Nove Italie”.
- Con “povertà sanitaria” si intende identificare le conseguenze della scarsità di reddito sull’accesso a quella parte delle cure sanitarie che restano a carico degli indigenti a causa del mancato intervento del SSN, come tipicamente accade per l’acquisto dei farmaci da banco e per la compartecipazione alla spesa sanitaria mediante il pagamento dei ticket.

[Un Rapporto e un Osservatorio](#)

[... per fare luce sulla povertà sanitaria](#)

🕒 Le tendenze principali

- Nel 2020 le persone in povertà assoluta¹ hanno raggiunto il numero record di 5 milioni 602 mila unità: 1 milione in più rispetto al 2019, anno in cui si era registrata un’incoraggiante parabola discendente in termini assoluti e relativi.
- L’aumento della povertà assoluta (sia familiare che individuale) è stato più pronunciato nelle regioni del Nord, maggiormente colpite dalla diffusione dei contagi e dal blocco delle attività economiche legate al mercato.
- Nelle regioni del Nord, l’incidenza della povertà assoluta delle famiglie (7,6%) e delle persone (9,3%) ha sfiorato per la prima volta i valori medi nazionali (7,7% e 9,4%).
- I 5 milioni 602 mila individui caduti in povertà assoluta risiedono per il 45,6% nel Nord (2 milioni 554 mila unità) , per il 40,3% nel Sud e nelle Isole (2 milioni 259 mila unità), per il 14,1% nel Centro (794 mila unità)
- Le regioni con più residenti in povertà assoluta sono la Lombardia (992 mila), la Campania (859 mila), la Sicilia (517 mila), il Veneto (440 mila), il Piemonte (405 mila). La classica distinzione Nord, Centro, Mezzogiorno risulta dunque meno compatta di quanto si è soliti immaginare.

[La pandemia e l’aumento della povertà assoluta](#)

[... nelle ripartizioni](#)

[... nelle regioni](#)

¹ Si tratta delle persone più povere tra i poveri.

- A livello nazionale l'incidenza di povertà assoluta è più diffusa nei comuni con meno di 50.000 abitanti: nei comuni centro area metropolitana la povertà assoluta è più diffusa nel Mezzogiorno (11,1% vs. 9,8% del 2019) e sensibilmente ridotta nel Centro (3,7% vs. 2% del 2019), con il Nord in posizione intermedia (7,9% vs. 7,1% del 2019); nei comuni alla periferia delle aree metropolitane o con più di 50.000 abitanti spetta ancora al Mezzogiorno la posizione più critica anche se vi è stato un lieve miglioramento rispetto al 2019 (8,5% vs. 8,9% del 2019). Tranne che nel Nord, i comuni più esposti alla povertà assoluta sono quelli con meno di 50 mila abitanti che dunque si rivelano socialmente più problematici.

... nelle Nove Italie

Italiani e stranieri

- Sul totale delle persone in povertà assoluta gli stranieri sono 1 milione 512 mila (27% del totale) con una incidenza di povertà pari al 29,3% contro il 7,5% degli italiani.

La povertà assoluta tra gli italiani e gli stranieri

I soggetti più vulnerabili

- L'incidenza di povertà assoluta indica, in sintesi, che i soggetti più vulnerabili sono nell'ordine: le famiglie con stranieri (25,3%), famiglie con tre o più minori (22,7%), famiglie numerose con 5 o più componenti (20,5%), famiglie con persona di riferimento in cerca di occupazione (19,7%), coppie con tre o più figli (19,1%), persone in minor età (13,5%).

I soggetti più vulnerabili

Povertà e reddito di cittadinanza

- Il Reddito di cittadinanza ha rallentato solo minimamente la crescita della povertà assoluta a livello nazionale, sia perché concentrato principalmente nel Sud e nelle Isole, sia perché destinato solo in parte a chi è definito in povertà dall'Istat. Il tasso di inclusione dei più poveri nel Reddito di Cittadinanza (di seguito: RdC) risulta molto squilibrato a livello territoriale: è pari al 32% nel Nord, al 67% nel Centro e al 104% nel Mezzogiorno.

Povertà assoluta e Reddito di cittadinanza

● La spesa sanitaria dei poveri

- Anche se il nostro SSN ha una forte impronta universalistica, una parte consistente delle cure sanitarie resta a carico dei cittadini. Nel 2020 la spesa sanitaria pro-capite mensile dei residenti in Italia ha superato i 57 €, equivalenti al 2% dei consumi totali: anche i poveri impegnano una percentuale molto simile del loro budget ma possono spendere solo 10 €. Il 62% di questa spesa (6,40 €) è destinata ai medicinali e solo il 7% ai servizi dentistici. Per i non poveri questi valori sono pari al 42 e al 21%. A livello nazionale, le persone indigenti possono permettersi una spesa sanitaria pro-capite equivalente al 17% di quella sostenuta dalle persone non povere (10,25 € vs. 60,96 €) con sensibili variazioni a livello regionale in funzione del diverso reddito e costo della vita.
- La spesa pro-capite mensile per medicinali nelle famiglie povere è più alta in Friuli-Venezia Giulia, Calabria, Valle d'Aosta, Marche, è inoltre più elevata nei comuni grandi, medi e piccoli del Centro, a cui si aggiungono i comuni più piccoli del Mezzogiorno.
- Il peso della spesa farmaceutica dei poveri sul totale della loro spesa sanitaria è più alto nei comuni metropolitani del Centro e del Sud, nei comuni più piccoli del Sud, nei comuni di medie dimensioni (>50.000 abitanti) del Sud.
- Il gap tra i poveri e i non poveri è particolarmente elevato nei comuni più piccoli (<50.000 abitanti) e nei comuni di medie dimensioni (>50.000 abitanti) del Centro e del Mezzogiorno.
- Nel 2020 le famiglie hanno speso per l'assistenza farmaceutica territoriale 8,7 miliardi di euro su un totale di 20,5 miliardi.

Spesa sanitaria e spesa per i farmaci

La spesa farmaceutica totale

● Le strategie di contenimento della spesa sanitaria

- Per contenere la spesa sanitaria le famiglie italiane seguono due strade: la rinuncia alle cure, il ricorso a centri diagnostici e terapeutici più economici.

- Nel 2020, hanno fatto ricorso a una di queste strategie 33 famiglie povere su 100 e 14 famiglie non povere su 100, pari al totale di quasi 16 famiglie su 100.
In numero assoluto hanno cercato di ridurre le spese sanitarie 9 milioni 358 mila persone residenti in Italia, di cui 1 milione 844 mila persone in povertà assoluta.
- La rinuncia alle cure è stata praticata da 26 famiglie povere su 100 a fronte di 11 famiglie non povere su 100, per un totale di 12 famiglie su 100 (7 milioni 160 mila persone).
- Si sono rivolte a centri più economici 7,3 famiglie povere su 100 a fronte di 3,4 famiglie non povere su 100, per un totale di 3,7 famiglie su 100 (2 milioni 200 mila persone).

Limitare la spesa sanitaria con

..... la rinuncia alle cure

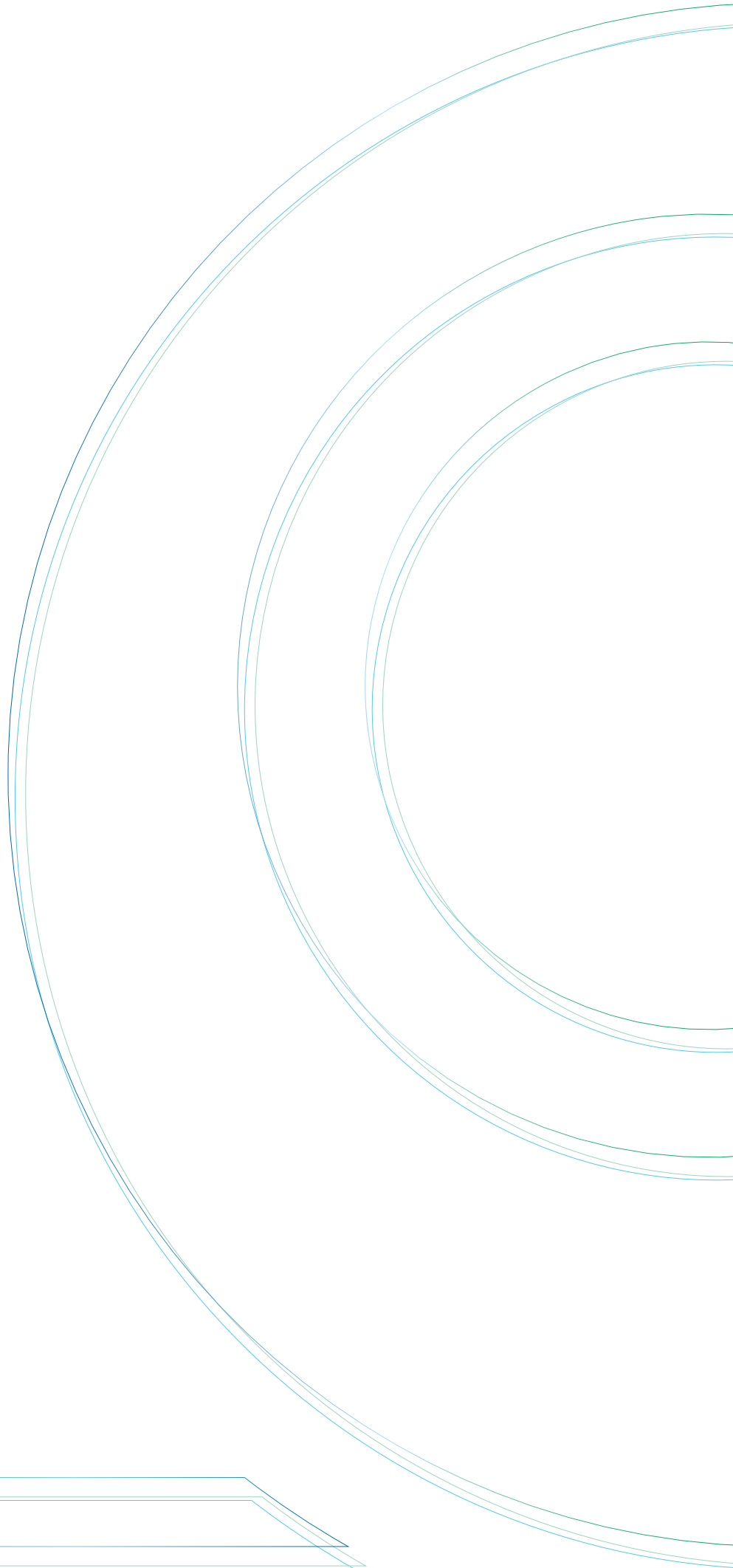
..... Il ricorso a centri più economici

● I poveri sostenuti dalla rete di Banco Farmaceutico

- Nel corso del 2021 gli enti convenzionati con Banco Farmaceutico hanno erogato aiuti sanitari a quasi 600 mila indigenti composti per il 57,3% da cittadini italiani e per il 42,7% da cittadini stranieri con una inversione di tendenza rispetto al 2019.
Gli assistiti stranieri superano però gli assistiti italiani nelle regioni del Nord con 57 casi su 100.
- Il totale degli assistiti è distribuito per il 53% nel Nord, il 29% nel Centro, il 18% nel Sud e Isole.
Il 58% degli assistiti risiede in tre regioni: Toscana (23,4%), Lombardia (22,9%) e Veneto (11,5%).
Il 67% degli assistiti è concentrato nei centri città metropolitane del Centro (23%) e del Nord (23%) e nei comuni con oltre 50.000 abitanti del Nord (21%).
- Banco Farmaceutico presta aiuto mediamente all'11% delle persone povere, con tassi di copertura più elevati in Toscana (63%), seguiti a distanza da Trentino-Alto Adige (17%), Veneto (16%) e Lombardia (14%).
Nelle Nove Italie il tasso di copertura è molto elevato nei centro città metropolitane del Centro e del Nord assumendo il rango di un intervento di sistema.
Il tasso di copertura dei poveri raggiunto nel corso dell'anno è decisamente significativo perché indica la ripresa della capacità operativa di molti enti caritativi dopo le difficoltà incontrate durante la pandemia.

La distribuzione territoriale

Il tasso di copertura degli aiuti ai poveri





CRISI PANDEMICA E AUMENTO DELLA POVERTÀ

CRISI PANDEMICA E AUMENTO DELLA POVERTÀ

L'allarme sul crescente impoverimento della popolazione residente in Italia - lanciato più volte dall'inizio della pandemia dalle organizzazioni caritative e solidaristiche direttamente a contatto con gli indigenti di tutte le età¹ - è stato puntualmente confermato dalle statistiche ufficiali sulla povertà assoluta diffuse dall'Istat nello scorso mese di giugno e già in parte anticipate nel mese di aprile². Vi è in questo una diretta conferma della "funzione sentinella" svolta dalle organizzazioni del Terzo settore che insieme alle relazioni di aiuto sviluppano anche "informazioni" particolarmente utili per capire cosa sta accadendo e per orientare gli interventi dei decisori.

La povertà è cresciuta per effetto della pandemia da Covid-19 che ha arrecato gravissimi danni alla salute e al reddito di milioni di residenti.

1. L'aumento della povertà assoluta nel 2020

Nel 2020 le persone in povertà assoluta³ hanno raggiunto il numero record di 5 milioni 602 mila unità: 1 milione in più rispetto al 2019, anno in cui si era registrata un'incoraggiante parabola discendente in termini assoluti e relativi⁴. Un andamento opposto si è invece verificato nell'incidenza della povertà relativa che ha continuato a diminuire perché si è abbassata la spesa media pro-capite degli italiani e dunque la soglia di riferimento su cui tale incidenza viene calcolata⁵. Le famiglie in povertà assoluta sono aumentate dal 6,4% al 7,7% mentre le persone nella medesima condizione sono aumentate dal 7,7% al 9,4%. (figura 1.1).

1 Emblematico è il *Quarto monitoraggio Caritas sull'emergenza pandemia e sulle risposte attivate nel territorio* diffuso il 21 maggio 2021 a un anno di distanza dall'inizio della fase 2 dell'emergenza Covid-19 (http://s2ew.caritasitaliana.it/materiali/comunicati/2021/CS_11_18-05-2021.pdf).

Per i tre monitoraggi precedenti si rinvia a Caritas, *Gli anticorpi della solidarietà. Rapporto 2020 sulla povertà e l'esclusione sociale in Italia*, Roma, 17 ottobre 2020.

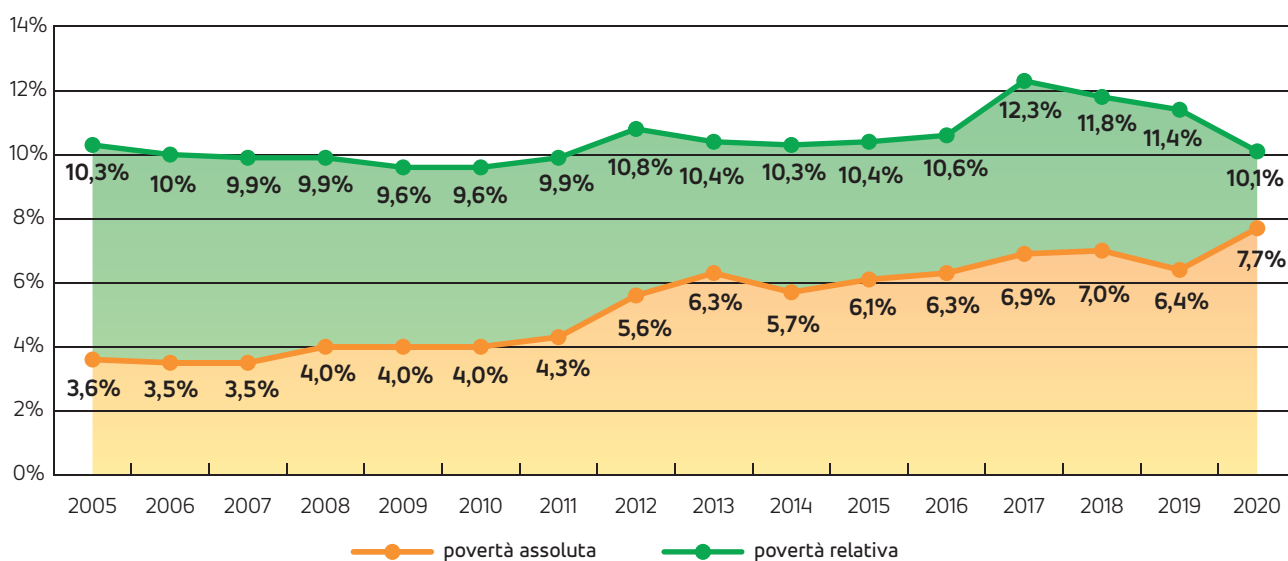
2 https://www.istat.it/it/files//2021/03/STAT_TODAY_stime-preliminari-2020-pov-assoluta_spese.pdf

3 Si tratta delle persone più povere tra i poveri.

4 Nel 2019 erano in povertà assoluta 1 milione 674 mila famiglie (6,4% del totale) equivalenti a 4 milioni 593 mila persone (7,7% del totale), in riduzione rispetto al 2018 quando le famiglie in povertà assoluta erano 1 milione 822 mila (7% del totale) equivalenti a 5 milioni 40 mila persone (8,4% del totale).

5 La povertà relativa viene calcolata a partire dalla spesa media mensile pro-capite di tutti i residenti in Italia. Durante le congiunture negative la parte (maggioritaria) della popolazione che gode di redditi medi riduce i suoi consumi facendo abbassare la soglia per il calcolo della povertà relativa; chi invece è già povero non riesce a ridurre significativamente i suoi già risicati consumi e resta dunque in posizione stazionaria. Quando però la soglia di povertà si abbassa, una parte dei poveri (definiti dall'Istat "appena poveri") finisce al di sopra di tale soglia anche se non migliora il suo tenore di vita e perciò non viene più conteggiato come povero, facendo abbassare il valore assoluto e relativo di chi è statisticamente povero. Le famiglie sotto la soglia di povertà relativa sono poco più di 2,6 milioni (10,1% da 11,4% del 2019), per un totale di circa 8 milioni di individui (13,5%).

Figura 1.1 - Andamento della povertà assoluta e relativa in Italia: 2005-2020 (valori percentuali).



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - Indagine "La spesa delle famiglie"

Tabella 1.1 - Indicatori di povert  assoluta per ripartizione geografica. Anno 2019 e 2020, migliaia di unit  e valori percentuali.

	Nord		Centro		Sud e Isole		Italia	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
	Migliaia di unit�							
Famiglie povere	726	943	242	290	706	775	1.674	2.007
Persone povere	1.860	2.554	663	788	2.071	2.259	4.593	5.602
	Incidenza (%)							
Famiglie	5,8	7,6	4,5	5,4	8,6	9,4	6,4	7,7
Persone	6,8	9,3	5,6	6,6	10,1	11,1	7,7	9,4

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - Indagine "La spesa delle famiglie"

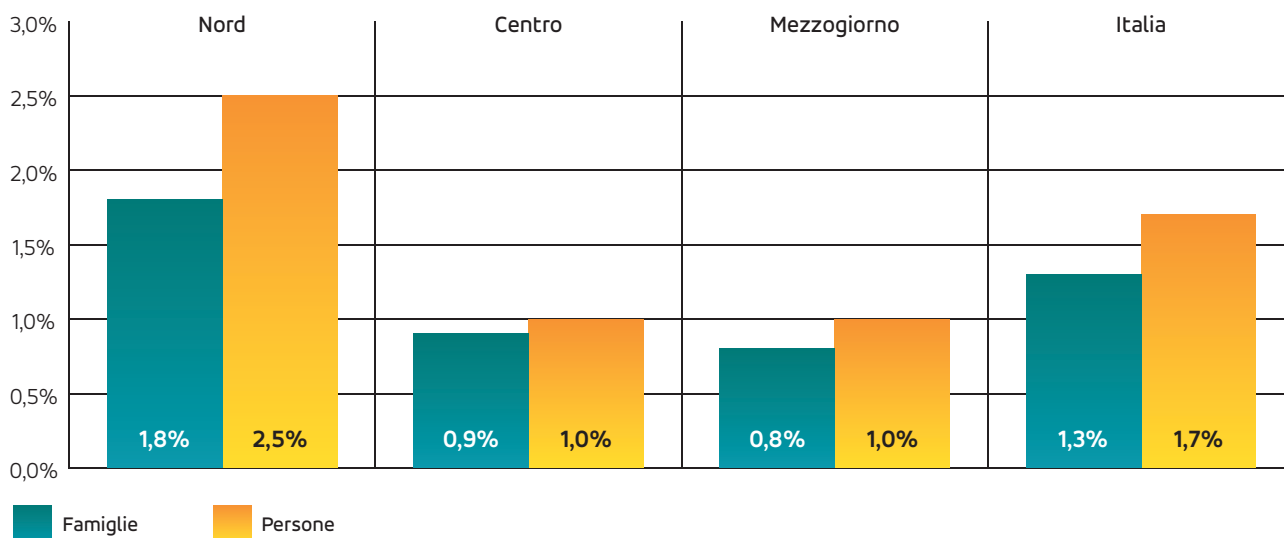
L'aumento della povert  assoluta (sia familiare che individuale)   stato pi  pronunciato nelle regioni del Nord, maggiormente colpite dalla diffusione dei contagi e dal blocco delle attivit  economiche legate al mercato⁶ (tabella 1.1 e figura 1.2).

