10° Rapporto

DONARE PER CURARE

Povertà sanitaria e donazioni farmaci

Banco Farmaceutico FONDAZIONE ONLUS

OSSERVATORIO POVERTÀ SANITARIA

Banco Farmaceutico FONDAZIONE ONLUS

OSSERVATORIO POVERTÀ SANITARIA

Con il contributo incondizionato di

IBSA

Caring Innovation

Aboca

Innovazione per la salute

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

SISTEMA DI GESTIONE
QUALITÀ CERTIFICATO

CERTIQUALITY

UNI EN ISO **9001:2015**

COMITATO SCIENTIFICO

Don Massimo Angelelli
Direttore Ufficio Nazionale
per la Pastorale della Salute della CEI

Gian Carlo 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

Emiliano Manfredonia
Presidente Nazionale delle ACLI

Renato Marinaro
Responsabile Area nazionale 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

ÉQUIPE DI RICERCA

Gisella Accolla
Ricercatrice sociale
Responsabile elaborazioni statistiche

Silvia Bini
Responsabile della Fondazione Banco Farmaceutico onlus
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 onlus

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

Mirella Pontello
Professore di Igiene e Medicina Preventiva,
Università degli Studi di Milano

Indice

Indice 2

Prefazione 4

Introduzione 6

SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI 11

La spesa sanitaria dei poveri 12
L'impatto delle donazioni farmaceutiche sulla salute dei poveri 14
Donazioni aziendali e politiche di sostenibilità nell'industria farmaceutica italiana 16

→ Capitolo 1

LA SPESA SANITARIA DEI POVERI NELLE CINQUE ITALIE 19

1.1 La diffusione della povertà assoluta in Italia 20
1.2 La spesa sanitaria a carico dei poveri 22
1.3 La spesa sanitaria dei poveri nelle Cinque Italie 28

→ Capitolo 2

LA RINUNCIA ALLE CURE SANITARIE NELLE CINQUE ITALIE 35

2.1 La rinuncia alle cure sanitarie 37
2.2 I poveri sostenuti dalla *Rete Banco Farmaceutico* *41*

→ Capitolo 3

L'IMPATTO DELLE DONAZIONI SULLA SALUTE DELLE PERSONE ASSISTITE 45

3.1 Introduzione 46
3.2 Le fonti delle donazioni 46
3.3 Definizioni e metodologia 48
3.4 Descrizione qualitativa e quantitativa delle donazioni 51
3.5 Le coperture terapeutiche donate in rapporto al bisogno della popolazione assistita 66
3.6 Considerazioni sulle classi terapeutiche più rappresentative 72
3.7 Conclusioni 77

→ Capitolo 4

SOSTENIBILITÀ E DONAZIONI AZIENDALI NELL'INDUSTRIA FARMACEUTICA ITALIANA
I risultati di un'indagine campionaria 79

4.1 Introduzione 80
4.2 Dieci anni di donazioni aziendali 82
4.3 La ricerca 84
4.4 Le risorse umane coinvolte 87
4.5 Le motivazioni delle donazioni 89
4.6 La scelta del Banco Farmaceutico come partner 91
4.7 Considerazioni finali 94

Prefazione

Sergio Daniotti

Se l'originalità di un'opera di carità (o, più in generale, di una organizzazione benefica), consiste anzitutto nella sua mission, la sua forza risiede in chi la sostiene.

Questo aspetto, comune a tutte le realtà del Terzo settore, per Banco Farmaceutico è particolarmente evidente. Perché, per poter donare medicinali con efficacia e nel rispetto delle regole (che, considerando la materia trattata, sono comprensibilmente numerose e molto rigorose), serve una vera e propria "filiera del dono". Servono, cioè, le competenze e l'aiuto (convinto) di numerosi soggetti: volontari, farmacisti, aziende farmaceutiche e non farmaceutiche, operatori della logistica, giuristi, medici, sociologi, statistici, farmacologi e istituzioni.

C'è, poi, un altro aspetto legato alla molteplicità, che riguarda l'agire di Banco Farmaceutico: per fornire un reale aiuto a chi è povero, è necessario conoscere i suoi bisogni, analizzare le soluzioni e verificarne l'impatto.

Per gestire tali complessità, occorre un approccio culturale, un metodo, cioè, che contribuisca all'unità dello scopo (la nostra mission) attraverso la pluralità delle azioni e dei soggetti coinvolti. Per questo, dieci anni fa, Banco Farmaceutico ha istituito l'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria, che edita il presente Rapporto.

Si tratta di uno strumento di conoscenza essenziale per il lavoro di Banco Farmaceutico e, da diversi anni, sempre più necessario affinché l'opinione pubblica e le istituzioni prendano sempre più seriamente in considerazione il fenomeno della povertà sanitaria.

Oggi il problema risulta aggravato da due fattori di preoccupazione: la crisi economica derivante dalla pandemia, che ancora determina effetti sulla popolazione e il conflitto internazionale, che, avendo generato l'attuale inflazione, sta producendo ripercussioni anche sulle famiglie non povere.

Per contribuire a far fronte a tutto ciò, abbiamo approfondito non solo le componenti della povertà sanitaria in sé (che forniscono pur sempre informazioni determinanti), ma anche altre tematiche correlate alle varie dimensioni del nostro lavoro.

Per tali ragioni, questo rapporto è stato arricchito da un'analisi delle giornate di copertura terapeutica dei farmaci donati e da un'indagine sulla relazione tra l'operato di Banco Farmaceutico, l'economia circolare, i criteri ESG e il principio della sostenibilità.

Speriamo che tutto questo rappresenti un avanzamento nella comprensione della povertà sanitaria e che accresca la consapevolezza di come la gratuità sia una leva di crescita per il bene di tutta la società.

Introduzione

Giancarlo Rovati

Sullo sfondo delle considerazioni analitiche sviluppate in questo 10° rapporto dell'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria (OPSan) stanno due macro circostanze che condizionano pesantemente il benessere della popolazione residente in Italia nella situazione presente e in quella che si profila: l'andamento della povertà sanitaria nel corso dell'ultimo biennio; le criticità del sistema di protezione della salute ereditate dall'emergenza pandemica del 2020-2021, già in parte presenti prima di questo evento pesantemente avverso.

Un'emergenza che non solo ha mietuto centinaia di migliaia di vittime, ma che ha introdotto anche un blocco involontario, quanto inevitabile, di molte prestazioni sanitarie a favore di malati cronici, bisognosi di monitoraggi e cure di lunga durata, con il conseguente allungamento delle liste di attesa nelle strutture sanitarie pubbliche e private già arrivate a livelli patologici prima dello tsunami pandemico.

Di queste emergenze sanitarie troviamo una documentazione ufficiale nei capitoli del Rapporto BES 2021 dedicati al tema della salute (cap. 1) e alla qualità dei servizi sanitari (cap. 12)[1].

L'impegno e talora l'eroismo del personale medico, infermieristico e assistenziale è stato (ed è) fuori discussione, ma la sfida continua ad essere impari per la sua crescente carenza numerica, che richiederebbe interventi prioritari di lunga durata più incisivi di quelli previsti anche nel PNRR.

1 Cfr. Istat, *Benessere equo e sostenibile in Italia*, 2021.

Gli esiti immediati e diretti del biennio pandemico – di cui fa parte il numero delle infezioni, delle morti e delle guarigioni – sono già registrati nelle statistiche ufficiali, ma occorrerà monitorare a lungo gli effetti futuri per comprendere quanto la pandemia possa aver determinato un incremento delle fragilità e dei rischi di malattia, compromettendo i guadagni di salute e di speranza di vita accumulati nei decenni precedenti. Tra le conseguenze dirette del Covid figura la mortalità in eccesso, misurata come differenza tra il trend dei decessi nei cinque anni precedenti la pandemia (2015-2019) e i decessi durante la pandemia. I dati più recenti indicano però che questa tendenza non si è esaurita e dunque andrà monitorata anche nel prossimo futuro.