Insieme a questo aspetto principale va considerato anche il fatto che nel Nord vi   una forte presenza di residenti stranieri tra i quali l'incidenza della povert  assoluta   cinque volte superiore a quella dei cittadini italiani⁷.

6 Chi lavora in questo settore dell'economia nazionale con un regolare rapporto di lavoro dipendente riceve, nella migliore delle ipotesi, il reddito (decurtato) derivante dalla cassa integrazione guadagni; da questo beneficio sono rimasti esclusi tutti i lavoratori autonomi e i lavoratori con contratti a termine scaduti o in scadenza; anche le diverse forme di "reddito di emergenza" attivate durante la pandemia hanno sopperito solo in parte alla perdita del lavoro e del reddito. Nessuna penalizzazione hanno invece subito gli occupati nel settore pubblico che hanno continuato a percepire il loro stipendio, indipendentemente dalle ore lavorate "a distanza". In questo modo sono aumentate anche le disuguaglianze orizzontali (tra i diversi settori economici e tra i percettori di stipendi equivalenti) oltre a quelle verticali (tra i percettori di redditi bassi e alti).

7 Sul totale dei 2 milioni 254 mila individui in povert  assoluta residenti nel Nord, 957 mila sono stranieri (37%) con una incidenza di povert  assoluta pari al 31,9% a fronte del 6,5% dei residenti italiani. Nel Mezzogiorno, l'incidenza di povert  assoluta tra gli stranieri   pari al 32,7% ma il loro peso relativo sul totale dei 2 milioni 259 mila poveri equivale solo al 12% essendo il loro numero assoluto pari a 280 mila unit  (vedi infra tabella 1.2)

Figura 1.2 - Variazioni (%) della povertà assoluta (delle famiglie e delle persone) tra il 2020 e il 2019 per ripartizione.



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - Indagine "La spesa delle famiglie"

Questa dinamica fa sì che le famiglie povere del nostro Paese risiedano per il 47% al Nord (943 mila unità) contro il 38,6% del Mezzogiorno (775 mila unità), con una differenza in valore assoluto di 168 mila famiglie. Un'analoga tendenza si registra anche sul versante individuale: risiede infatti al Nord il 45,6% delle persone in povertà assoluta (2 milioni 554 mila unità), contro il 40,3% dei poveri residenti nel Mezzogiorno (2 milioni 259 mila unità), con una differenza in valore assoluto di 295 mila persone. In quest'ultima ripartizione l'incidenza di povertà individuale è salita all'11,1% dal 10,1% del 2019, mentre nel Centro è salita al 6,6% dal 5,6% del 2019.

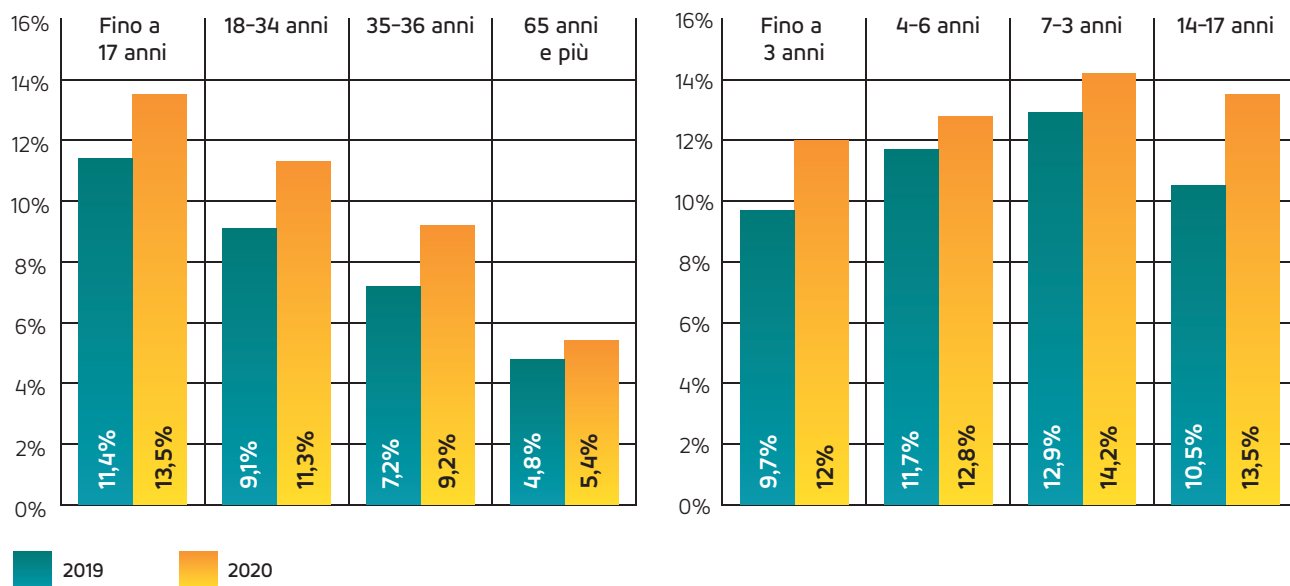
La composizione per classe di età mostra che l'incidenza di povertà assoluta è più alta fra i giovani (18-34 anni: 11,3%, pari a 1 milione 127 mila individui), si attesta al 9,2% tra gli adulti (35-64 anni, con oltre tre 2 milioni 394 mila individui), si mantiene invece su valori inferiori alla media nazionale per gli over 65 (5,4%, oltre 742 mila persone) (figura 1.3).

I minori in povertà assoluta (0-17 anni) raggiungono nel 2020 quota 1 milione 337 mila unità con un incremento di 200 mila unità rispetto al 2019 che innalza dall'11,4% al 13,5% l'incidenza. Disaggregando per età, l'incidenza si conferma più elevata nelle classi 7-13 anni (14,2%) e 14-17 anni (13,9%, in aumento) rispetto alle classi 4-6 anni (12,8%) e 0-3 anni (12,0%, in crescita rispetto al 2019). Anche tra i minori la diffusione della povertà aumenta soprattutto al Nord (da 10,7% a 14,4%) e nel Centro (da 7,2% a 9,5%), mentre nel Mezzogiorno rimane stazionaria (da 14,8% al 14,5%) (figura 1.4).

Tra i gruppi più penalizzati dalla crisi economica causata dalla pandemia si collocano al primo posto le famiglie numerose, in special modo quelle con figli in minore età. L'incidenza di povertà assoluta si attesta al 20,5% tra le famiglie con cinque e più componenti (è invece attorno all'8,5% se ci sono tre componenti) e al 22,7% tra quelle che hanno tre o più figli minori (è invece al 9,3% se c'è un solo figlio minore)⁸. Oltre a essere più spesso povere,

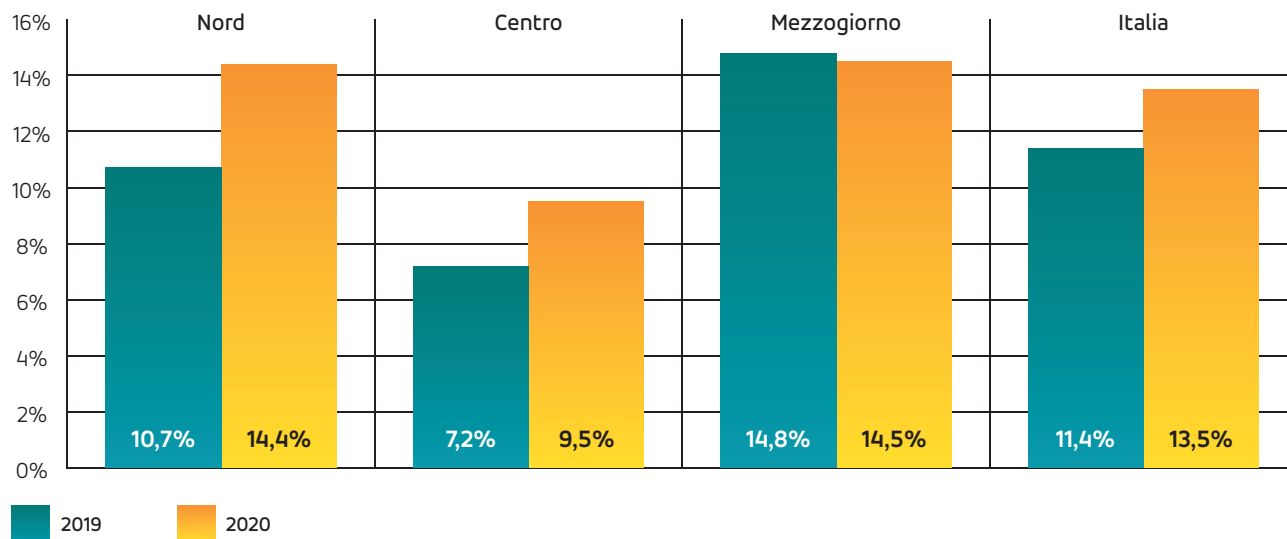
⁸ Le famiglie con minori in povertà assoluta sono oltre 767 mila, con un'incidenza dell'11,9% rispetto al 9,7% nel 2019.

Figura 1.3 - Incidenza di povertà assoluta tra tutti gli individui per classe di età e tra i soli minori per classe di età. Anni 2019-2020 (valori percentuali).



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - Indagine "La spesa delle famiglie"

Figura 1.4 - Incidenza di povertà tra i minorenni (0-17 anni) per ripartizione. Anni 2019-2020 (valori percentuali).



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - Indagine "La spesa delle famiglie"

le famiglie con minori sono anche in condizioni di disagio più marcato, come emerge dai dati sull'intensità della povertà (21,0% contro il 18,7% del dato generale)⁹. Critica è anche la situazione delle famiglie monogenitore che registrano un peggioramento più elevato rispetto al 2019 (da 8,9% a 11,7%).

⁹ Questo indicatore misura in termini percentuali quanto la spesa mensile delle famiglie povere è in media al di sotto della linea di povertà (cioè "quanto poveri sono i poveri").

La cittadinanza differenzia in modo molto rilevante l'incidenza della povertà assoluta. Sul totale dei 5 milioni 602 mila individui in povertà assoluta, gli stranieri sono 1 milione 512 mila, con una incidenza di povertà a livello nazionale pari al 29,3% contro il 7,5% degli italiani (*Tabella 1.2*).

Tabella 1.2 – Diffusione della povertà assoluta tra i cittadini italiani e stranieri per ripartizione territoriale. Anno 2020

	Nord	Centro	Sud e Isole	Italia
Individui italiani	1.597	514	1.979	4.089
Individui stranieri	957	275	280	1.512
Totale	2.554	788	2.259	5.602
	Incidenza %			
Individui italiani	6,5	4,9	10,1	7,5
Individui stranieri	31,9	21,1	32,7	29,3
Totale	9,3	6,6	11,1	9,4

Gli stranieri rappresentano il 27% della popolazione povera pur essendo solo l'8,6% della popolazione residente; per contro gli italiani rappresentano il 73% della popolazione povera pur formando il 91,4% dei residenti¹⁰. Le famiglie composte solo da italiani hanno un'incidenza di povertà pari all'8,6% (a livello nazionale), mentre le famiglie composte solo da stranieri hanno un'incidenza di povertà pari al 28,6% (*figura 1.5*)¹¹.

L'incidenza di povertà assoluta indica, in sintesi, che i soggetti più vulnerabili sono nell'ordine: le famiglie con stranieri (25,3%), famiglie con tre o più minori (22,7%), famiglie numerose con cinque o più componenti (20,5%), famiglie con persona di riferimento in cerca di occupazione (19,7%), coppie con tre o più figli (19,1%), persone in minor età (13,5%) (*figura 1.6*). Questa graduatoria indica chiaramente gli ambiti prioritari su cui dovrebbero concentrarsi le politiche di contrasto alla povertà.

Le tendenze generali fin qui osservate a livello nazionale e delle tre macro-ripartizioni territoriali (Nord, Centro, Mezzogiorno) trovano ulteriori conferme e specificazioni sia a livello regionale sia, soprattutto, a livello dei nove ambiti territoriali utilizzati dall'Istat per identificare altrettante soglie di povertà assoluta in grado di tener conto del costo della vita¹². Insieme alle classiche "Tre Italie" possiamo in questo modo fotografare anche le caratteristiche delle "Nove Italie" tanto reali, quanto raramente considerate.

¹⁰ All'inizio del 2020 gli stranieri residenti in Italia erano 5.160.410 a fronte dei 59.772.000 residenti totali.

¹¹ Oltre a queste due tipologie nettamente distinte, l'Istat considera anche due altre tipologie intermedie - costituite da "famiglie miste" e da "famiglie con stranieri" - che però non vengono considerate nella figura 1.5.

¹² Per tenere conto del diverso costo della vita nel nostro Paese, l'Istat ha identificato 9 diverse soglie di povertà assoluta in altrettante aree territoriali identificate in base alle 3 macro-ripartizioni Nord, Centro, Mezzogiorno e a tre tipi di comune, corrispondenti ai "comuni centro città metropolitane", "comuni alla periferia delle città metropolitane e comuni con oltre 50 mila abitanti, "comuni con meno di 50 mila abitanti". In base alla Legge 7 aprile 2014 n. 56, nelle Regioni a statuto ordinario le città metropolitane sono 10 e coincidono con i territori delle preesistenti province di Roma Capitale, Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Bari, Napoli e Reggio Calabria; a queste si sono aggiunte le quattro città metropolitane delle regioni a statuto speciale: Catania, Messina, Palermo (definite dalla LR 4 agosto 2015, n. 15 della Sicilia) e Cagliari (definita dalla LR 4 febbraio 2016, n.2 della Sardegna). Nelle città metropolitane abitano quasi 22 milioni di persone pari al 36,3% della popolazione totale.

Figura 1.5 - Incidenza di povertà assoluta familiare per cittadinanza dei componenti e ripartizione geografica. Anni 2019-2020 (valori percentuali).

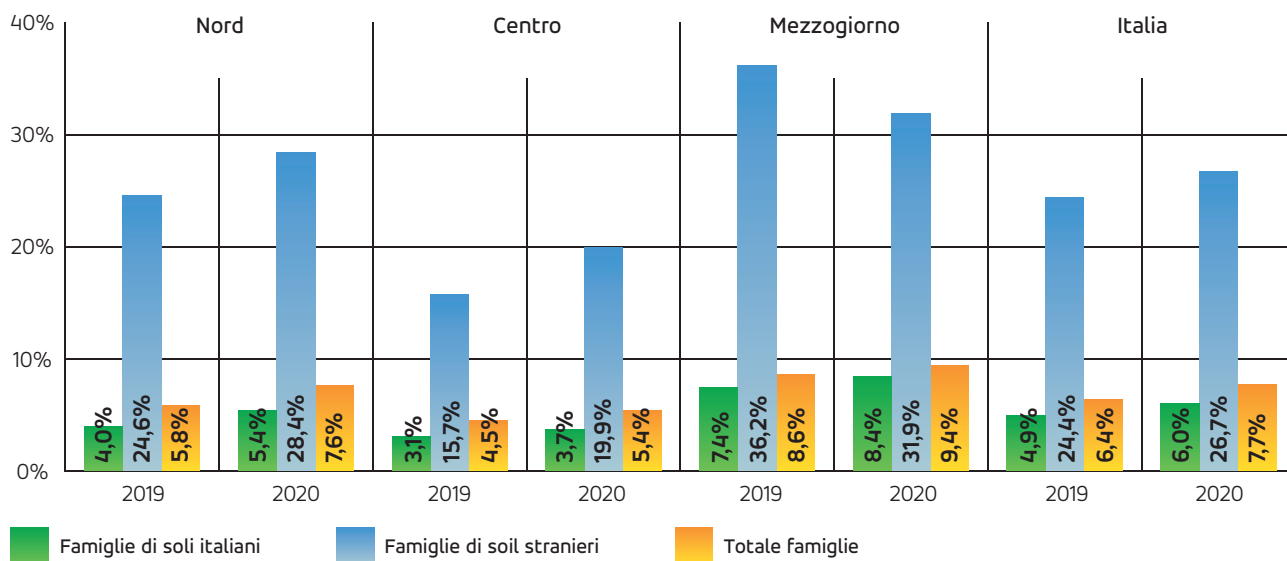
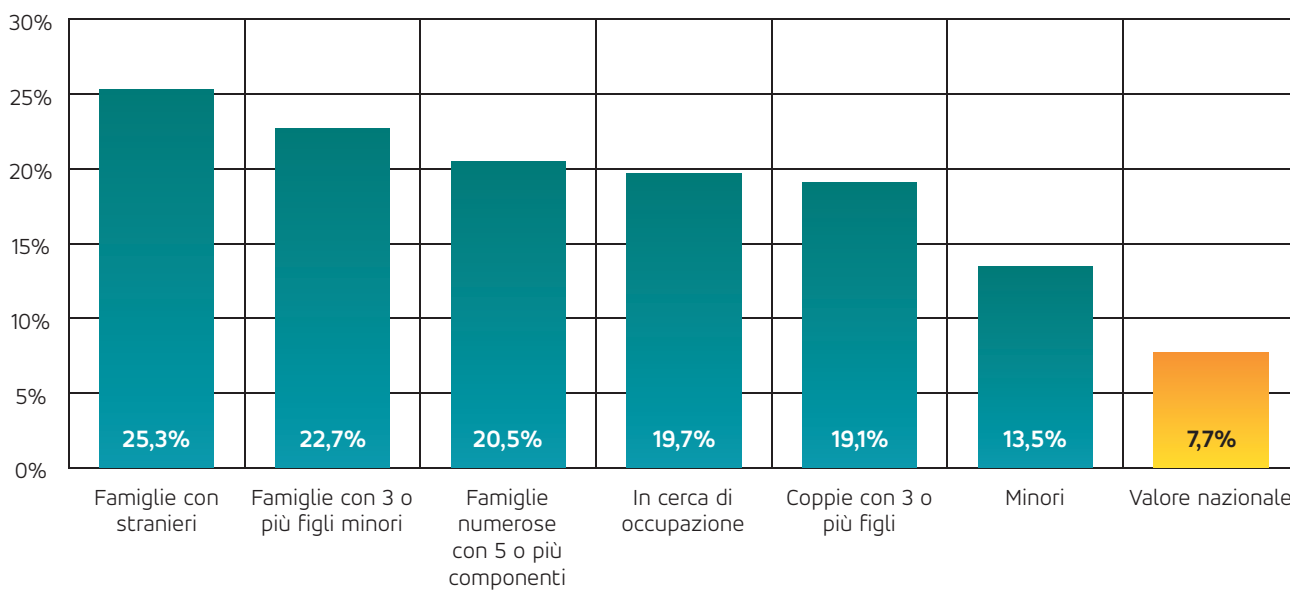


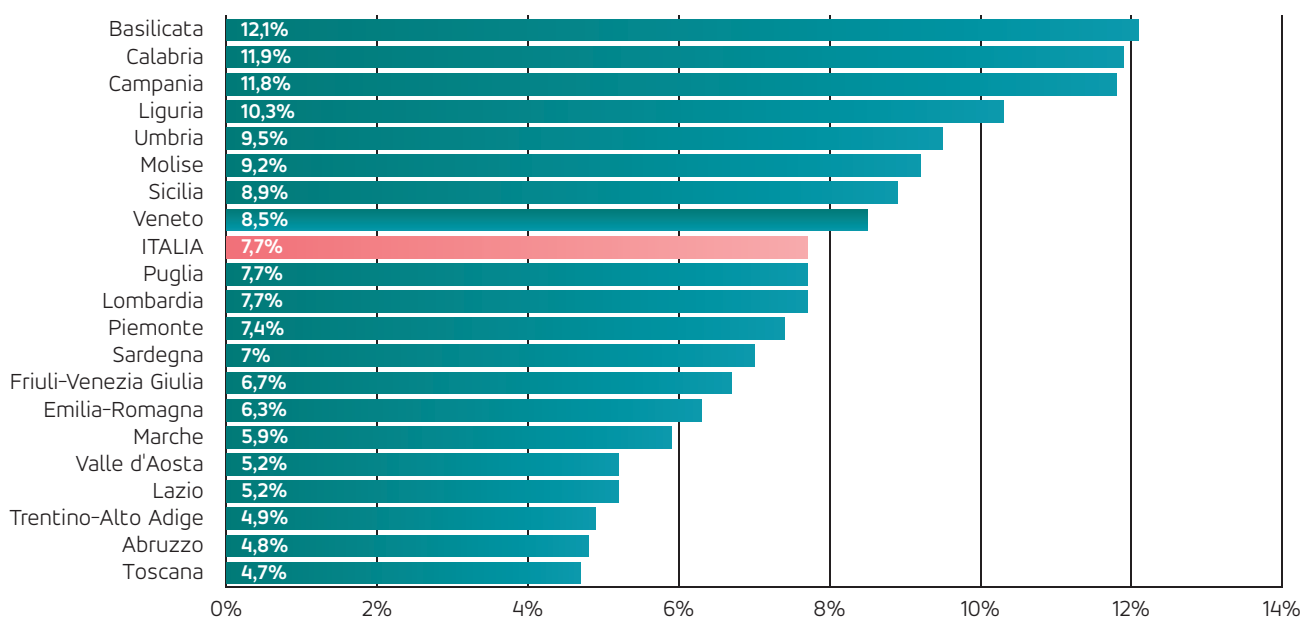
Figura 1.6 - Soggetti maggiormente vulnerabili sulla base dell'incidenza della povertà assoluta e confronto con il valore medio nazionale. Anno 2020 (valori percentuali).