Sul versante dei servizi sanitari, il Rapporto BES 2021 analizza dettagliatamente quelli divenuti meno accessibili a causa della crisi sanitaria. Per effetto di questo fenomeno, nel biennio 2020-21 è cresciuta la percentuale di persone che hanno dovuto rinunciare a visite e accertamenti sanitari necessari, sia per problemi economici sia per difficoltà di accesso ai servizi. Tali rinunce e il loro incremento destano preoccupazione perché, da un lato, stanno alimentando un aumento delle richieste, con un impatto sulle liste di attesa, dall'altro stanno causando incrementi nella cosiddetta mortalità evitabile legata alla tempestività delle cure. Fino al 2019 la rinuncia a prestazioni sanitarie era più accentuata nelle regioni del Mezzogiorno, ma negli ultimi due anni il problema si è esteso anche a quelle del Centro-Nord. I gruppi sociali con più problemi sono quelli in età più avanzata (oltre 74 anni) e quelli con titoli di studio e redditi più bassi. Tra le cause delle crescenti difficoltà di accesso a diagnosi e cure tempestive il Rapporto BES 2021 segnala anche l'andamento negativo del numero di medici di medicina generale operanti sul territorio a cui corrisponde un numero crescente di pazienti a loro carico. Un fenomeno più accentuato nelle regioni del Nord e del Centro, controbilanciato solo in parte dalla maggior dotazione di strutture ospedaliere.

Introduzione

È in questo contesto emergenziale che si è svolta l'attività della Fondazione Banco Farmaceutico onlus, costituita per aiutare le persone bisognose attraverso la fornitura di medicinali alle innumerevoli strutture caritative, solidaristiche e di prossimità presenti su tutto il territorio nazionale (tali strutture, nel loro insieme, formano un vero e proprio Sistema Socio-Sanitario Solidale). La situazione pandemica e post-pandemica ha richiesto uno sforzo supplementare anche a tutti i sostenitori storici della Fondazione: la filiera farmaceutica (farmacie e farmacisti, aziende farmaceutiche e logistiche, associazioni e federazioni di categoria), aziende, istituzioni, fondazioni e centinaia di migliaia di cittadini che partecipano alla Giornata di Raccolta del Farmaco (GRF). Notevole è stato, in particolare, lo sforzo per reperire e distribuire grandi quantità di presidi sanitari e DPI, attraverso l'attività, fino ad allora inedita, di acquisto diretto di beni.

L'esito di questo impegno è documentato, sinteticamente, da alcuni dati riferiti all'anno 2022:

- 5,5 milioni di confezioni di farmaci e presidi raccolti attraverso le tre principali fonti di approvvigionamento del Banco Farmaceutico (GRF, Donazioni aziendali, Recupero Farmaci Validi non scaduti) tra cui 3,1 milioni di confezioni di farmaci donati dalle aziende farmaceutiche
- 1861 enti caritativi convenzionati con il Banco in occasione della GRF 2022
- quasi 390 mila indigenti assisti in Italia, pari al 7% del totale dei residenti in povertà assoluta (quasi 5,6 milioni).

Un inedito approfondimento sulle caratteristiche dei farmaci raccolti e distribuiti gratuitamente (basato sulle codifiche ATC, AIC e DDD) ha permesso di identificare le loro proprietà terapeutiche e il loro impatto potenziale sulla salute delle persone sostenute dalla *Rete Banco Farmaceutico* (costituita dalle realtà assistenziali beneficiarie delle donazioni del Banco, dalle aziende donatrici e dai farmacisti che sostengono il Banco). In totale sono stati distribuiti farmaci equivalenti a 12,3 milioni di giornate di copertura terapeutica, destinati principalmente alla cura delle malattie dell'apparato cardiovascolare (22%), dell'apparato respiratorio (19,8%), dell'apparato gastrointestinale e metabolico (19,4%).

Il determinante contributo quantitativo e qualitativo delle donazioni aziendali – che rappresentano più del 75% dei farmaci distribuiti da Banco Farmaceutico nell'arco di un anno – ha suggerito di approfondirne il significato nell'ambito delle politiche di sostenibilità adottate dall'industria farmaceutica italiana, con risultati interessanti sotto il profilo esplorativo e dei necessari sviluppi culturali e comunicativi. Le risposte delle aziende farmaceutiche che hanno aderito all'indagine campionaria mostrano un'opportunità di sviluppo delle partnership rispetto alle policy sulla responsabilità sociale e a quelle sulla sostenibilità (e, in particolare, sui criteri ESG). Comunicare maggiormente questa disponibilità da parte delle aziende farmaceutiche darebbe un significato culturale aggiuntivo alle pratiche già in essere e, verosimilmente, aumenterebbe il coinvolgimento di altri soggetti nelle attività di contrasto della povertà sanitaria.

SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI

Un Rapporto e un Osservatorio …

- Il 10° Rapporto “Donare per curare – Povertà sanitaria e donazione farmaci” elaborato dall’Osservatorio sulla Povertà Sanitaria (OPSan) della Fondazione Banco Farmaceutico onlus approfondisce tre aree tematiche di stretto interesse per i partner, i sostenitori, i beneficiari e gli analisti dell’attività della rete sostenuta da Banco Farmaceutico:
  1. la diffusione della povertà sanitaria e la preoccupante tendenza alla rinuncia di diagnosi e cure necessarie
  2. il contributo delle donazioni farmaceutiche alla salute delle persone in povertà
  3. il legame tra le donazioni aziendali di farmaci e le politiche di sostenibilità dell’industria farmaceutica italiana.

- Sulle dinamiche della povertà sanitaria e delle rinunce alle cure incidono profondamente le persistenti differenze tra le cinque ripartizioni territoriali codificate dall’ISTAT (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud e Isole) che a ragione possiamo definire “Cinque Italie”.

… per fare luce sulla povertà sanitaria

- 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.

→ La spesa sanitaria dei poveri

La diffusione della povertà assoluta

La povertà assoluta …

- Il 2022 eredita dal 2021 la presenza di 1 milione 960 mila famiglie in povertà assoluta (7,5% di tutte le famiglie residenti in Italia) equivalente a 5 milioni 571 mila persone (9,4% della popolazione residente). Il numero delle persone in povertà assoluta – ovvero le persone più povere tra i poveri – è rimasto al di sopra dell’allarmante soglia dei 5,5 milioni, eguagliando di fatto il livello record raggiunto nell’anno della pandemia (5 milioni 602 mila unità). Malgrado la ripresa economica del 2021, il numero dei poveri resta 1 milione in più rispetto al 2019, quando si era registrata un’incoraggiante parabola discendente in termini assoluti e relativi.

… nelle Cinque Italie

- Il bilancio negativo è il risultato di tendenze diverse nelle Cinque Italie. La povertà assoluta è diminuita nel Nord-Ovest e nel Nord-Est grazie alla ripresa dell’occupazione di cui hanno beneficiato anche circa 100 mila poveri; è però peggiorata nel Centro e nel Mezzogiorno dove la leva dell’occupazione ha funzionato meno.

Sussidi al reddito, sviluppo, occupazione

- In queste aree del Paese, i sussidi al reddito non sono stati in grado di imprimere l’auspicata inversione di tendenza alla povertà, a causa dello sviluppo insufficiente dell’occupazione e di salari inadeguati.

La spesa sanitaria dei poveri

Spesa sanitaria e …

- Nonostante la forte impronta universalistica del nostro SSN, una parte consistente delle cure sanitarie resta a carico dei cittadini. Nel 2021 la spesa sanitaria pro-capite mensile delle famiglie residenti in Italia è stata di 62 €, equivalente al 4,8% dei consumi totali: nelle famiglie in povertà assoluta la corrispondente spesa sanitaria ha raggiunto i 10 € e pesa per il 2,5% sulle spese totali. La spesa sanitaria dei poveri è superiore alla media nel Sud e nelle Isole a causa delle maggiori difficoltà di accesso ai servizi pubblici (per distanza, scarsità, carenze informative e organizzative) e ai servizi medico-assistenziali non profit.

- La maggior parte della spesa sanitaria delle famiglie è destinata alla spesa farmaceutica. Una prima conferma di questa tendenza giunge dal Rapporto OsMed di AIFA: nel 2021 la spesa farmaceutica a carico delle famiglie è stata di 9,2 miliardi, pari al 43,4% della spesa totale (equivalente a 21,2 miliardi). Una seconda conferma viene dalla nostra elaborazione dei dati ISTAT sui consumi delle famiglie: in questo caso, il 60% della spesa sanitaria dei poveri è destinato alla spesa per farmaci, a fronte dell'equivalente 38% delle famiglie non povere.