Mettendo a confronto il dato medio nazionale con i *dati regionali sull'incidenza della povertà assoluta tra le famiglie* si osserva che otto regioni si collocano al di sopra della media nazionale: tra queste figurano anche il Veneto e la Liguria, appartenenti alle regioni del Nord, e il Molise e l'Umbria, appartenenti alle regioni del Centro.

Una situazione analoga si riscontra nelle 12 regioni con incidenza di povertà assoluta inferiore alla media nazionale, tra le quali troviamo in posizione più favorevole Toscana, Abruzzo e Trentino Alto-Adige e in posizione intermedia Friuli Venezia-Giulia e Sardegna, con un interessante e non scontato mix di Nord, Centro, Mezzogiorno. La classica distinzione Nord, Centro, Mezzogiorno risulta dunque meno compatta di quanto si è soliti immaginare (figura 1.7).

Figura 1.7 - Incidenza della povertà assoluta tra le famiglie per regione. Anno 2020 (valori percentuali).



Fonte: Elaborazioni Fondazione Banco Farmaceutico su dati ISTAT, Indagine "Spesa delle famiglie", anno 2020.

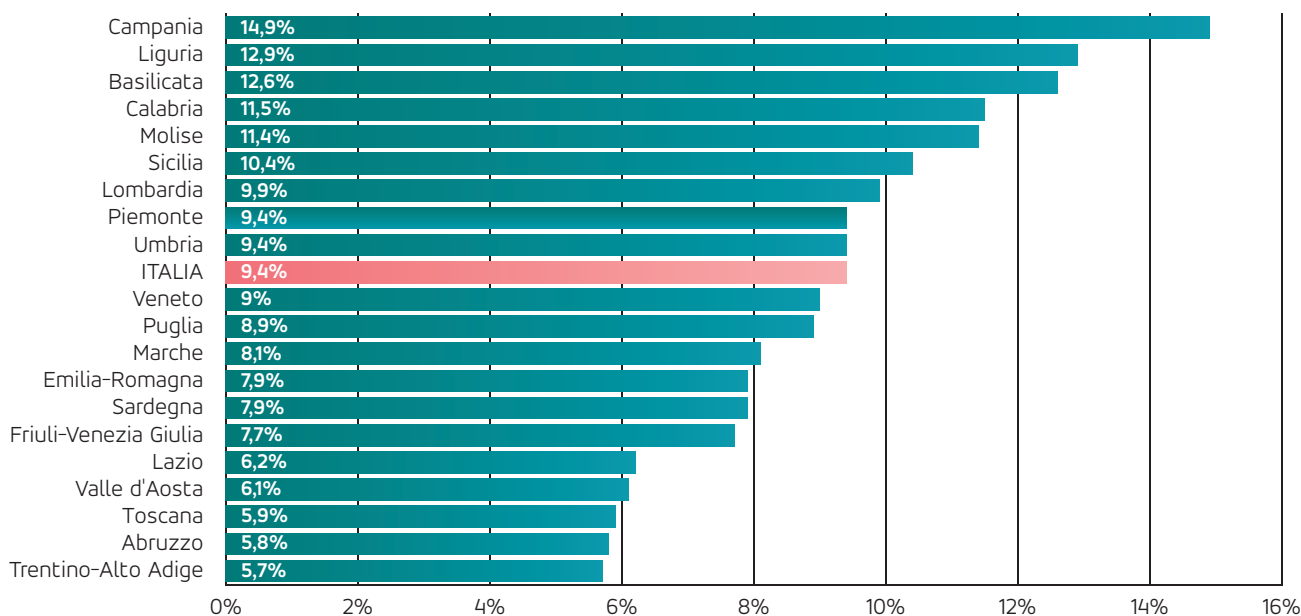
L'equivalente confronto sull'*incidenza di povertà assoluta tra gli individui*, identifica una graduatoria in parte diversa, con 9 regioni al di sopra della media tra cui figurano anche il Piemonte (con incidenza al 9,4%) e la Lombardia (con incidenza al 9,9%) che dunque peggiorano la loro posizione rispetto alla precedente graduatoria. Migliora invece leggermente la posizione del Veneto in quanto si colloca al di sotto della media nazionale, pur superando l'incidenza di povertà registrata a livello familiare (9% vs. 8,5%). Per effetto di queste variazioni, le regioni al di sopra dell'incidenza media nazionale passano da 8 a 9, mentre quelle al di sotto della media passano da 12 a 11. All'interno di questi due raggruppamenti si notano ulteriori variazioni tra alcune regioni: in testa alla classifica negativa passano la Campania (14,9%) e la Liguria (12,9%), superando la Basilicata e la Calabria; in testa alla classifica positiva passa invece il Trentino Alto-Adige (5,7%) che cede il suo precedente terzo posto alla Toscana (5,9%). Anche l'Emilia-Romagna e le Marche invertono la loro posizione, peggiorando peraltro il loro posto nella classifica positiva (figura 1.8).

L'aumento generalizzato dell'incidenza di povertà individuale rispetto a quella familiare dipende dal fatto che la diffusione della povertà aumenta all'aumentare del numero dei componenti familiari; in effetti, le famiglie povere hanno un numero medio di componenti superiore a quello delle famiglie non povere.

Dal punto di vista delle politiche di contrasto alla povertà risulta infine particolarmente eloquente considerare il numero assoluto delle persone povere che risiedono in ciascuna regione; è questo infatti il dato con cui misurare l'adeguatezza delle risorse economiche e organizzative fin qui investite in ciascuna regione, così come l'entità degli sforzi da compiere per ridurre la povertà in modo efficace e equo in tutte le regioni. Anche se dovrebbe essere ovvio, questo approccio informativo all'analisi e al contrasto della povertà risulta insolito e in parte contro-corrente rispetto al convenzionale *mainstreaming* (figura 1.9).

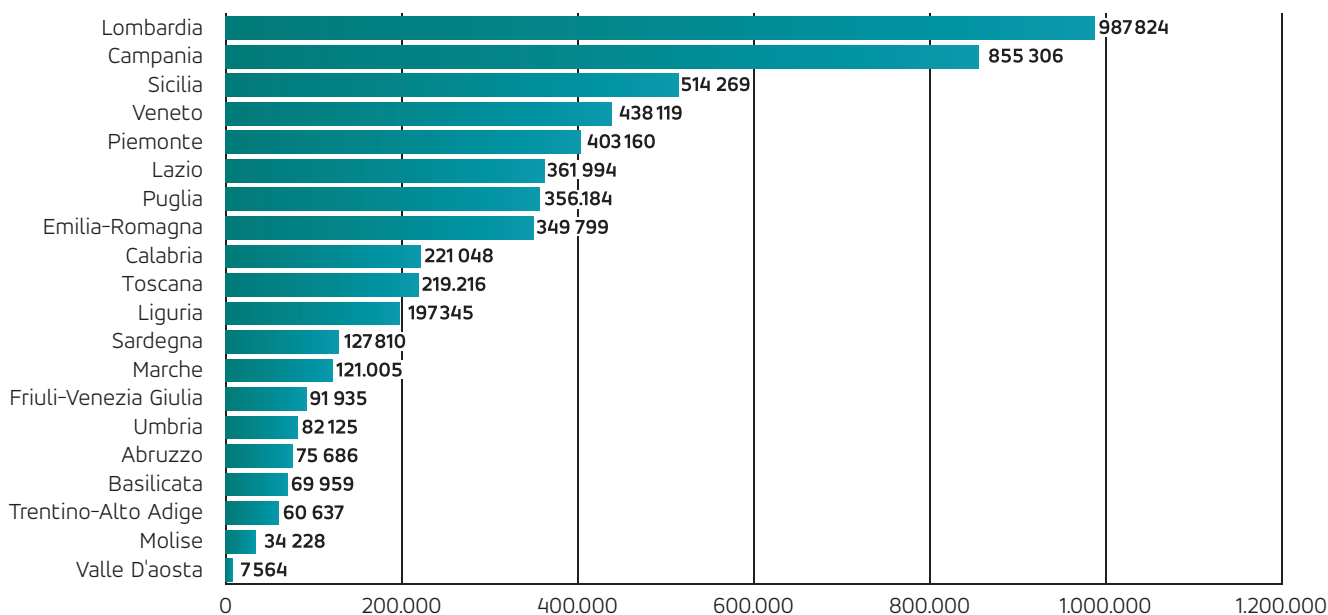
Inaspettatamente, la regione con il maggior numero di persone in povertà assoluta è la Lombardia che precede la Campania, la Sicilia, il Veneto e il Piemonte. Nell'ipotesi di erogare

Figura 1.8 - Incidenza della povertà assoluta tra gli individui per regione. Anno 2020 (valori percentuali).



Fonte: Elaborazioni Fondazione Banco Farmaceutico su dati ISTAT, Indagine "Spesa delle famiglie", anno 2020.

Figura 1.9 - Numero persone povere per regione. Anno 2020 (valori in migliaia).



un identico aiuto monetario pro-capite alle persone in povertà¹³, in Lombardia dovrebbero essere investite risorse equivalenti alla somma di quelle necessarie per la Sicilia e il Veneto. Analogamente si potrebbe dire che in Campania dovrebbero essere investite risorse equivalenti alla somma di quelle necessarie per Calabria, Toscana, Liguria, Sardegna e Marche.

¹³ Si tratta di un'ipotesi semplicistica perché non tiene conto dell'intensità della povertà sperimentata dai singoli soggetti e dai nuclei familiari di appartenenza; questa ipotesi ha solo l'intento di segnalare la necessità di parametrare in modo unico l'entità delle risorse al numero effettivo dei poveri presenti in un determinato territorio. Come si vedrà nel prossimo paragrafo 2, è comunque innegabile che le attuali misure di contrasto alla povertà - a partire dal Reddito di cittadinanza - necessitano di robusti correttivi per eliminare alcune palesi sperequazioni territoriali.

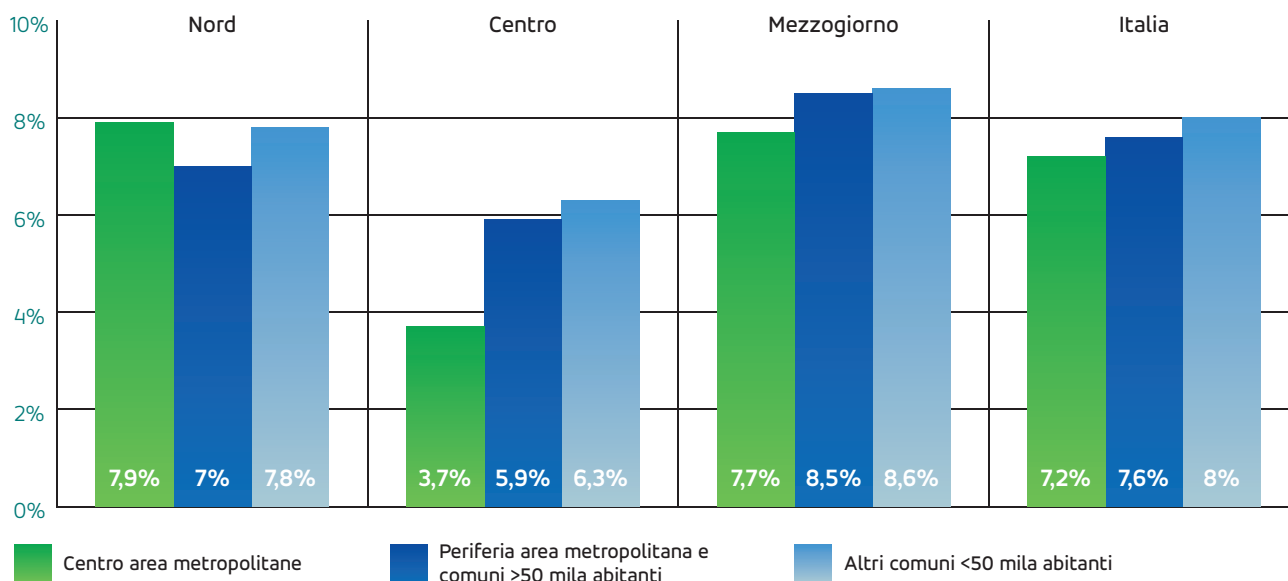
Il profilo che emerge da questo tipo di rappresentazione dei dati sconvolge ulteriormente le tradizionali distinzioni tra Nord, Centro e Mezzogiorno, chiamando in causa non solo le responsabilità del governo nazionale, ma anche quelle dei singoli governi regionali e locali a cui competono gli interventi programmatori e operativi in tema di politiche sociali.

Analizzare la povertà in base al numero delle persone coinvolte aiuta anche ad intravedere dietro ai numeri altrettanti volti e dunque a passare dalla logica del “contare” alla logica dell’“incontrare” i poveri, come già fanno i soggetti (persone, associazioni, organizzazioni, istituzioni) concretamente impegnati in opere di assistenza, solidarietà, inclusione sociale.

Insieme alle differenze regionali anche le differenze tra le *Nove Italie* evidenziano peculiarità insospettite. A livello nazionale l’incidenza di povertà assoluta è più diffusa nei comuni con meno di 50.000 abitanti: nei comuni centro area metropolitana la povertà assoluta è più diffusa nel Mezzogiorno (11,1% vs. 9,8% del 2019) e sensibilmente ridotta nel Centro (3,7% vs. 2% del 2019), con il Nord in posizione intermedia (7,9% vs. 7,1% del 2019); nei comuni alla periferia delle aree metropolitane o con più di 50.000 abitanti spetta ancora al Mezzogiorno la posizione più critica anche se vi è stato un lieve miglioramento rispetto al 2019 (8,5% vs. 8,9% del 2019). Tranne che nel Nord, i comuni più esposti alla povertà assoluta sono quelli con meno di 50 mila abitanti che dunque si rivelano socialmente più problematici (*figura 1.10*).

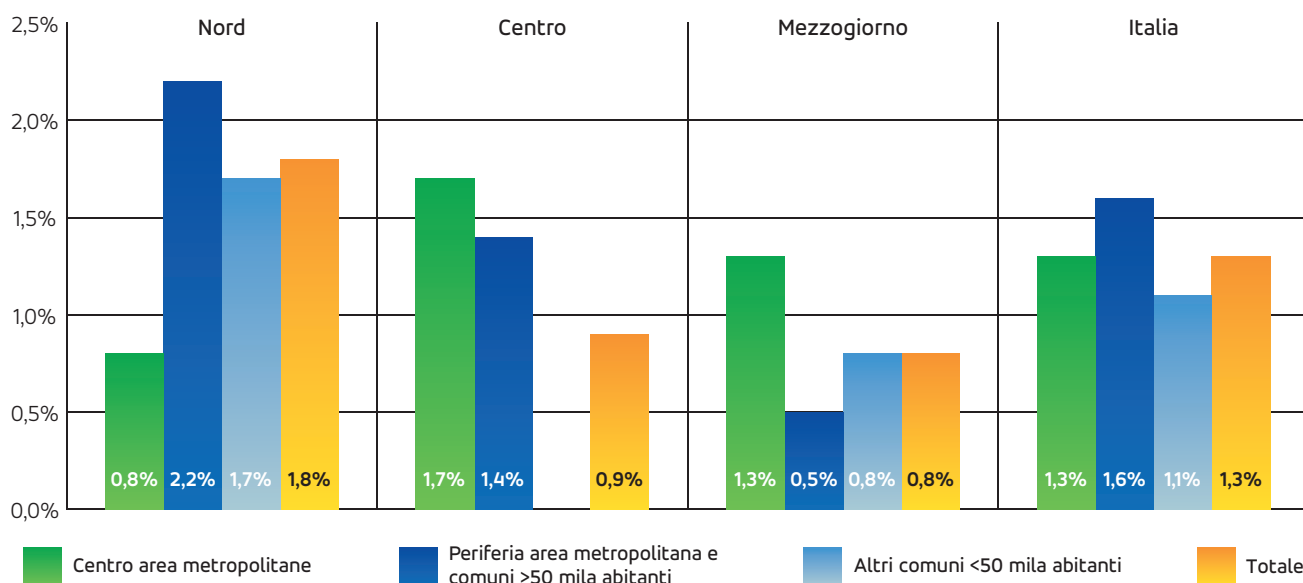
Le variazioni intervenute nelle Nove Italie nel biennio 2019-2020 confermano il peggioramento complessivo della situazione sociale e la sua articolazione territoriale. Nei comuni del Nord il peggioramento ha coinvolto principalmente i comuni alla periferia dei comuni metropolitani e con più di 50.000 abitanti. Nei comuni del Centro e del Mezzogiorno le criticità sono aumentate nel centro delle aree metropolitane (*figura 1.11*).

Figura 1.10 - Incidenza di povertà assoluta delle famiglie nelle Nove Italie, Anno 2020 (valori percentuali).



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - Indagine “La spesa delle famiglie”

Figura 1.11 - Variazione incidenza povertà assoluta delle famiglie 2020 su 2019 nelle Nove Italie (punti percentuali)



2. Povertà assoluta e reddito di cittadinanza

I dati fin qui esaminati risultano molto istruttivi e dovrebbero essere (non solo da oggi) alla base delle politiche di contrasto alla povertà. A questo proposito torna utile confrontare i dati sulla povertà dell'Istat con quelli relativi all'applicazione del Reddito di cittadinanza che rappresenta la principale misura strutturale di sostegno alle persone in povertà assoluta e che attualmente è sottoposta a riflessioni critiche e a proposte di revisione. Tra queste proposte si segnalano, per la loro autorevolezza e costruttività, quelle elaborate da Caritas Italiana¹⁴ e dalla Alleanza contro la povertà¹⁵ di cui la Fondazione Banco Farmaceutico è parte.