… spesa farmaceutica

- All'origine di questo squilibrio sta il fatto che il SSN non offre alcuna copertura per i farmaci da banco (che non richiedono alcuna prescrizione medica) e non ha introdotto alcuna distinzione tra chi è al di sotto della soglia di povertà e chi al di sopra. Una simile misura sarebbe invece auspicabile e necessaria per ridurre il gap economico e terapeutico tra questi due sottoinsiemi di cittadini. Se si eliminasse dal budget dei poveri il costo dei farmaci da banco – tanto necessari quanto di uso frequente – si farebbe un'importante passo in avanti verso la riduzione delle disuguaglianze nel campo della salute.

La rinuncia alle cure per limitare la spesa sanitaria

Le due strategie per limitare la spesa sanitaria a carico delle famiglie

- Per contenere la spesa sanitaria le famiglie italiane povere e non povere seguono principalmente due strade: la rinuncia alle cure e il ricorso a centri diagnostici più economici. Nel 2021 hanno cercato di ridurre le spese sanitarie oltre 4 milioni 750 mila famiglie, di cui 640 mila in povertà assoluta, equivalenti a circa 1 milione 884 mila persone.

- Nell'ambito delle due possibili strategie, prevale nettamente quella della "rinuncia-rinvio", sia nelle famiglie povere sia in quelle non povere. La strategia del risparmio risulta in effetti più difficile da perseguire, non solo per l'oggettiva carenza di offerta, ma anche perché richiede informazioni a cui pochi utenti riescono ad accedere.

La rinuncia alle cure …

- La rinuncia alle cure è stata praticata da 27 famiglie povere su 100, a fronte di 13 famiglie non povere su 100, per un totale di 15 famiglie su 100.

- Si sono rivolte a centri più economici 5 famiglie povere su 100, a fronte di 2,9 famiglie non povere su 100, per un totale di 3,3 famiglie su 100.

… il ricorso a centri più economici

I poveri sostenuti dalla Rete Banco Farmaceutico

- Nel 2022, i 1.806 enti convenzionati con Banco Farmaceutico hanno previsto di assistere sul territorio italiano quasi 390 mila indigenti, composti per il 49,6% da cittadini italiani e per il 50,4% da cittadini stranieri.

- Gli assistiti con cittadinanza straniera sono più numerosi nelle ripartizioni Nord-Ovest e Nord-Est (58-59%), mentre gli assistiti con cittadinanza italiana prevalgono nelle ripartizioni Centro (54%), Sud (68%) e Isole (60%), confermando il carattere autoctono e dunque endemico della povertà assistita in questi territori.

La distribuzione territoriale

- Per effetto della distribuzione territoriale degli enti caritativi convenzionati con Banco Farmaceutico – più numerosi al Nord (58%), rispetto al Mezzogiorno (24%) e al Centro (18%) – anche il numero degli assistiti è maggiore nelle ripartizioni del Nord-Ovest (35%) e Nord-Est (24%), anche se le persone povere presenti in queste ripartizioni sono rispettivamente il 23% e il 18% del totale.

Il tasso di copertura degli aiuti ai poveri

- Nel 2022, le attività socio-assistenziali della Rete Banco Farmaceutico hanno interagito con quasi 390 mila indigenti, equivalenti a circa il 7% di quelli residenti nel nostro Paese, con un tasso di copertura della povertà compreso tra l'11% nel Nord-Ovest e il 3% nel Sud.

→ L'impatto delle donazioni farmaceutiche sulla salute dei poveri

- Nei dodici mesi a cavallo della GRF – Giornata di Raccolta del Farmaco 2022, Banco Farmaceutico ha ricevuto e redistribuito gratuitamente 5.545.140 confezioni di prodotti sanitari, costituiti in parte da farmaci e in parte da integratori e presidi (dispositivi di protezione individuale, mascherine ecc.), con caratteristiche peculiari a seconda delle tre principali fonti di provenienza: GRF, RFV (Recupero Farmaci Validi non scaduti), DA (Donazioni Aziendali).

- Insieme alla tradizionale classificazione tipologica per confezioni, in questo Rapporto è stato utilizzato, per la prima volta, anche un diverso approccio: il sistema di codifica Anatomico-Terapeutico-Chimico (ATC), proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, e il codice AIC, definito da AIFA, al fine di arrivare alla quantificazione delle giornate di copertura terapeutica espressa in Defined Daily Dose (DDD).