Le analisi e le riflessioni condotte all'interno della *Alleanza contro la povertà* concordano sulla necessità di introdurre una serie di correttivi al RdC per raggiungere in modo più mirato, equo ed efficiente il sostegno e l'inclusione sociale delle famiglie e delle persone effettivamente povere. Una prima criticità riguarda l'esclusione dal RdC di una parte consistente della popolazione povera (oltre il 50%) a causa della "prova dei mezzi" adottata per l'accesso alla misura; fortemente penalizzate sono in particolare le famiglie numerose e quelle con figli minori¹⁶. Ulteriori distorsioni provengono dall'inadeguata assistenza offerta a chi intende fare domanda del RdC; dal deficitario accompagnamento dei beneficiari verso percorsi di inclusione attiva; dallo scarso

¹⁴ Caritas Italiana, *Lotta alla povertà: imparare dall'esperienza, migliorare le risposte. Un monitoraggio plurale del Reddito di cittadinanza*, Roma 2021.

¹⁵ Alleanza contro la povertà, *Position Paper*, ottobre 2021

¹⁶ Sostanzialmente impropria ed iniqua è la scala di equivalenza applicata all'Isee in quanto resta "piatta" e dunque insensibile alla numerosità dei nuclei familiari e alla presenza dei minorenni. Problematici risultano anche i parametri Isee applicati al patrimonio mobiliare.

coinvolgimento dei beneficiari nei progetti utili alla collettività (PUC); dallo scoraggiamento alla ricerca del lavoro derivante dall'impossibilità di cumulare il RdC con lavori saltuari e a basso reddito, alimentando in tal modo la "trappola della povertà".

Nella stessa direzione vanno anche le proposte di Caritas Italiana finalizzate ad *ampliare i criteri di accesso* al RdC attraverso: la diminuzione del numero di anni di residenza richiesti ai cittadini stranieri, l'innalzamento delle soglie di patrimonio mobiliare; l'introduzione di una scala di equivalenza non discriminatoria verso le famiglie numerose; l'innalzamento delle soglie economiche del Nord. Per intercettare meglio le persone in povertà vengono proposte, in modo speculare, anche *misure restrittive all'accesso* attraverso l'abbassamento delle soglie economiche attualmente previste per le famiglie di una e di due persone.

È all'interno di questo contesto riflessivo e propositivo che si colloca questo contributo analitico dedicato al confronto tra la distribuzione territoriale dei soggetti in povertà assoluta nel 2020 e i percettori del RdC nello stesso anno.

L'ultimo rapporto INPS sull'andamento del RdC nel triennio 2019-2021¹⁷ indica che nell'anno 2020 hanno usufruito di questa misura 1 milione 576 mila nuclei familiari, pari a 3 milioni 696 mila persone, equivalenti ad una composizione media per nucleo di 2,35 persone (tabella 2.1).

Mettendo a confronto la distribuzione dei beneficiari del RdC nelle tre principali ripartizioni territoriali e l'analoga distribuzione dei soggetti in condizioni di povertà assoluta emerge però un forte squilibrio territoriale nel *tasso di inclusione* dei più poveri, proprio nella misura che dovrebbe funzionare a loro favore su base universalistica¹⁸ (tabella 2.1 e figura 2.1).

Tabella 2.1 – Percettori del RdC e soggetti in povertà assoluta . Anno 2020 (valori assoluti e percentuali)

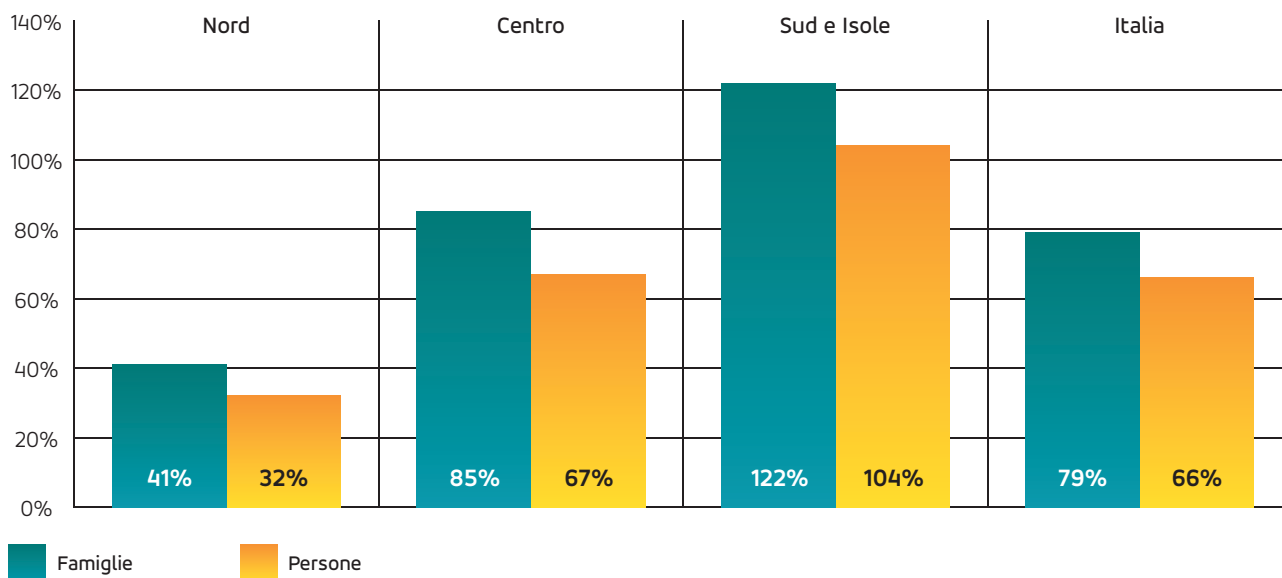
Ripartizione	percettori RdC		soggetti in povertà assoluta		tasso di inclusione nel RdC	
	Numero famiglie	Numero persone	Numero famiglie	Numero persone	% famiglie	% persone
Nord	387.269	813.922	942.500	2.554.300	41%	32%
Centro	245.687	528.069	289.800	788.200	85%	67%
Sud e Isole	942.973	2.354.395	775.100	2.258.900	122%	104%
Italia	1.575.929	3.696.386	2.007.400	5.601.500	79%	66%

Paradossale è la situazione nel Mezzogiorno, dove i percettori del RdC superano sia i nuclei familiari che le persone in povertà stimate dall'Istat. Il tasso nazionale conferma peraltro che il RdC include più le famiglie (79%) che le persone (66%) per effetto del trattamento sfavorevole riservato alle famiglie numerose. In sintesi, anche i dati qui considerati evidenziano che il RdC deve essere "riformato" sotto molti aspetti se si vogliono aiutare in modo più efficace i soggetti economicamente fragili.

¹⁷ Inps, Osservatorio Reddito/Pensione Cittadinanza e REM. Appendice Statistica ottobre 2021.

¹⁸ Il tasso di inclusione nel RdC a cui si fa qui riferimento si basa sul rapporto tra il numero dei percettori del RdC e la *popolazione povera residente*; diverge dunque dal metodo di calcolo utilizzato dall'Inps, basato sul rapporto tra il numero dei percettori del RdC e la *popolazione residente*.

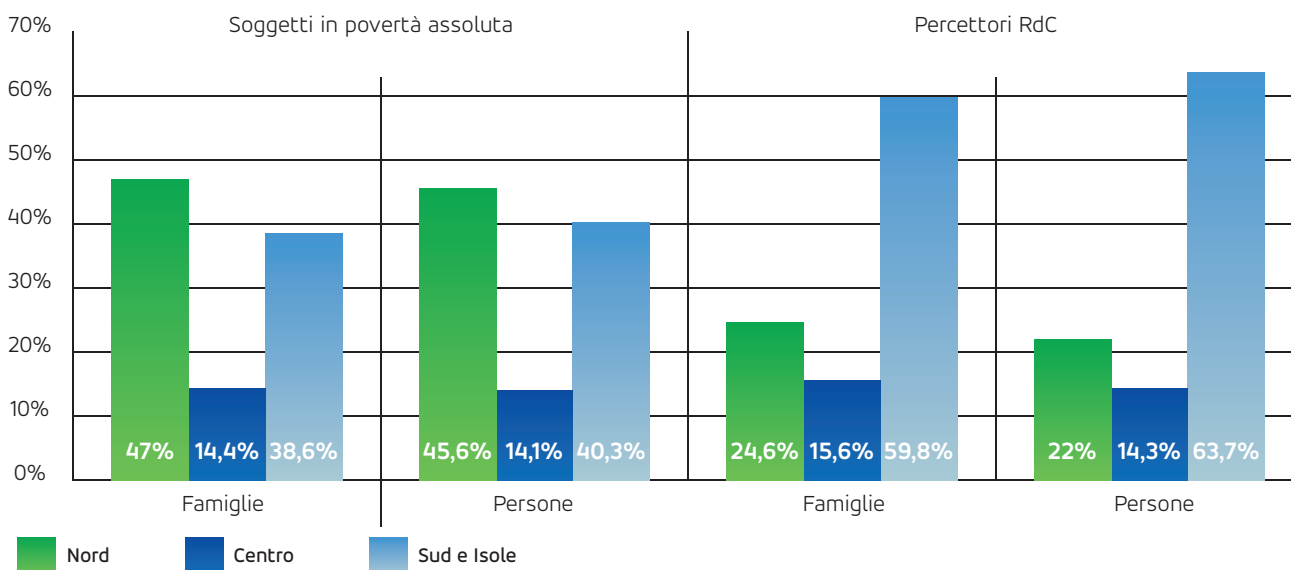
Figura 2.1 – Tasso percentuale di inclusione nel RdC dei soggetti in povertà assoluta per ripartizione territoriale. Anno 2020.



Le persone povere che risiedono nelle regioni del Nord (pari al 45,6% del totale) sono rimaste ampiamente escluse dal RdC dentro cui pesano solo per il 22%. Opposta risulta invece la situazione dei poveri residenti nel Mezzogiorno che hanno percepito il RdC in misura più che proporzionale alla loro numerosità (63,7% vs. 40,3%). Solo nelle regioni del Centro il rapporto è proporzionale e dunque equo. Un analogo squilibrio si registra considerando i nuclei familiari al posto delle persone (figura 2.2).

A determinare gli squilibri territoriali concorrono diversi fattori tra i quali va segnalato il fatto che l'accesso al RdC si basa su una prova dei mezzi (l'Isee) con soglie identiche su tutto il territorio nazionale che dunque non tengono conto del disomogeneo costo della vita e

Figura 2.2 -Distribuzione percentuale dei poveri e dei percettori del RdC per ripartizione territoriale.



dell'altrettanto disomogeneo valore reale dei redditi. A questo gap sfugge invece la stima della povertà assoluta costruita dall'Istat su un identico paniere di beni e servizi, valorizzato in termini monetari in base all'effettivo costo della vita in nove diversi tipi di comuni che identificano le *Nove Italie* (cfr. par. 1).

Tra le criticità emerse dalla sperimentazione del RdC - così come definito dalla legge istitutiva (n.26/2019) - va segnalata la sua inefficacia come strumento di politica attiva del lavoro, ovvero come strumento-ponte per l'inclusione nel mercato del lavoro dei soggetti deboli che vivono in tessuti economici altrettanto poveri di occasioni lavorative "decenti". Il contrasto della disoccupazione necessita indubbiamente di misure di sostegno al reddito per chi non è temporaneamente occupabile o fatica a trovare un'occupazione, ma è altrettanto evidente che queste misure non producono posti di lavoro. L'obiettivo occupazionale del RdC è risultato fallimentare non tanto per ragioni organizzative quanto per l'impossibilità strutturale di raggiungerlo con questo tipo di strumento.

Pensare alle politiche di inclusione lavorativa senza introdurre contemporaneamente politiche di sviluppo economico e occupazionale è una pura illusione a meno di non operare in territori con abbondanti occasioni di lavoro (come in alcuni contesti locali) e "semplici" problemi di *mismatch* tra domanda e offerta di lavoro, risolvibili per l'appunto con politiche attive del lavoro.

Alla luce di queste constatazioni sembra più logico e coerente valutare il RdC dal lato della sua efficacia assistenziale e dunque confrontare, come si è fatto, la platea dei percettori del RdC con la platea dei poveri che sono i suoi naturali interlocutori e aventi diritto¹⁹.

Nel valutare i risultati dei nostri confronti non va ignorata la diversa natura dei dati utilizzati che corrispondono a due diverse misure di povertà: nel caso della povertà assoluta ci riferiamo alla "povertà statistica" (definita in base alla costruzione di soglie di povertà convenzionali²⁰), mentre nel caso dei percettori del RdC si riferiamo alla "povertà amministrativa" identificata sulla base di criteri fortemente condizionati dall'ammontare delle risorse economiche messe a bilancio e dal numero di persone che si decide di includere (o escludere) dalla misura.

Nella dialettica tra "povertà statistica" e "povertà amministrativa" si inserisce la "povertà effettiva" coincidente con l'impossibilità di vivere con uno standard di vita minimamente dignitoso.

È con questa "povertà effettiva" che entrano in contatto diretto le organizzazioni pubbliche e le organizzazioni non profit orientate alle relazioni di aiuto e alla solidarietà sociale. Ed è a questa "povertà effettiva" - sperimentata da persone povere con un volto, un nome, una storia - che si rivolge da oltre 20 anni l'attività della Fondazione Banco Farmaceutico svolta insieme a migliaia di strutture caritative, assistenziali e di prossimità.

19 Questo approccio metodologico appare più coerente di quello utilizzato nei Rapporti trimestrali sull'attuazione del RdC redatti dell'Inps che valutano la sua "equa" distribuzione ed efficacia in base al tasso di disoccupazione.

20 Nel caso della povertà assoluta si utilizzano soglie di povertà differenziate in base alle caratteristiche dimensionali dei comuni e alle caratteristiche dei nuclei familiari (numerosità e composizione per fasce di età).

3. La spesa sanitaria dei poveri: poveri di reddito, poveri di salute

La scarsa disponibilità di risorse economiche che caratterizza le famiglie e le persone in povertà assoluta ha conseguenze dirette sulla loro salute psico-fisica ogni volta che esse devono sostenere la parte di spese farmaceutiche e sanitarie non garantite dal nostro SSN, malgrado la sua impostazione universalistica che lo rende uno dei sistemi migliori a livello europeo. È ormai a tutti noto che il costo dei farmaci etici da banco (*over the counter* ovvero OTC) è interamente a carico del cittadino e che anche i farmaci e le cure a carico del SSN richiedono – salvo specifiche esenzioni – la compartecipazione alla spesa sotto forma di ticket. L'effetto problematico di queste spese è tanto maggiore quanto più precaria è la salute e più intenso il bisogno di cure, ovvero quanto più è diffusa la “povertà di salute” di una singola persona.

La mancanza di salute (in forma acuta o cronica) rappresenta infatti di per sé una forma di “incapacitazione”²¹, che diventa tanto più difficile da affrontare quanto più fragile è la condizione economica e sociale. Ogni deficit di salute (lieve o grave, temporaneo o di lunga durata) riduce le capacità operative di una persona, con effetti diretti sulle attività lavorative e sul reddito che ne deriva, rendendo più precarie le condizioni economiche complessive anche nel caso di intervento delle garanzie di welfare.

Il problema diventa ancora più grave quando il deficit di salute colpisce persone appartenenti alla schiera dei disoccupati, dei lavoratori saltuari e/o irregolari e dei *working poor*, senza ignorare che un numero rilevante di persone in povertà assoluta non è occupabile, come nel caso dei minorenni, degli anziani, degli adulti con carichi familiari inconciliabili con attività lavorative soddisfacenti. In tutti questi casi il deficit di salute aumenta il rischio di impoverimento, generando un circolo vizioso tra salute e povertà che può essere interrotto solo con interventi di sostegno sinergici su entrambi questi aspetti.

Una documentazione di questo circolo vizioso è ricavabile dall'esperienza pluridecennale del Banco Farmaceutico e degli enti caritativi e assistenziali che si occupano di sopperire (almeno in parte) al bisogno di cure farmaceutiche e sanitarie delle persone indigenti. Ben prima, infatti, che la problematica della povertà sanitaria – intesa come difficoltà di accesso alle cure a pagamento delle persone economicamente fragili – entrasse nel radar delle rilevazioni statistiche e (successivamente) del dibattito pubblico sono state le strutture caritative ed assistenziali ad intercettare questo fenomeno e a incoraggiare la nascita di Banco Farmaceutico, nato come organizzazione non profit di secondo livello a sostegno delle organizzazioni non profit di primo livello, a diretto contatto con i poveri.

Solo agli inizi del secolo in corso si è cominciato a monitorare con attenzione il contributo

²¹ Questo termine è parte del “capability approach” elaborato da Amartya Sen in vari sue opere tra cui si segnala il volume “Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è sviluppo senza democrazia”, Mondadori, Milano 2001 (e successive edizioni). In questo testo il termine “capability” è tradotto con il termine “capacitazioni” per distinguerlo dal termine “capacity” (capacità) che ha un diverso significato.

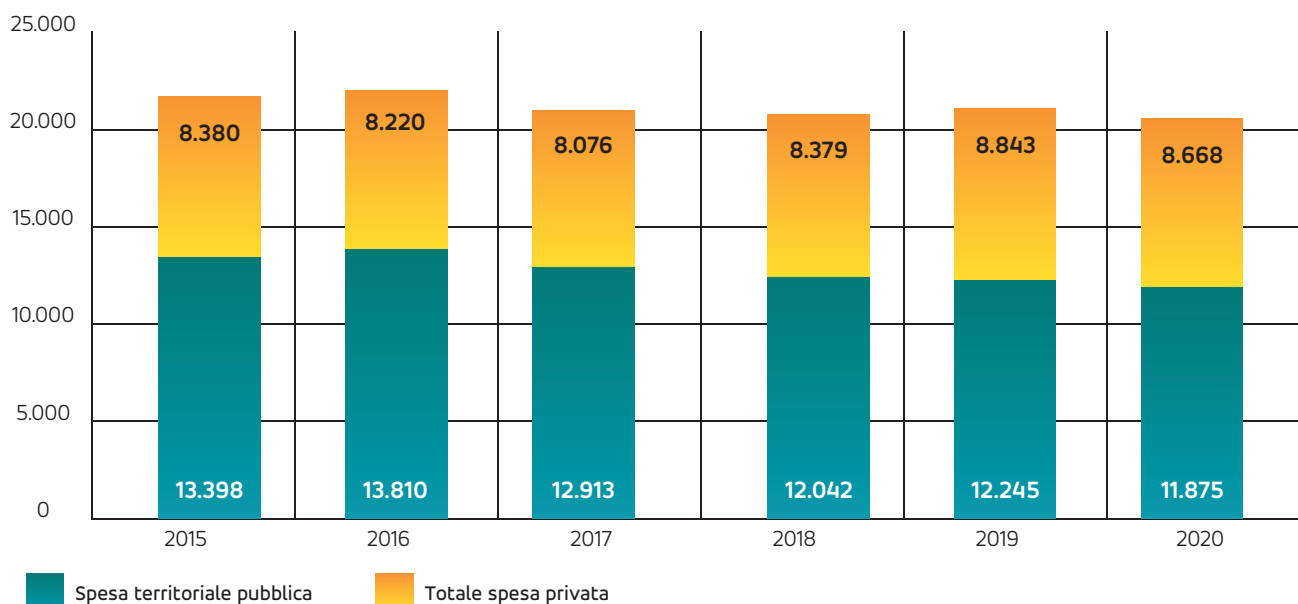
delle organizzazioni non profit nel campo assistenziale²² accorgendosi della loro crescente importanza operativa e culturale; nello stesso periodo si è cominciato a riconoscere l'esistenza di una spesa sanitaria a carico anche delle persone povere, tanto che l'Istat ha inserito questo elemento nel paniere di beni e servizi utilizzato per la stima della povertà assoluta²³.

Le spese farmaceutiche e sanitarie a carico anche dei poveri – che per l'appunto identificano la consistenza quanto-qualitativa della povertà sanitaria – aumentano le difficoltà economiche di questa parte della popolazione e determinano comportamenti tesi sostanzialmente alla riduzione, al rinvio e talora alla rinuncia delle cure, con effetti negativi e cumulativi sullo stato di salute nel breve e nel lungo periodo. Il ricorso a queste strategie non appartiene peraltro solo alla popolazione povera, ma anche ad una parte non piccola della popolazione complessiva, come è documentato dalle statistiche ufficiali sulle spese delle famiglie a cui attingiamo per le nostre analisi.

3.1 La spesa sanitaria a carico dei cittadini

Anche se il nostro SSN ha una forte impronta universalistica e inclusiva, una parte consistente delle cure sanitarie resta a carico dei cittadini. Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica territoriale questa parte ha raggiunto nel 2020 il 42,2% della spesa totale²⁴ (equivalente ad un importo di circa 8,7 miliardi di euro) con un incremento di 0,3 punti percentuali rispetto al 2019 (figura 3.1).

Figura 3.1 - Spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata. Anni 2015-2020.



Fonte: AIFA, L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto 2020 (Tab. 1.21, p. 23)

²² Cfr. Primo Censimento Istat delle organizzazioni non profit effettuato nel 2000.

²³ Istat, *La misura della povertà assoluta*, Metodi e norme n. 39, Roma 2009.

²⁴ Nel 2020 la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è stata pari a 20.543 milioni di euro con una contrazione del 2,6% rispetto al 2019.

In questa spesa rientrano la compartecipazione del cittadino (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto e il corrispondente prezzo di riferimento), l'acquisto privato di farmaci di fascia A, la classe C con ricetta, la spesa negli esercizi commerciali e tutti i farmaci da banco, che non richiedono prescrizione medica, tra cui figurano analgesici e antipiretici, antinfiammatori orali, preparati per tosse, raffreddore, dolori articolari-muscolari, cavo oro-faringeo antidiarroici, antimicrobici intestinali, antisettici e disinfettanti. Questi tipi di farmaci debbono essere pagati anche dai cittadini che vivono in povertà assoluta, ovvero con un reddito insufficiente per avere uno standard di vita minimamente dignitoso.

La presenza di questa spesa a carico dei poveri rivela l'esistenza di una insufficiente protezione universalistica del nostro sistema sanitario e la necessità di sopperire a questa carenza con misure appropriate.

3.2 La spesa sanitaria dei poveri

L'elaborazione dei micro-dati sui consumi delle famiglie nell'anno 2020 (Istat 2021) fornisce importanti dettagli sulla spesa sanitaria dei poveri e dei non poveri da cui si possono ricavare importanti indicazioni di policy a favore degli indigenti.

A livello nazionale, le persone indigenti possono permettersi una spesa sanitaria pro-capite equivalente al 17% di quella sostenuta dalle persone non povere (10,25 € vs. 60,96 €) con sensibili variazioni a livello regionale in funzione del diverso reddito e costo della vita (*tabella 3.7*). In generale, tanto più basso è questo rapporto percentuale, tanto più forte risulta la disparità tra le opportunità dei poveri e dei non poveri, a meno di non supporre che la bassa spesa sanitaria a carico dei poveri derivi da forme di sostegno (pubblico o privato) alle loro necessità.

Il gap tra la spesa sanitaria dei poveri e quella dei non poveri è più elevato nelle sette regioni al di sotto della media nazionale (Campania, Lombardia, Sardegna, Liguria, Veneto Emilia-Romagna, Abruzzo) (*figura 3.2*); queste regioni sono però molto differenziate sotto il profilo del benessere generale (misurabile in base ai consumi e al reddito pro-capite), della incidenza di povertà e del welfare. È dunque difficile trovare una spiegazione univoca a questi dati, interpretabili come esito sia di forti rinunce alle cure, sia dell'intervento di misure di sostegno integrative per chi è in povertà.

In tutte le altre regioni il gap tra poveri e non poveri si riduce a causa però di una crescente spesa sanitaria a carico dei poveri che dunque sono costretti ad impegnare una quota più elevata del loro (povero) reddito per sopperire a quello che appare principalmente come un deficit di assistenza.

La spesa sanitaria dei poveri risulta di più facile interpretazione se la osserviamo attraverso la lente di ingrandimento delle *Nove Italie* (*tabella 3.2*) dotate di maggiore omogeneità al loro interno in quanto accomunate (per costruzione) da un costo della vita di livello simile²⁵.

25 Su questo punto si rimanda alla nota 12.

Tabella 3.1 – Spesa pro-capite mensile sanitaria (compresi i medicinali) per condizione economica della famiglia. Regioni italiane, valori in euro, anno 2020.

Regione	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie	% spesa persone povere su spesa persone non povere
Piemonte	57,57	13,77	54,33	24%
Valle d'Aosta	64,26	13,11	61,57	20%
Lombardia	75,32	10,48	70,33	14%
Trentino-Alto Adige	59,52	10,96	57,13	18%
Veneto	66,51	6,43	61,40	10%
Friuli-Venezia Giulia	64,74	21,49	61,84	33%
Liguria	64,65	7,29	58,75	11%
Emilia-Romagna	69,56	6,53	65,58	9%
Toscana	52,22	9,44	50,22	18%
Umbria	53,74	12,26	49,82	23%
Marche	50,53	16,48	48,51	33%
Lazio	69,89	16,32	67,12	23%
Abruzzo	57,62	4,23	55,08	7%
Molise	46,53	9,03	43,10	19%
Campania	47,89	6,98	43,08	15%
Puglia	48,41	9,19	45,38	19%
Basilicata	51,60	11,00	46,69	21%
Calabria	54,84	18,00	50,46	33%
Sicilia	52,87	9,99	49,04	19%
Sardegna	37,72	4,27	35,39	11%
Totale Italia	60,96	10,25	57,06	17%

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT, Indagine La spesa delle famiglie

La spesa mensile delle persone indigenti tocca il suo valore minimo (6,91 €) nei comuni capoluogo delle aree metropolitane del Nord e il suo valore massimo (15,26 €) nei piccoli comuni del Centro, dove più elevato è l'invecchiamento della popolazione. La distanza tra i poveri e i non poveri risulta più elevata nel Nord specialmente nei comuni collocati al centro delle aree metropolitane, dove i poveri spendono solo il 9% dei non poveri. È invece meno polarizzata nei comuni piccoli del Centro, dove i poveri spendono molto (15,26 €) con un rapporto pari al 30% della spesa dei non poveri.

Se traduciamo i valori monetari in termini di paniere di beni e servizi acquistabili, risulta di tutta evidenza che il pacchetto terapeutico a carico dei cittadini poveri è anch'esso decisamente povero, con conseguenze inevitabilmente sfavorevoli per la salute.

Le spese sanitarie pro-capite variano in modo consistente anche tra le persone non povere: raggiungono il livello massimo nelle città metropolitane del Nord e del Centro (con 77 € e 74,80 €) e minimo nei piccoli comuni del Centro e del Mezzogiorno (rispettivamente 49,55 €

Figura 3.2 - Rapporto percentuale tra spesa sanitaria delle persone povere e delle persone non povere.

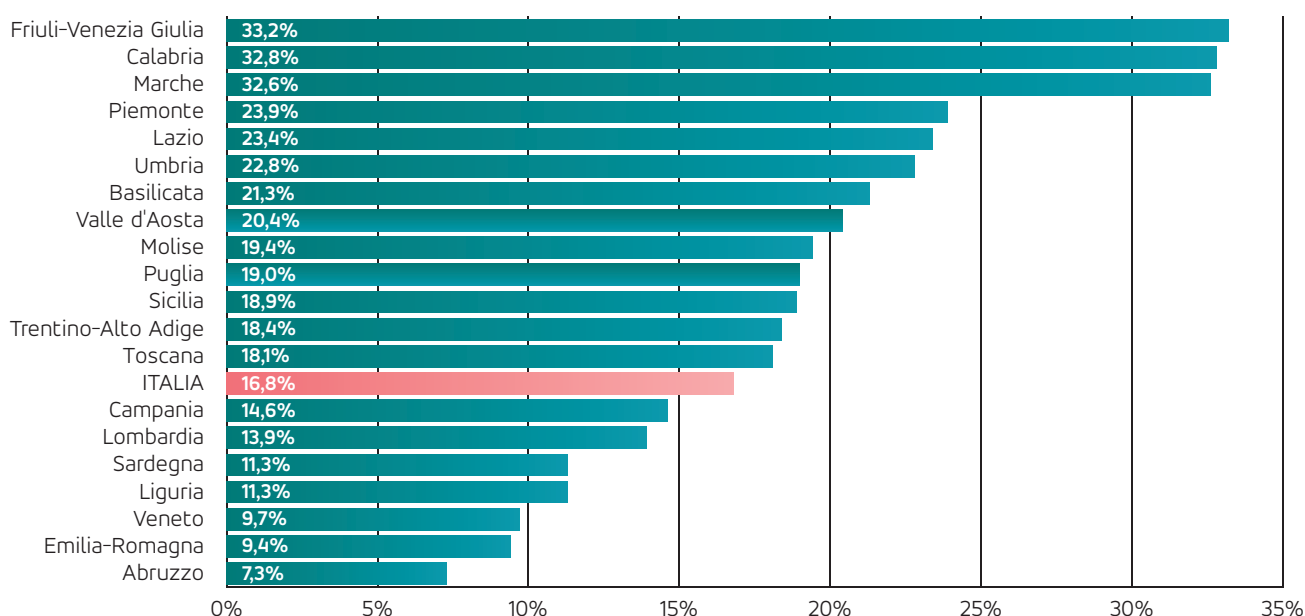


Tabella 3.2 - Spesa pro-capite mensile sanitaria (compresi i medicinali) per condizione economica della famiglia. Nove Italie, valori in euro, anno 2020.

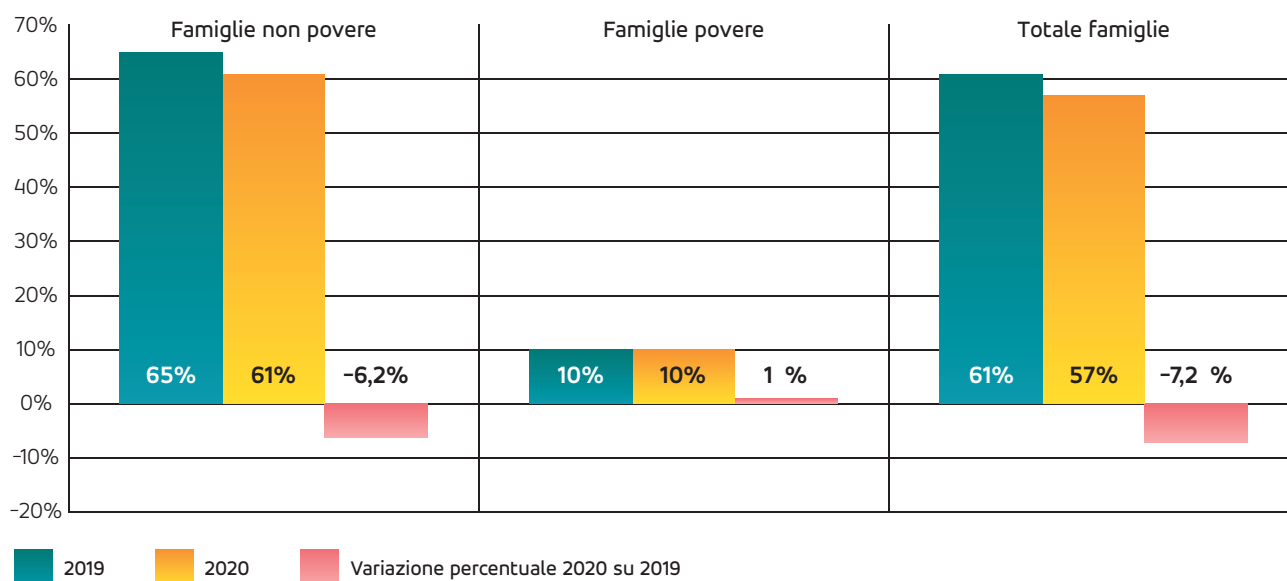
Ripartizione	Area	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie	Rapporto % tra spesa sanitaria dei poveri e dei non poveri
Nord	Centro area metropolitana	76,93	6,91	71,37	9%
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	71,19	9,64	66,86	13,5%
	Altri comuni <50 mila abitanti	64,25	10,85	60,11	16,9%
Centro	Centro area metropolitana	74,80	11,76	72,46	15,7%
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	63,54	13,37	60,60	21%
	Altri comuni <50 mila abitanti	49,55	15,26	47,39	30,8%
Mezzogiorno	Centro area metropolitana	55,21	8,52	50,04	15,4%
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	47,55	9,43	43,99	19,8%
	Altri comuni <50 mila abitanti	49,80	9,43	46,16	18,9%
Totale Italia		60,96	10,25	57,06	16,8%

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT, Indagine La spesa delle famiglie

e 49,80 €) per ragioni legate in parte all'andamento del reddito pro-capite in queste aree e in parte al (probabile) diverso costo delle prestazioni utilizzate.

Nel 2020 le spese sanitarie delle famiglie non povere si sono ridotte in tutte le tipologie comunali specie nel Nord; le spese delle famiglie indigenti sono invece rimaste stazionarie su livelli, in ogni caso, insufficienti rispetto ai bisogni di base. La pandemia ha provocato, in pratica, una contrazione delle spese sanitarie (opzionali e necessarie), con un impatto però molto diverso su chi appartiene a famiglie povere e non povere (figura 3.3).

Figura 3.3 - Spesa pro-capite mensile sanitaria (compresi medicinali) e variazione percentuale. Anni 2019-2020.



Nel primo caso siamo di fronte ad una spesa comprimibile, con danni relativamente limitati sul benessere dei singoli; nel secondo caso siamo invece in presenza di una spesa già al limite che aggrava ulteriormente una situazione già seriamente compromessa su cui dovrebbero intervenire supporti integrativi da parte del SSN e delle organizzazioni assistenziali.

Val la pena osservare che tanto per i poveri quanto per i non poveri il peso percentuale della spesa sanitaria delle famiglie sul totale della spesa per consumi si attesta su valori complessivi abbastanza simili (2% vs. 1,6%) (tabella 3.3) anche se con valori monetari molto distanti (60,96 € vs. 10,25 €).

Entrambi i sottogruppi compiono in pratica, in termini relativi, un “investimento” e/o un “sacrificio” abbastanza simile per tutelare la propria salute, con risultati assolutamente diversi a livello del paniere di beni e servizi sanitari acquistabili da ciascuno di essi.

Nel caso dei poveri, le percentuali di spesa più elevate si registrano nei piccoli comuni del Mezzogiorno (2,3%) e, in subordine, nei comuni capoluogo delle città metropolitane del Centro e del Mezzogiorno (1,9%). Molto ridotto (0,7%) è invece il peso della spesa nei comuni capoluogo delle città metropolitane del Nord per ragioni riconducibili contemporaneamente al denominatore più alto²⁶, sia alla spesa sanitaria inferiore alla media (6,21 € vs. 10,25 € - cfr. tabella 3.2).

Osservando le differenze nell’ambito dei non poveri, si nota che le percentuali di spesa più elevate (2,5%-2,7%) si registrano in ciascuna tipologia comunale del Mezzogiorno, rendendo verosimile l’ipotesi che questa tendenza dipenda per i consumi da maggiori carenze del SSN.

²⁶ La spesa mensile complessiva dei non poveri residenti nel Nord è più elevata rispetto al resto della popolazione non povera

Tabella 3.3 – Peso percentuale della spesa sanitaria delle famiglie sul totale della spesa per consumi per condizione economica della famiglia nelle Nove Italie, anno 2020.

Ripartizione	Area	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie
Nord	Centro area metropolitana	1,6%	0,7%	1,6%
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	1,8%	1,5%	1,8%
	Altri comuni <50 mila abitanti	1,9%	1,5%	1,9%
Centro	Centro area metropolitana	1,7%	1,9%	1,7%
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	2,1%	1,8%	2,1%
	Altri comuni <50 mila abitanti	1,8%	1,7%	1,8%
Sud e Isole	Centro area metropolitana	2,6%	1,9%	2,5%
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	2,5%	1,6%	2,5%
	Altri comuni <50 mila abitanti	2,7%	2,3%	2,7%
ITALIA		2,0%	1,6%	2,0%

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT, Indagine La spesa delle famiglie

3.3 La spesa farmaceutica dei poveri

La spesa sanitaria rilevata dall'Istat include diverse prestazioni e precisamente: la spesa per medicinali, articoli sanitari, attrezzature terapeutiche, servizi medici ospedalieri servizi dentistici servizi paramedici (tabella 3.4).

Per il totale delle famiglie, la maggior parte della spesa (43%) è assorbita dai medicinali, in seconda battuta dai servizi dentistici (21%) e in terza battuta dai servizi ospedalieri (15%), seguiti a distanza dalle altre prestazioni. Da questi valori medi si distanziano sensibilmente le persone povere che destinano il 62% ai medicinali e solo il 7% ai servizi dentistici, con esiti problematici facilmente prevedibili²⁷. Considerando che ai servizi dentistici si ricorre spesso in funzione preventiva oltre che terapeutica, possiamo considerare la ridotta spesa dei poveri per questa voce un indicatore anche di scarsa attenzione alla prevenzione, sia per stato di necessità (il basso reddito disponibile) sia per debole orientamento culturale.

Tabella 3.4 – Spesa pro-capite mensile sanitaria (compresi i medicinali) per condizione economica della famiglia. Nove Italie, valori in euro, anno 2020.

Spesa	Valori in euro			Peso % sulla spesa sanitaria		
	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie
Medicinali	25,94	6,37	24,43	43%	62%	43%
Articoli sanitari	3,35	0,56	3,13	5%	5%	5%
Attrezzature terapeutiche	5,32	0,40	4,94	9%	4%	9%
Servizi medici ospedalieri	9,04	1,42	8,45	15%	14%	15%
Servizi dentistici	12,66	0,75	11,74	21%	7%	21%
Servizi paramedici	4,66	0,76	4,36	8%	7%	8%
Totale servizi sanitari e spese per la salute	60,96	10,25	57,06	100%	100%	100%

Un segnale negativo giunge anche dal fatto che i poveri spendano per servizi ospedalieri una percentuale quasi identica a quella dei non poveri (14% vs. 15%); la necessità di compiere uno sforzo economico così “importante” indica infatti la presenza, anche in questo ambito, di accessi non pienamente gratuiti per gli indigenti, come invece sarebbe logico e auspicabile attendersi.

L’approfondimento dei dati sulla spesa per i farmaci mostra che le persone che vivono nelle famiglie povere destinano a questa voce mediamente 6,37 € a livello nazionale, con ampie variazioni tra le singole regioni e tra le *Nove Italie*.

Il *profilo regionale* della spesa pro-capite mensile per i medicinali evidenzia una situazione molto eterogenea per quanto riguarda sia i valori assoluti (compresi tra i 2,15 € in Abruzzo e i 16,05 € in Friuli-Venezia Giulia), sia il rapporto percentuale tra la spesa dei poveri e dei non poveri (compreso tra il 9% in Abruzzo e il 73% in Friuli-Venezia Giulia) (*tabella 3.5 e figura 3.5*).

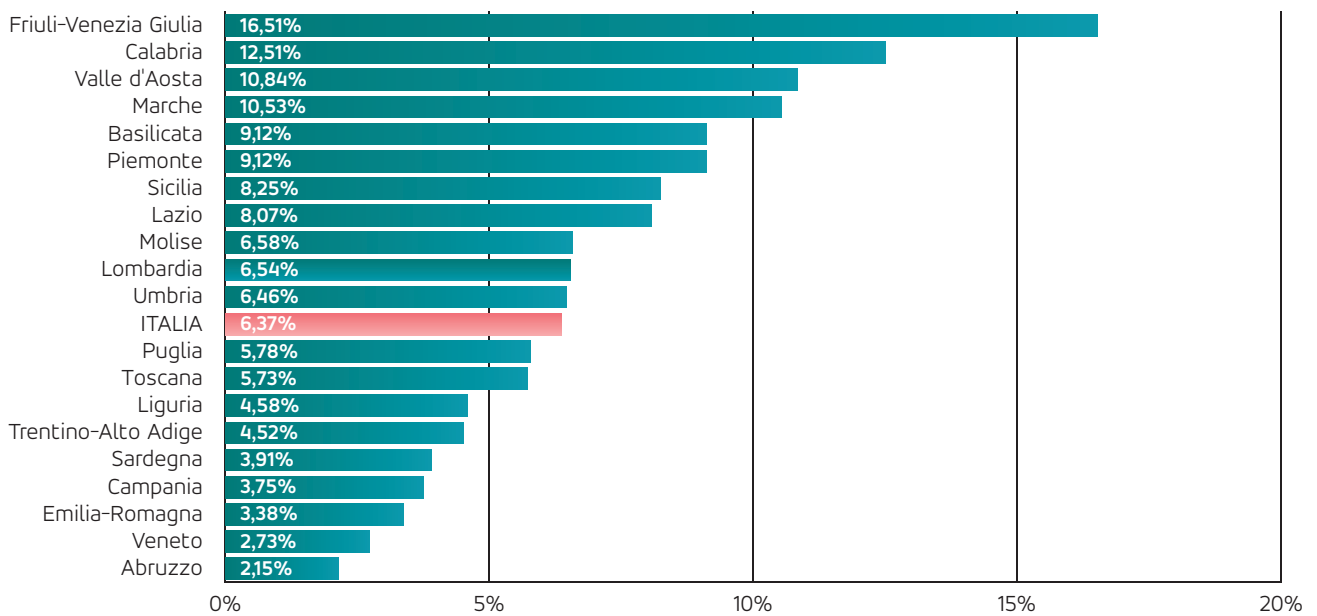
La distanza tra i due gruppi è più ridotta rispetto a quanto si è registrato analizzando la spesa sanitaria complessiva: questo risultato dipende dal fatto che i poveri destinano oltre il 60% del loro budget sanitario all’acquisto di farmaci, rinunciando principalmente agli altri tipi di cure. Sia per

Tabella 3.5 – Spesa pro-capite mensile per i medicinali per condizione economica della famiglia. Regioni italiane, valori in euro, anno 2020.

Regione	Famiglie non povere	Famiglie povere	% spesa persone povere su spesa persone non povere
Piemonte	24,46	9,12	37%
Valle d’Aosta	36,24	10,84	30%
Lombardia	28,46	6,54	23%
Trentino-Alto Adige	23,07	4,52	20%
Veneto	26,06	2,73	10%
Friuli-Venezia Giulia	22,04	16,05	73%
Liguria	28,34	4,58	16%
Emilia-Romagna	22,72	3,38	15%
Toscana	24,67	5,73	23%
Umbria	25,51	6,46	25%
Marche	19,61	10,53	54%
Lazio	28,54	8,07	28%
Abruzzo	24,52	2,15	9%
Molise	26,94	6,58	24%
Campania	26,89	3,75	14%
Puglia	22,72	5,78	25%
Basilicata	25,46	9,12	36%
Calabria	28,14	12,51	44%
Sicilia	30,35	8,25	27%
Sardegna	15,09	3,91	26%
ITALIA	25,94	6,37	25%

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT, Indagine La spesa delle Famiglie

Figura 3.4 - Spesa pro-capite mensile per i medicinali nelle famiglie povere. Anno 2020 (valori in euro).



la maggiore facilità di accesso che per ragioni culturali, il ricorso ai farmaci risulta più immediato e per così dire “a portata di mano” rispetto al ricorso a trattamenti sanitari più complessi.

Disponendo in ordine crescente anche il rapporto percentuale tra la spesa farmaceutica dei poveri e dei non poveri ritroviamo la forte polarizzazione tra l’Abruzzo e il Friuli-Venezia Giulia; in questo caso però le regioni al di sotto della media nazionale (24,6%) - e dunque con un gap più elevato tra abbienti e non abbienti - salgono a nove confermando il mix atipico tra regioni del Nord, del Centro e del Sud che mette in discussione le rappresentazioni convenzionali.

Meglio interpretabili sono, anche in questo caso, le differenze tra le *Nove Italie* che presentano livelli di spesa pro-capite meno polarizzati, compresi tra 2,94 € nel centro delle città metropolitane e 7,93 € nelle periferie metropolitane del Centro (*tabella 3.6*).

Al di sopra della spesa media di 6,37 euro si collocano gli indigenti che risiedono nei comuni (grandi, medi e piccoli) del Centro, a cui si aggiungono i residenti nei comuni più piccoli del Mezzogiorno (*Figura 3.5*).

Un’analisi più dettagliata conduce ad evidenziare che in alcuni contesti territoriali la spesa farmaceutica pro-capite dei poveri supera di gran lunga l’incidenza percentuale media (pari al 62%), con punte del 67-78% nel Mezzogiorno, rispettivamente nel caso delle aree metropolitane e nei comuni più piccoli

La situazione meno penalizzante si registra tra i poveri residenti nei comuni metropolitani del Nord, probabilmente anche per la presenza di grandi enti caritativi che donano farmaci agli indigenti e per il più diffuso intervento di reti sussidiarie di aiuto. Alla luce di questa ipotesi non è casuale che nel resto dei comuni (grandi e piccoli) il rapporto percentuale risalga al 61-66%, cioè a valori prossimi al livello medio nazionale (62%).

In tutti questi dati si riflettono problematiche relative all’estensione e all’efficacia del welfare sanitario rispetto a bisogni di salute non dilazionabili.

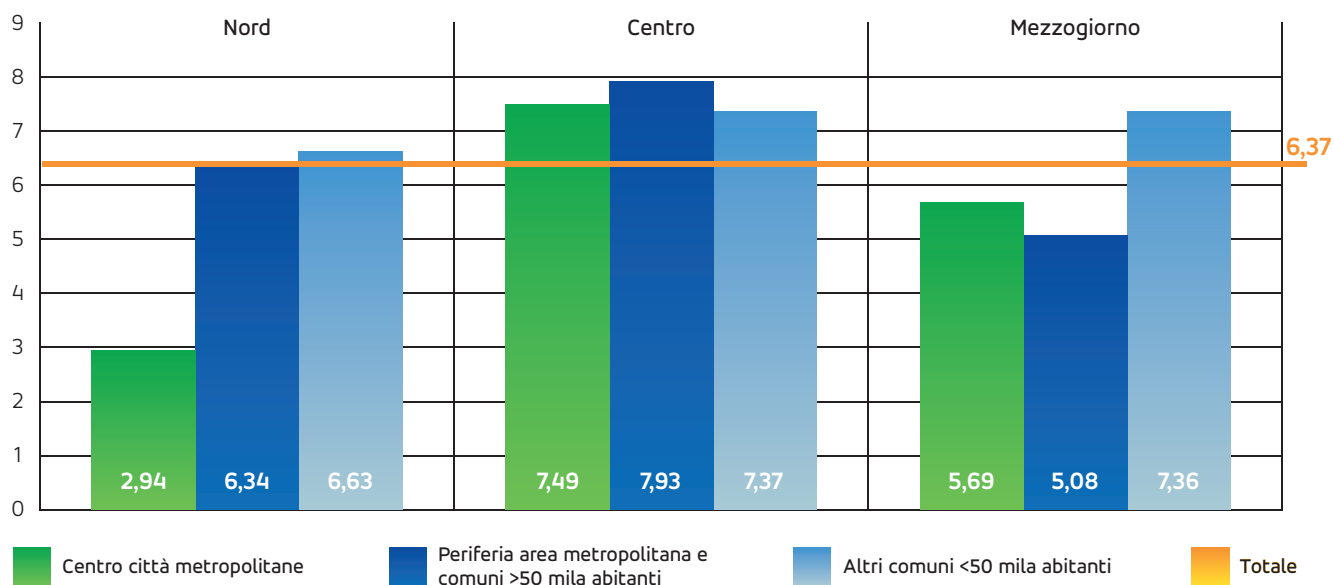
Tabella 3.6 - Spesa pro-capite mensile in medicinali per condizione economica della famiglia. 9 Aree territoriali ISTAT, valori in euro, anno 2020.

Ripartizione	Area	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie	Rapporto % spesa per farmaci e totale spesa sanitaria delle famiglie non povere	Rapporto % spesa per farmaci e totale spesa sanitaria delle famiglie povere
Nord	Centro area metropolitana	28,82	2,94	26,77	37%	43%
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	26,53	6,34	25,11	37%	66%
	Altri comuni <50 mila abitanti	24,95	6,63	23,53	39%	61%
Centro	Centro area metropolitana	31,27	7,49	30,39	42%	64%
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	27,49	7,93	26,34	43%	59%
	Altri comuni <50 mila abitanti	21,46	7,37	20,57	43%	48%
Sud e Isole	Centro area metropolitana	29,39	5,69	26,77	53%	67%
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	24,55	5,08	22,73	52%	54%
	Altri comuni <50 mila abitanti	25,67	7,36	24,02	52%	78%
Totale Italia		25,94	6,37	24,43	43%	62%

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT, Indagine La spesa delle famiglie

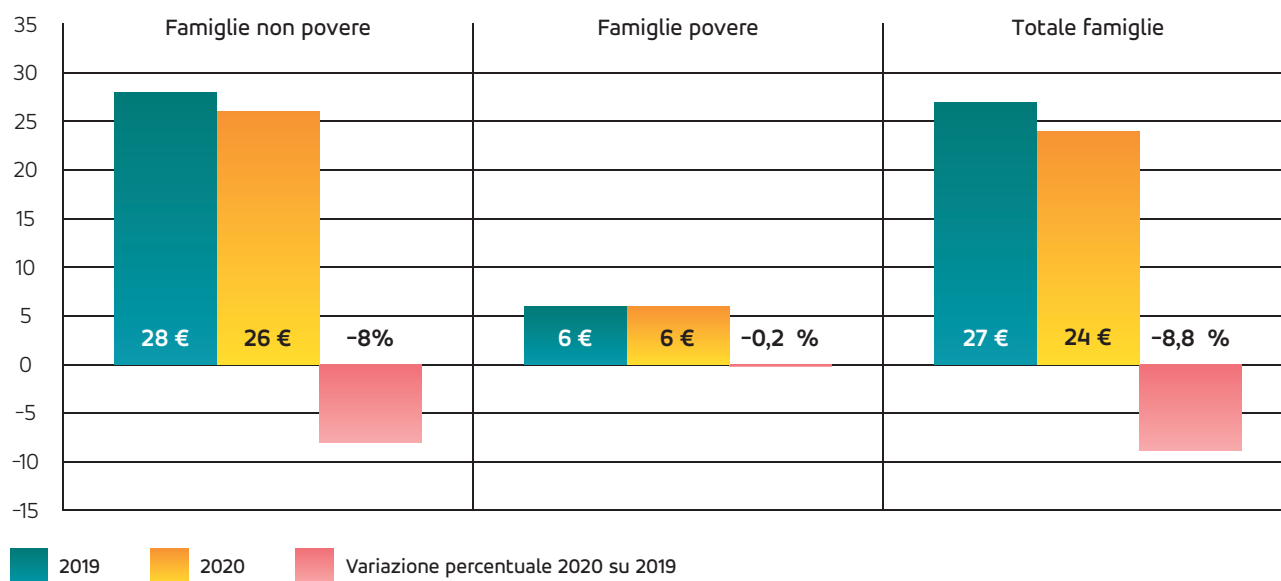
Dalla comparazione con i dati del 2019 si constata che la spesa farmaceutica ha subito una contrazione superiore alla spesa sanitaria complessiva (cfr. figura 3.3) per effetto sia della minor disponibilità di reddito, sia del contenimento delle uscite di casa dovute alle regole del lockdown (figura 3.6)

Figura 3.5 - Spesa pro-capite mensile in medicinali delle famiglie povere nelle Nove Italie, valori in euro, anno 2020.



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - Indagine "La spesa delle famiglie"

Figura 3.6 - Spesa pro-capite mensile in medicinali per condizione economica delle famiglie e variazione percentuale. Anni 2019-2020.



3.4 La rinuncia alle cure per motivi economici

Per rendere sostenibili le spese sanitarie a proprio carico, le famiglie povere e non povere perseguono una strategia di risparmio attraverso due strade principali: a) limitando il numero delle visite e degli accertamenti a scopo preventivo²⁸; b) rivolgendosi a medici e centri diagnostici più economici. A questi due comportamenti corrispondono però conseguenze molto diverse sul piano della salute e del benessere: la riduzione degli accertamenti aumenta i rischi e i danni, mentre la strada del risparmio lascia intatte (almeno teoricamente) le possibilità di ottenere gli stessi benefici terapeutici.

Nel corso del 2020 queste strategie sono state praticate complessivamente dal 15,7% delle famiglie italiane (4 milioni 83 mila famiglie composte da circa 9 milioni 358 mila persone) che includono il 33% delle famiglie povere (661 mila famiglie composte da circa 1 milione 844 mila persone), in evidenti maggiori difficoltà. Per questo vasto insieme di persone vi sono dunque stati rischi elevati di ricevere meno cure del necessario. La diffusione del comportamento “difensivo” nelle famiglie povere è molto differenziata in ciascuna delle *Nove Italie*, con valori quasi doppi nei capoluoghi delle città metropolitane e nei comuni con oltre 50.000 abitanti del Mezzogiorno (rispettivamente 59% e 55%) (*tabella 3.7 e figura 3.7*).

Una tendenza analoga si riscontra peraltro anche tra gli appartenenti a famiglie non povere residenti nel Mezzogiorno (*figura 3.8*), sollevando interrogativi a cui è possibile dare risposte solo ipotetiche.

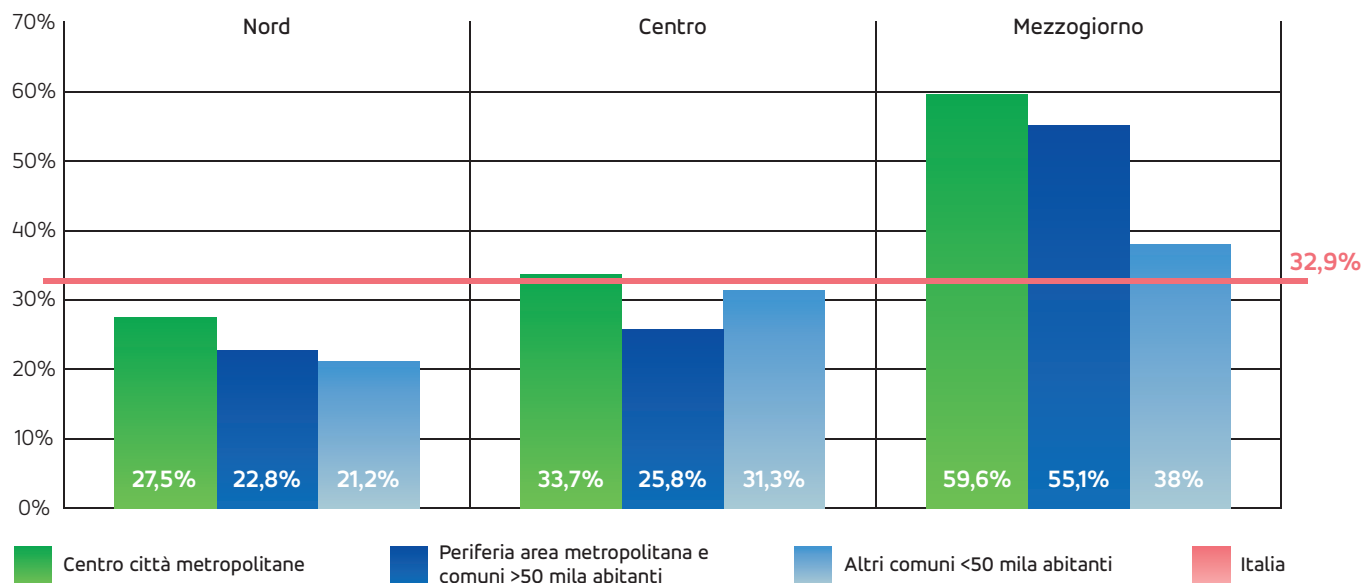
²⁸ Va precisato che gli screening oncologici sono tutti offerti gratuitamente dal SSN, ma su questo aspetto c'è un grande problema di adesione (che è volontaria). Resta invece grave la questione della costosa odontoiatria coperta in modo solo residuale dal SSN e solo all'interno delle strutture ospedaliere, con capacità ricettive molto limitate e lunghe liste di attesa.

Tabella 3.7 – Quota % di famiglie che hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di controllo preventivo (dentista, mammografie, pap-test, ecc.) per condizione economica della famiglia. 9 Aree territoriali ISTAT, anno 2020.

Ripartizione	Area	Soggetti che hanno limitato la spesa con una delle due strategie		
		Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie
Nord	Centro area metropolitana	9,6	27,5	11,0
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	9,2	22,8	10,2
	Altri comuni <50 mila abitanti	10,4	21,2	11,2
Centro	Centro area metropolitana	11,8	33,7	12,6
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	11,4	25,8	12,2
	Altri comuni <50 mila abitanti	12,3	31,3	13,5
Mezzogiorno	Centro area metropolitana	23,4	59,6	27,4
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	22,6	55,1	25,6
	Altri comuni <50 mila abitanti	22,1	38,0	23,5
ITALIA		14,2	32,9	15,7

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT, Indagine La spesa delle famiglie

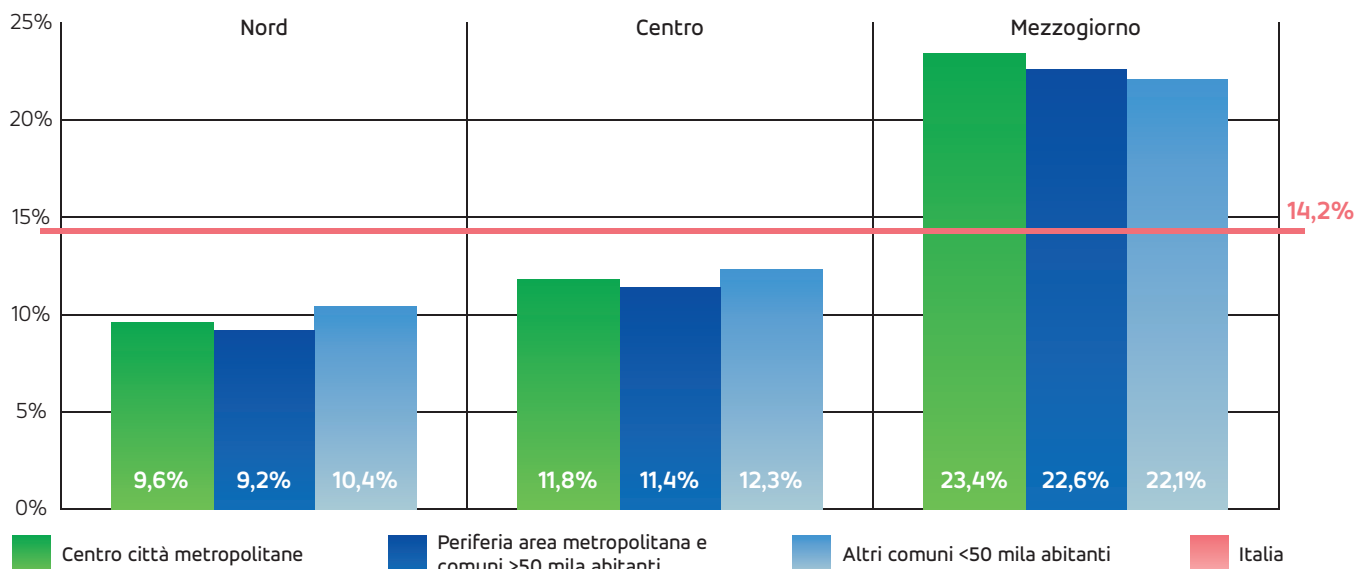
Figura 3.7 – Quota % di famiglie povere che hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di controllo preventivo (dentista, mammografie, pap-test, ecc.) per motivazioni di tipo economico. Nove Italie, anno 2020.



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT – Indagine “La spesa delle famiglie”

Una concentrazione tanto elevata di comportamenti “difensivi” nei comuni grandi e piccoli del Mezzogiorno deriva indubbiamente dalla diffusa fragilità economica della popolazione residente (povera e non povera), ma – come è documentato dalla maggiore incidenza della spesa sanitaria sul reddito complessivo a disposizione delle famiglie del Mezzogiorno (cfr. tabella 3.3) – deriva anche dalla necessità di contenere una spesa che resta superiore alla media nazionale, verosimilmente a causa delle maggiori inefficienze del sistema sanitario pubblico locale.

Figura 3.8 - Quota % di famiglie non-povere che hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di controllo preventivo (dentista, mammografie, pap-test, ecc.) per motivazioni di tipo economico. *Nove Italie*, anno 2020.



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - Indagine "La spesa delle famiglie"

Sostanzialmente speculare è la situazione di chi vive in famiglie povere o non povere nei comuni del Nord sistematicamente al di sotto dei valori medi. In questo caso è legittimo supporre che il disagio più contenuto dipenda dalla presenza di maggiori sussidi pubblici e privati, insieme al miglior funzionamento delle strutture sanitarie pubbliche.

Analizzando ora distintamente le due strade finalizzate al contenimento delle spese sanitarie (tabella 3.8) si nota che la diminuzione delle visite è la più praticata (in 3 casi su 4) dagli appartenenti tanto alle famiglie povere quanto da quelle non povere; il ricorso a prestazioni più economiche resta, a sua volta, sempre minoritaria, anche per la più difficile praticabilità. Le profonde differenze tra chi vive nelle ripartizioni del Centro-Nord e del Mezzogiorno si ripresentano con la medesima sistematicità emersa in precedenza, per ragioni riconducibili ai diversi gradi di efficacia delle istituzioni sanitarie e delle reti di aiuto solidaristiche.

Rispetto al 2019, la rinuncia alle cure per ragioni economiche è cresciuta sensibilmente, a livello nazionale, tra le famiglie e le persone povere, con differenze assolute e relative abbastanza significative. Tra le famiglie non povere si è registrata invece una riduzione (compresa tra -4 e -6%) che si ripercuote anche sul totale delle famiglie (tabella 3.9 e figura 3.9).

L'insieme delle disuguaglianze passate in rassegna in questo paragrafo indica, a chiare lettere, la necessità di un maggior sostegno del SSN a favore degli indigenti in tema di farmaci e di cure. Nello stesso tempo conferma l'importanza della distribuzione gratuita di farmaci agli indigenti realizzata da Banco Farmaceutico, grazie alla Giornata di Raccolta del Farmaco (GRF), alle Donazioni aziendali (DA) e al Recupero Farmaci Validi (RFV).

Questo sostegno (parziale) consente ai poveri di ridurre la loro spesa sanitaria e soprattutto di aumentare la possibilità di curare la propria salute in funzione dell'effettivo bisogno, piuttosto che del risicato reddito destinabile alle cure non coperte dal SSN. In tema di prevenzione e cura della salute dovrebbe infatti valere il principio umanitario e universalistico *a ciascuno secondo il suo bisogno* piuttosto che il principio economicistico e particolaristico *a ciascuno secondo il suo reddito*.

Tabella 3.8 - Quota % di famiglie che hanno cercato di ridurre la spesa sanitaria limitando il numero delle visite e degli accertamenti o rivolgendosi a medici e centri diagnostici più economici. *Nove Italie*. Anno 2020.

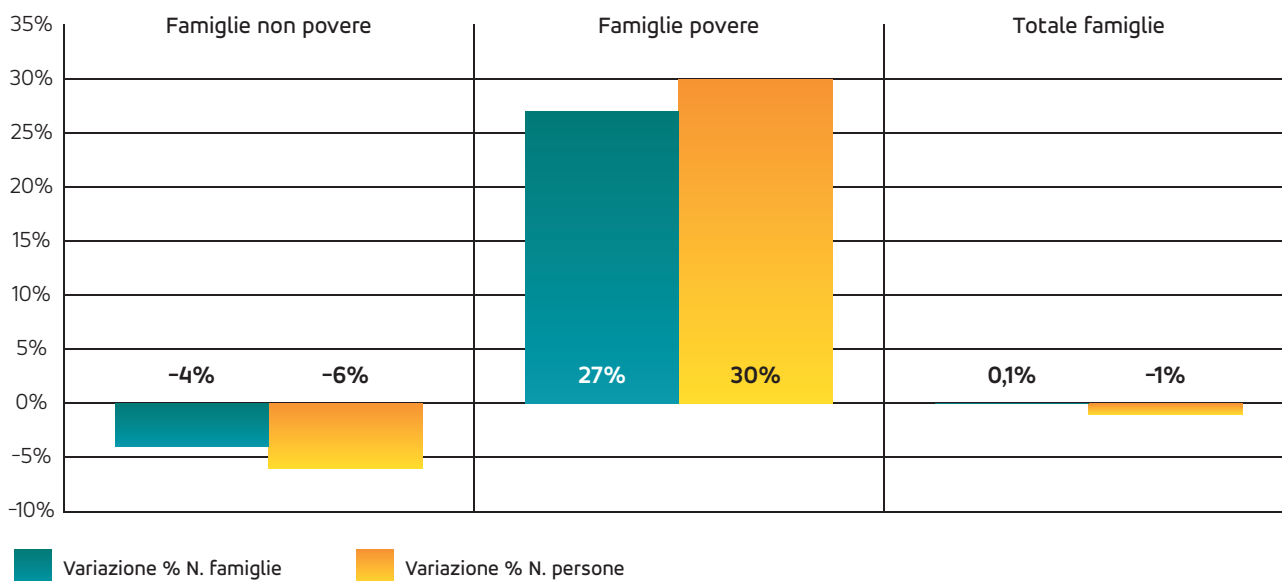
Ripartizione	Area	Limitando il numero di visite / accertamenti			Rivolgendosi a medici e centri diagnostici più economici		
		Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie
Nord	Centro città metropolitane	7,6	16,1	8,3	2,0	11,4	2,7
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	7,2	19,2	8,1	2,0	3,6	2,1
	Altri comuni <50 mila abitanti	8,2	16,2	8,8	2,2	5,0	2,4
Centro	Centro città metropolitane	11,0	33,7	11,9	0,8	n.d.	0,7
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	9,3	21,6	10,0	2,1	4,2	2,2
	Altri comuni <50 mila abitanti	10,9	25,6	11,8	1,5	5,8	1,7
Mezzogiorno	Centro città metropolitane	17,8	51,8	21,6	5,6	7,8	5,8
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	16,4	45,9	19,2	6,1	9,1	6,4
	Altri comuni <50 mila abitanti	14,8	25,7	15,8	7,2	12,3	7,7
ITALIA		10,8	25,6	12,0	3,4	7,3	3,7

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - Indagine "La spesa delle famiglie"

Tabella 3,9 - N. famiglie e N. persone che hanno cercato di limitare le spese sanitarie rinunciando a visite e accertamenti. Anni 2019-2020.

	Famiglie non povere	Famiglie povere	Totale famiglie
	N. famiglie		
2019	3.562	519	4.081
2020	3.422	661	4.083
Variazione 2020 su 2019 nel numero di famiglie	-140	142	2
Variazione % famiglie che hanno rinunciato alle cure 2020 su 2019	-4%	27%	0,1%
	N. persone		
2019	7.987	1.424	9.411
2020	7.514	1.844	9.358
Variazione 2020 su 2019 nel numero di persone	-473	420	-52
Variazione % 2020 su 2019 nel numero di persone	-6%	30%	-1%

Figura 3.9 - Variazione percentuale numero famiglie e numero persone che hanno rinunciato alle cure. Anno 2020 su 2019



4. I poveri sostenuti dalla rete di Banco Farmaceutico

In occasione dell'annuale svolgimento (a febbraio) della GRF, gli enti caritativi, assistenziali e di prossimità convenzionati con la Fondazione Banco Farmaceutico comunicano il loro fabbisogno di farmaci unitamente alla stima dei potenziali beneficiari delle donazioni. Questo fabbisogno coincide di fatto con il consuntivo dell'anno appena concluso e consente di stimare quanta parte dei poveri totali ha ricevuto e riceverà un aiuto terapeutico sotto forma di medicinali, a cui si aggiungono anche interventi sanitari nel caso degli enti presso cui operano medici di medicina generale o specialistica, farmacisti e altri operatori sanitari.

Per l'anno 2020-2021 i 1.790 enti convenzionati hanno indicato di assistere nel territorio italiano quasi 600 mila indigenti composti per il 57,3% da cittadini italiani e per il 42,7% da cittadini stranieri (*tabella 4.1*), con un'importante inversione di tendenza rispetto al 2019 a causa della pandemia che ha impoverito un consistente numero aggiuntivo di italiani e nello stesso tempo ha spinto una parte degli stranieri a rientrare nei loro paesi d'origine²⁹.

Gli assistiti stranieri superano però gli assistiti italiani nelle regioni del Nord (con 57 casi su 100), dove sperimentano un'incidenza di povertà assoluta molto elevata (31,9%) (*figura 4.1*)³⁰.

Per effetto della distribuzione territoriale dei 1.790 enti caritativi convenzionati con il Banco Farmaceutico - più numerosi al Nord (58,7%) e in subordine nel Mezzogiorno (23,4%) e nel

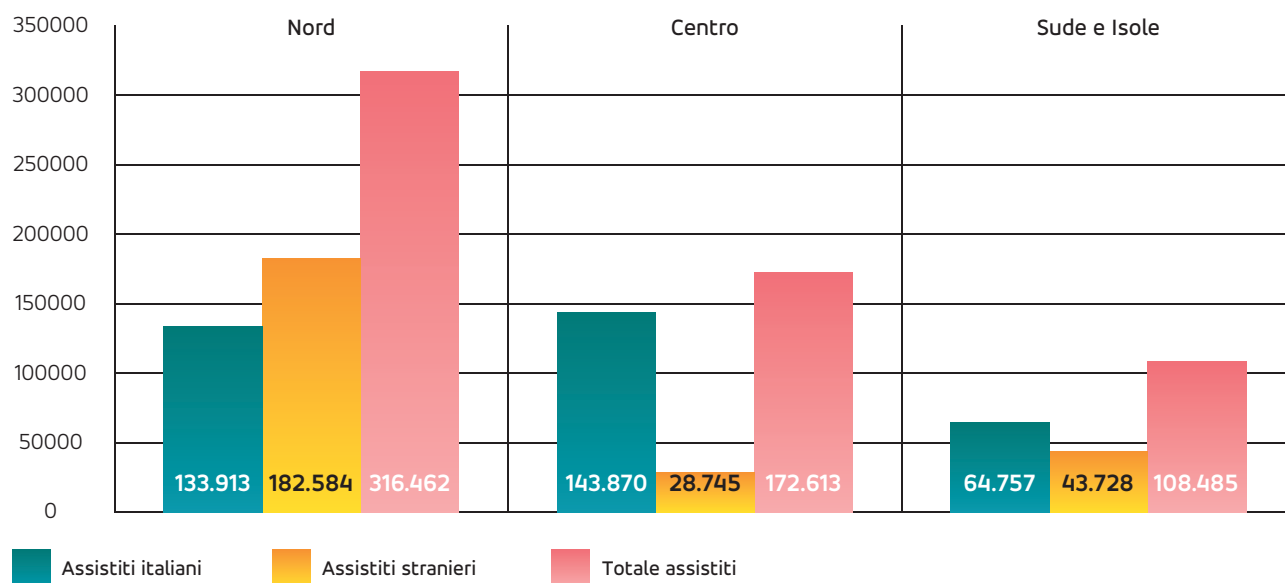
²⁹ Nel 2019 gli assistiti di nazionalità italiana erano il 46,8%, mentre gli assistiti con cittadinanza straniera erano il 53,2%

³⁰ Cfr. capitolo 1

Tabelle 4.1 – Numero di assistiti dagli enti aderenti alla GRF 2021 per regione e ripartizione.
Anno 2020-2021

Regioni	Ripartizioni	Assistiti italiani 2021	Assistiti stranieri in Italia 2021	Tot. Assistiti in Italia	Enti 2021	% Enti per regione
Piemonte	Nord-ovest	16.834	18.047	34.881	147	8%
Valle d'Aosta		262	253	515	5	0,3%
Lombardia		64.331	72.427	136.758	397	22%
Liguria		4.912	7.022	11.935	68	4%
Emilia Romagna	Nord-est	19.385	22.709	42.094	199	11%
Friuli-Venezia Giulia		4.175	6.999	11.174	87	5%
Trentino-Alto Adige		3.089	7.093	10.182	18	1%
Veneto		20.925	47.998	68.923	129	7%
Umbria	Centro	2.339	990	3.329	45	3%
Lazio		6.405	14.140	20.544	77	4%
Marche		5.941	3.152	9.093	89	5%
Toscana		129.185	10.463	139.647	110	6%
Abruzzo	Sud	3.405	2.805	6.210	26	1%
Basilicata		2.153	685	2.838	33	2%
Calabria		3.025	1.672	4.697	45	3%
Campania		7.298	5.995	13.293	46	3%
Molise		821	362	1.183	7	0,4%
Puglia		26.064	10.656	36.720	141	8%
Sardegna	Isole	2.033	839	2.872	38	2%
Sicilia		19.958	20.714	40.672	83	5%
Totale ITALIA		342.539	255.021	597.560	1790	100%
Composizione %		57,3%	42,7%	100,0		

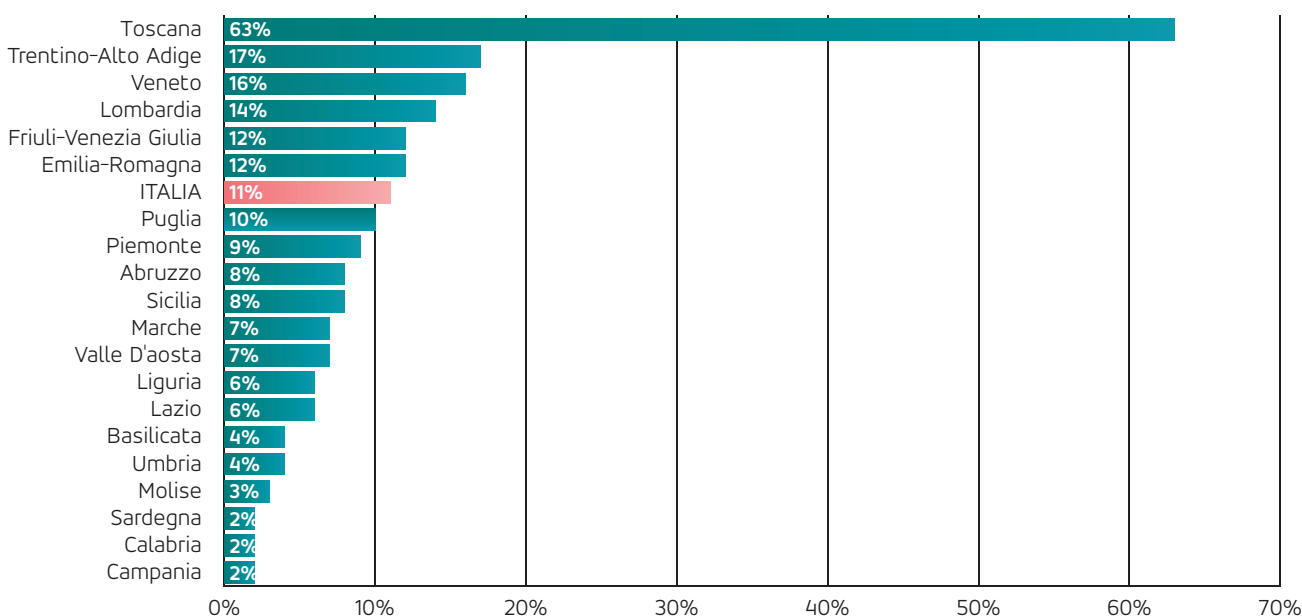
Figura 4.1 – Numero assistiti in Italia per ripartizione.



Centro (17,9%) - anche il numero degli assistiti è di gran lunga maggiore nelle regioni del Nord (53% del totale)³¹ (tabella 4.1). L'insediamento degli enti assistenziali dipende infatti non soltanto dalla diffusione delle problematiche sociali e sanitarie in una certa area, ma anche dalla diffusione della *imprenditorialità sociale* e di un *tessuto solidaristico* in grado di alimentare le necessarie reti di sostegno (economiche, culturali, sociali).

La distribuzione territoriale degli enti convenzionati con Banco Farmaceutico spiega però solo in parte la corrispondente distribuzione del *tasso di copertura assistenziale* offerto all'insieme dei residenti poveri (Figura 4.2).

Figura 4.2 - Copertura percentuale della povertà per regione (individui assistiti/individui in condizione di povertà assoluta). Anni 2020-21



Più che il numero degli enti conta infatti la loro dimensione e la loro capacità operativa. Si spiega in questo modo il fatto che in Toscana un numero tutto sommato ridotto di enti (110, equivalenti al 6% del totale) assista il 23% di tutti gli assistiti dalle realtà servite da Banco Farmaceutico e offra aiuti socio-assistenziali a 63 residenti poveri su 100.

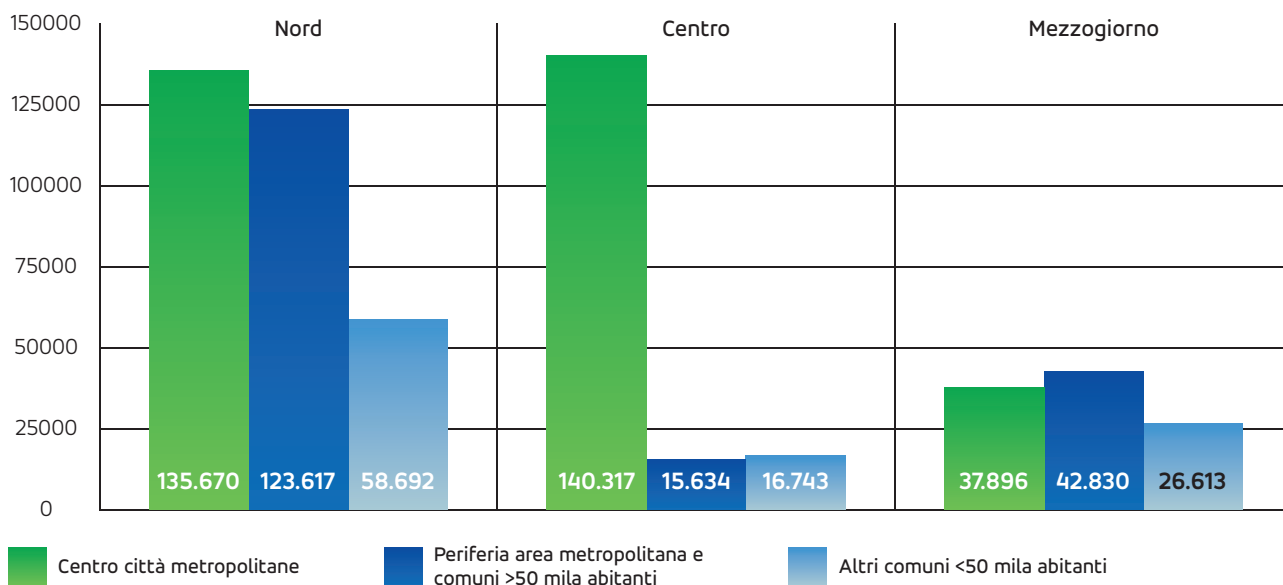
All'estremo opposto si colloca la Campania, dove i suoi 46 enti (equivalenti al 3% del totale), assistono il 2% di tutti gli assistiti dalle suddette realtà e riescono a fornire aiuti a 2 residenti poveri su 100.

All'interno di ciascuna ripartizione territoriale i poveri assistiti dalla rete di Banco Farmaceutico si distribuiscono in modi eterogenei tra i comuni che formano le *Nove Italie* (figura 4.3).

Nel Nord e soprattutto nel Centro l'assistenza è erogata principalmente ai residenti nei capoluoghi delle aree metropolitane, come documentano i valori assoluti e relativi; nel Mezzogiorno l'assistenza erogata dagli enti si svolge invece principalmente nei comuni che appartengono alla periferia delle aree metropolitane e ai comuni che superano i 50.000 residenti.

31 Si ricorda che le persone povere presenti in questa ripartizione sono solo il 47% del totale (vedi tabella 1.1).

Figura 4.3 - Numero assistiti nelle Nove Italie. GRF 2021.



Fonte: Elaborazioni su dati BFOnline

Nell'ambito delle *Nove Italie* anche la distribuzione degli assistiti italiani e stranieri presenta profili tipici (tabella 4.2 e figura 4.4).

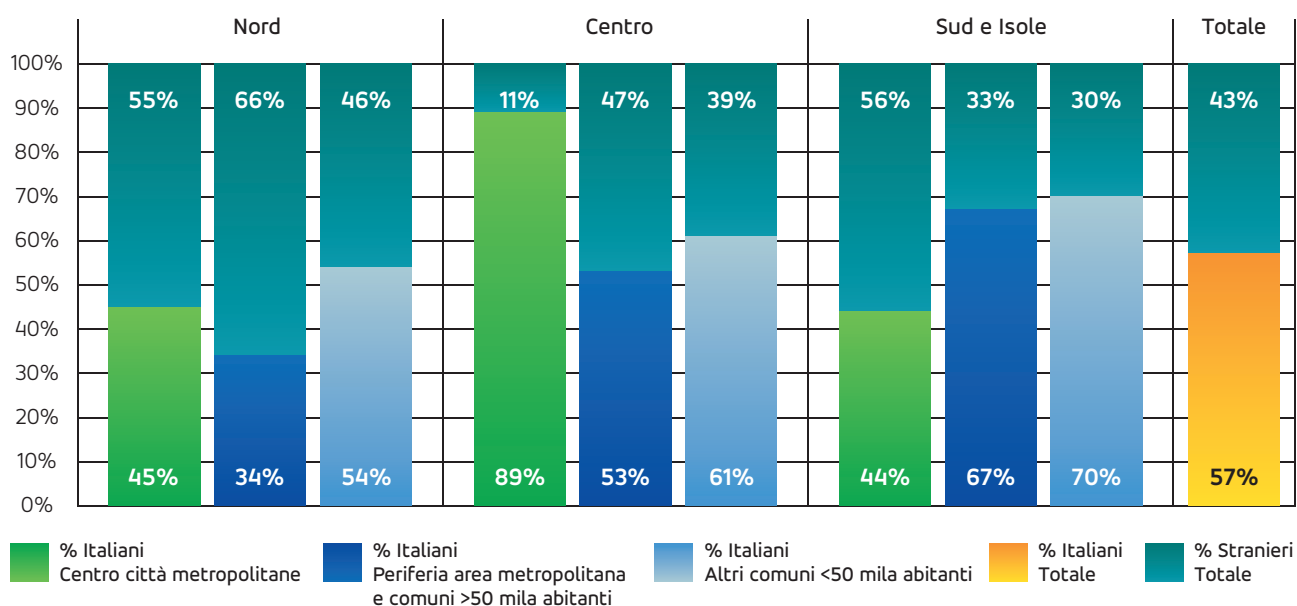
Nel Mezzogiorno la componente italiana supera di gran lunga quella straniera (59,7% vs. 40,3%) confermando il carattere autoctono e dunque endemico della povertà assistita in questi territori. Su questo risultato per ripartizione incidono fortemente i dati dei comuni più

Tabella 4.2 - Numero di assistiti italiani e stranieri dagli enti aderenti alla GRF 2021. Nove Italie.

Ripartizione	Area	Assistiti italiani	Assistiti stranieri in Italia	% italiani	% stranieri	Totale assistiti in Italia
Nord	Centro città metropolitane	61.506	74.163	45,3	54,7	135.670
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	41.618	81.549	33,8	66,2	123.167
	Altri comuni <50 mila abitanti	31.415	27.276	53,5	46,5	58.692
	TOTALE	134.539	182.989	42,4	57,6	317.528
Centro	Centro città metropolitane	125.391	14.926	89,4	10,6	140.317
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	8.241	7.393	52,7	47,3	15.634
	Altri comuni <50 mila abitanti	10.262	6.481	61,3	38,7	16.743
	TOTALE	143.894	28.800	83,3	16,7	172.693
Mezzogiorno	Centro città metropolitane	16.561	21.335	43,7	56,3	37.896
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	28.877	13.952	67,4	32,6	42.830
	Altri comuni <50 mila abitanti	18.668	7.945	70,1	29,9	26.613
	TOTALE	64.106	43.232	59,7	40,3	107.339
ITALIA		342.539	255.021	57,3	42,7	597.560

Fonte: Elaborazioni su dati Fondazione Banco Farmaceutico, BFOnline

Figura 4.4 - Composizione % assistiti italiani e stranieri nelle *Nove Italie*. GRF 2021.



Fonte: Elaborazioni su dati BFOnline

piccoli (<50.000 abitanti) e quelli dei comuni di media dimensione (>50.000 abitanti), dove i poveri assistiti sono per 2/3 italiani. Nelle città metropolitane si verifica però un'inversione, con una maggiore concentrazione di assistiti stranieri.

Nel Centro prevale la componente italiana in tutte le tipologie comunali, compresa quella metropolitana; si tratta di un esito contro-intuitivo considerato il peso di Roma nell'ambito dell'intera circoscrizione e la situazione che si era verificata nel 2019, quando gli stranieri assistiti rappresentavano il 67% del totale. Tenuto conto che i dati a nostra disposizione provengono dagli enti aderenti alla GRF è altamente probabile che il cambiamento qui osservato derivi dalle vicissitudini degli enti più che dal cambiamento del mix socio-anagrafico dei poveri.

Con l'eccezione dei comuni più piccoli (<50.000 abitanti), nel Nord gli assistiti stranieri prevalgono sugli italiani; è il caso di osservare che in questa area la maggior parte degli stranieri è occupato, ma ha redditi bassi che favoriscono il fenomeno dei *working poor*.

Il numero degli indigenti supportati (almeno parzialmente) dalla Rete Banco Farmaceutico è indubbiamente ragguardevole specie se rapportato alle difficoltà incontrate da molti enti caritativi durante la pandemia che ha portato a chiusure forzate, perdita di volontari, e perdita del contatto con molti assistiti. L'incremento del loro numero dichiarato dagli enti segnala dunque, in primo luogo, la capacità di quasi tutti gli enti convenzionati di riprendere la loro tradizionale attività, dando prova di resilienza e vitalità nient'affatto scontate. Si tratta di un contributo tanto più importante quanto più fragile è il tessuto sociale ed assistenziale all'interno del territorio in cui si trovano ad operare gli enti all'indomani della fase più acuta della pandemia; in questa situazione - che per i vecchi e nuovi indigenti resta altamente problematica - anche un piccolo aiuto aggiuntivo ha un importante effetto moltiplicatore, sia sul piano propriamente materiale (per chi vive in povertà il valore marginale di ogni risorsa aggiuntiva è elevato), sia, soprattutto, sul piano della qualità dei rapporti umani (le relazioni di aiuto rompono l'isolamento e generano fiducia interpersonale e cooperazione) e degli effetti sull'inclusione sociale (le relazioni di aiuto favoriscono l'attivazione di chi è indigente).

All'interno di questa valutazione positiva degli interventi attuati degli enti caritativi e assistenziali convenzionati con Banco Farmaceutico, occorre considerare anche gli effetti macro-sociali di questi interventi, misurabili sulla base della quantità di poveri assistiti in rapporto al numero totale dei poveri residenti nei singoli territori (*tabella 4.3 e figura 4.5*).

Tabella 4.3 - Numero di assistiti in Italia dagli enti aderenti alla GRF 2021, numero di poveri in termini assoluti e tasso di copertura della povertà nelle Nove Italie.

Ripartizione	Area	Assistiti in Italia	Poveri in Italia	Copertura % della povertà
Nord	Centro città metropolitane	135.670	374.935	36%
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	123.167	793.562	16%
	Altri comuni <50 mila abitanti	58.692	1.379.846	4%
	TOTALE	317.528	2.548.342	13%
Centro	Centro città metropolitane	140.317	164.801	86%
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	15.634	231.128	7%
	Altri comuni <50 mila abitanti	16.743	392.109	4%
	TOTALE	172.693	788.039	22%
Mezzogiorno	Centro città metropolitane	37.896	359.738	11%
	Periferia area metropolitana e comuni >50 mila abitanti	42.830	727.425	6%
	Altri comuni <50 mila abitanti	26.613	1.177.956	2%
	TOTALE	107.339	2.265.119	5%
ITALIA		597.560	5.601.500	11%

Fonte: Elaborazioni su dati Fondazione Banco Farmaceutico, BFOnline e su dati ISTAT, Indagine "La spesa delle famiglie"

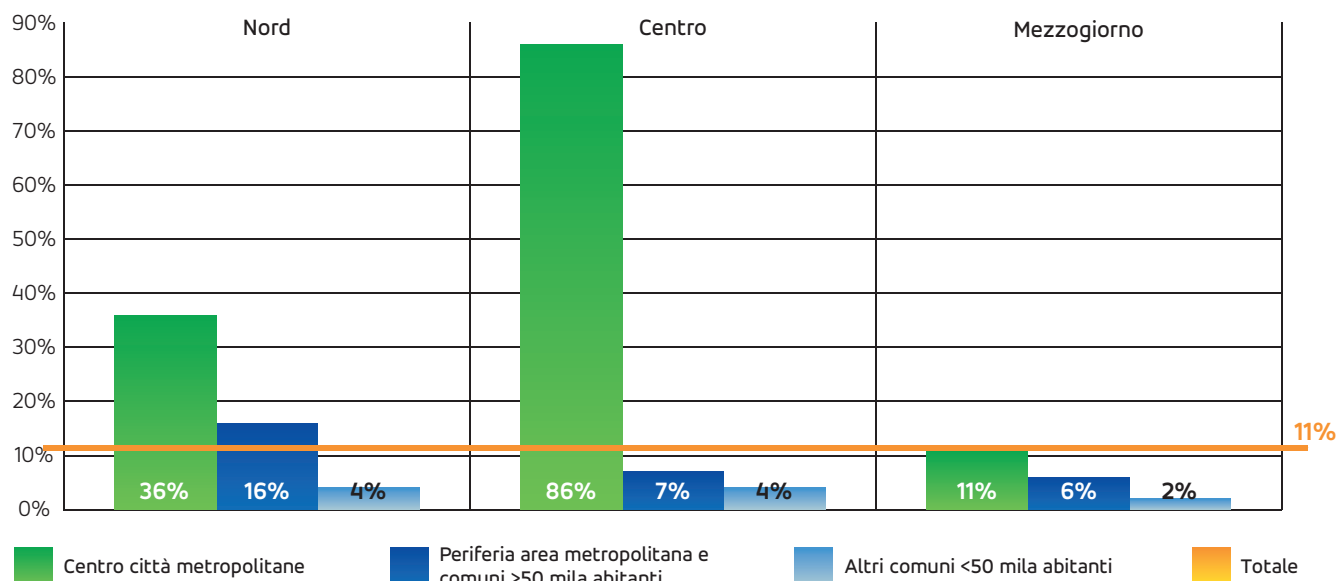
Nell'ipotesi che tutte le persone in povertà assoluta abbiano la necessità (almeno saltuariamente) di ricevere aiuti sanitari integrativi, il *tasso di copertura della domanda potenziale* varia significativamente nelle tre macro-ripartizioni e ancor più nelle *Nove Italie*.

Il tasso di copertura più elevato (22%) sembrerebbe assicurato dagli enti che operano nelle regioni del Centro, grazie ad un picco di performance (86%) nella città metropolitana di Roma. Nelle regioni del Nord il tasso medio di copertura (13%) è quasi tre volte superiore a quello raggiunto nelle regioni del Mezzogiorno (5%). Il gap esistente tra la macro-ripartizione del Mezzogiorno e quella del Nord è dovuto contemporaneamente alla minor presenza di enti caritativi convenzionati con Banco Farmaceutico e all'elevato numero assoluto di persone povere.

Particolarmente consistenti sono le differenze nelle diverse tipologie comunali con tassi di copertura che variano dalle vette dell'86% e del 36% dei comuni metropolitani del Centro e del Nord, al 2% dei piccoli comuni del Mezzogiorno.

In via sintetica si può osservare che la rete di Banco Farmaceutico ha interagito nel 2020 con l'11% della popolazione povera residente in Italia, con una apprezzabile crescita rispetto al 2020 e al biennio 2018-2019 come si evince dalle *figure 4.6 e figura 4.7* basate sulle variazioni percentuali (espressi in Numeri Indice) registrate nel quadriennio 2018-2021 rispettivamente dal numero dei poveri, dal numero degli assistiti dagli enti aderenti alla GRF, dal tasso di copertura, da cui emerge che il numero degli assistiti e il tasso di copertura hanno seguito andamenti congruenti con la crescita complessiva della povertà.

Figura 4.5 - Copertura della povertà (individui assistiti / individui in condizione di povertà assoluta). Nove Italie. Anno 2020.



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - Indagine "La spesa delle famiglie"

Siamo in presenza di dati ragguardevoli e significativi da due punti di vista complementari: da un lato indicano l'imponente attività svolta dagli enti caritativi convenzionati con Banco Farmaceutico, dall'altro lato indicano però anche quanto grandi dovrebbero essere gli sforzi da compiere per sostenere l'intera platea dei potenziali bisognosi di aiuti sanitari.

Da queste informazioni discendono due considerazioni ugualmente importanti:

- 1) nelle grandi città del Centro e del Nord, il ruolo degli enti caritativi è di fatto cruciale perché: a) hanno una attività capillare, intensa, efficiente; b) sono un punto di riferimento importante e di fatto insostituibile per i poveri di reddito e di salute; c) hanno assunto una funzione di sistema non ignorabile dalle istituzioni pubbliche che in effetti considerano tali enti partner delle politiche pubbliche coinvolgendole talora nella co-progettazione del

Figura 4.6 - Tasso di copertura della povertà da parte della Rete Banco Farmaceutico. Anni 2018-2020 (Valori percentuali).

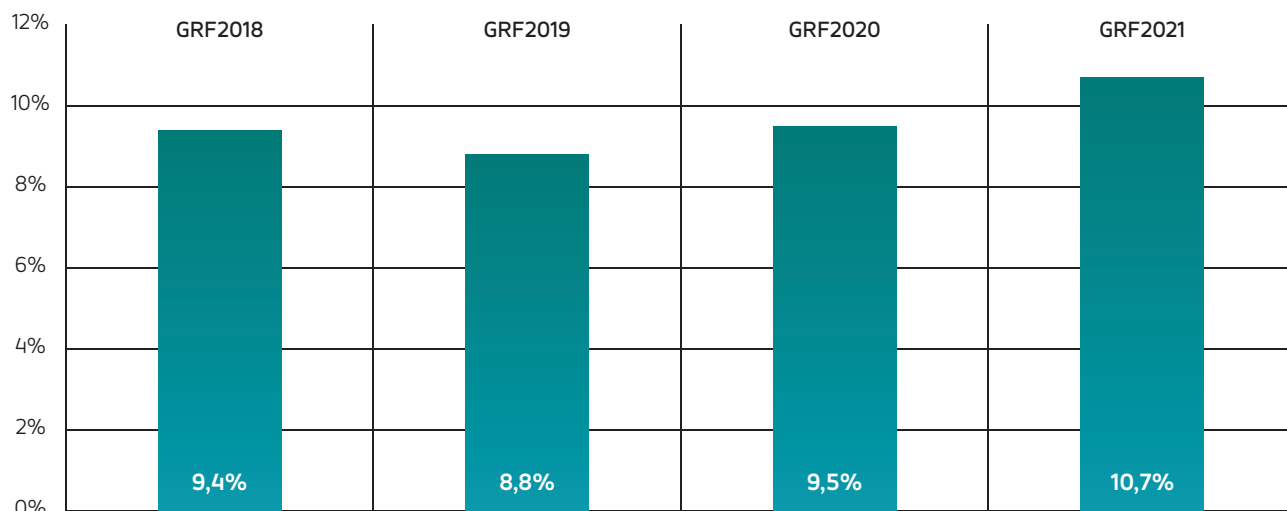
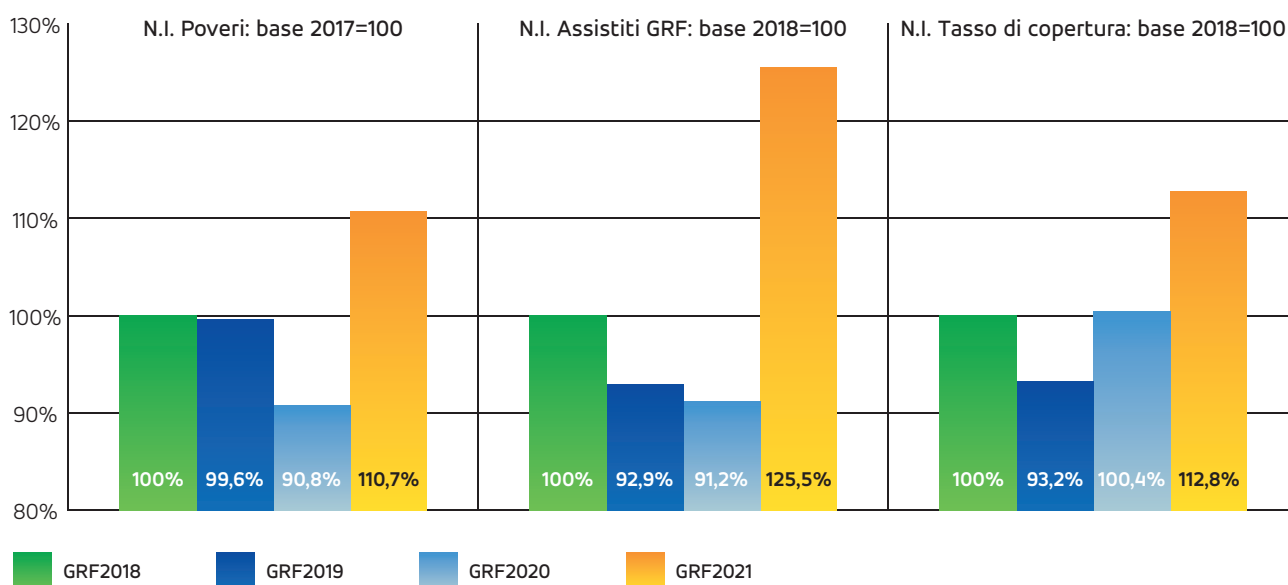


Figura 4.7 – Variazioni percentuali del numero di poveri, degli assistiti e del tasso di copertura. Anni 2018-2021 (N.I. : 2018=100).



welfare locale a sostegno dei poveri, come nel caso emblematico della Lombardia dove – a seguito di un bando pubblico aperto a più attori – la Regione ha affidato alla Fondazione Banco Farmaceutico l’investimento di 500 mila euro per rifornire di farmaci gli enti caritativi maggiormente impegnati nel sostegno a un grande numero di poveri.

2) Nei comuni di piccole dimensioni l’incidenza degli enti caritativi è mediamente molto ridotta a causa della loro ineguale distribuzione sul territorio, derivante da una altrettanto ineguale distribuzione della imprenditorialità sociale in campo socio-assistenziale. Se però prendessimo in considerazione solo i piccoli comuni in cui sono attivi degli enti caritativi (tralasciando dunque il confronto con l’universo dei comuni che concorre ad abbassare i valori medi) potremmo scoprire che anche in queste situazioni le strutture caritative svolgono un ruolo altrettanto rilevante delle analoghe strutture caritative metropolitane.

Nel momento in cui si discute sulla destinazione dei fondi del PNRR per la ricostruzione economica e sociale del nostro paese dopo l’emergenza Covid-19, non si deve dimenticare il ruolo strategico svolto nella società italiana dalle organizzazioni del Terzo settore, di cui fanno parte le organizzazioni di solidarietà sociale.

Queste organizzazioni non sono – come troppo spesso si pensa – delle stampelle da utilizzare quando fa comodo, ma attori di sistema a pieno titolo, senza dei quali non è pensabile alcuna ripresa del tessuto sociale ed economico.

Se si vuole intervenire a sostegno delle persone indigenti e fragili in chiave inclusiva e non meramente assistenziale, non si può fare a meno delle migliaia di strutture caritative, assistenziali e di prossimità che operano quotidianamente nelle nostre comunità, come si è visto anche durante i giorni più bui e tragici della pandemia.

Va dunque consolidato il sostegno economico e culturale al loro lavoro, complementare, ma non omologabile alla logica operativa delle istituzioni pubbliche, certamente insostituibile ma spesso prigioniera di regole eccessivamente impersonali e burocratiche.



22^a GIORNATA DI RACCOLTA DEL FARMACO

8-14 febbraio 2022

**Banco
Farmaceutico**
CARITA' IN OPERA CONTRO LA POVERTA' SANITARIA



VIENI IN FARMACIA E DONA UN FARMACO A CHI HA BISOGNO

PERCHÉ NESSUNO DEBBA PIÙ SCEGLIERE
SE MANGIARE O CURARSI



in collaborazione con #IBFResearch
foto di Andrea Dalbo'

#GRF22



Fondazione Banco Farmaceutico Onlus

bancofarmaceutico_onlus

BANCO FARMACEUTICO - Fondazione onlus

@BFontus | #grf22

Fondazione Banco Farmaceutico Onlus

www.bancofarmaceutico.org



**dona i farmaci
con questo logo**

con il contributo incondizionato di



Caring Innovation



#DHLWeCare

SISTEMA DI GESTIONE
QUALITÀ CERTIFICATO



UNI EN ISO **9001:2015**