La contabilità delle donazioni in base alle giornate di copertura terapeutica (DDD/1000 die)

- Questo metodo – utilizzato abitualmente nel Rapporto OsMed di AIFA – è quello appropriato per stimare gli effetti terapeutici dei farmaci donati agli indigenti. Si tratta di un tentativo limitato a un gruppo circoscritto di farmaci che sarà ulteriormente sviluppato nei prossimi rapporti sulla Povertà Sanitaria.

Numero di confezioni e numero di giornate di copertura terapeutica (DDD/1000 per assistiti)

- Gli oltre 1,8 milioni di confezioni di farmaci alle quali è stato possibile associare una DDD[1] equivalgono a 12.257.175 giornate di copertura terapeutica dovute per il 67,9% alle Donazioni Aziendali, per il 29,7% al Recupero Farmaci Validi e per il 3,4% alla GRF.

I principali gruppi terapeutici

- Complessivamente, il maggior numero di giornate di copertura è riferibile nell'ordine ai gruppi C (apparato cardiovascolare) (22,2%), A (apparato gastrointestinale e metabolismo) (19,6%), R (apparato respiratorio) (17,5%), che sommati rappresentano il 56,3% del totale.

- Questi tre gruppi principali (C, A, R) risultano rispettivamente: al 7°, 4° e 12° posto nella graduatoria GRF; al 1°, 2° e 12° posto nella graduatoria RFV; al 6°, 2°, 1° nella graduatoria DA con un'unica equivalenza al 2° posto per i farmaci di gruppo A donati dal RFV e dalle DA.

Il confronto con i dati OsMed 2021

- Per valutare, in via del tutto esplorativa, la congruenza tra quanto raccolto da Banco Farmaceutico e i bisogni sanitari della popolazione assistita dagli enti caritativi e assistenziali, abbiamo messo a confronto – qualitativamente più che quantitativamente – le donazioni di farmaci raccolti attraverso tutti i tre canali di Banco Farmaceutico con alcuni dati relativi al "consumo territoriale" pubblicati nel Rapporto OsMed 2021.

- La graduatoria delle quote percentuali di DDD/1.000 mette in evidenza che per 3 gruppi ATC (C, A, V) la posizione nelle due casistiche (BF e OsMed) è identica (rispettivamente 1°, 2° e 14°); le differenze più significative riguardano i farmaci per l'apparato cardiovascolare (gruppo C) e quelli per l'apparato respiratorio (gruppo R), rispettivamente pari a -13 e +13 punti percentuali per le donazioni di Banco Farmaceutico rispetto ai consumi OsMed.

1 Le confezioni prese in considerazione provengono per il 20% dalla GRF, per il 16% dal RFV, per il 64% dalle DA.

Le patologie dei poveri

- Gli esiti del confronto tra i farmaci provenienti da Banco Farmaceutico con quelli esaminati nel Rapporto OsMed indicano che quanto viene distribuito dal Banco è allineato con i bisogni terapeutici della popolazione residente in Italia.

- Per valutare la congruenza delle donazioni rispetto al bisogno di salute della popolazione povera sarebbe necessario avere informazioni sull'incidenza e la prevalenza delle diverse patologie in questo tipo di popolazione, ma questi dati sono molto scarsi e incompleti.

- Importanti termini di paragone provengono dai dati di una nostra indagine campionaria presso un gruppo di strutture caritative convenzionate con Banco Farmaceutico e, inoltre, dalla banca dati dell'Opera San Francesco (OSF) che opera in Lombardia, regione dove è anche più consistente l'attività di BF.

La banca dati dell'Opera San Francesco (OSF)

- Quanto è stato raccolto nel periodo da noi considerato risulta sostanzialmente coerente con le richieste formulate dagli enti intervistati durante l'indagine campionaria ed è sufficientemente allineato con i dati dell'Opera San Francesco (OSF); questo ente caritativo, pur potendo monitorare con continuità le forme croniche grazie a un archivio clinico degli assistiti, riporta, infatti, una consistente prescrizione anche di farmaci per forme acute e riferisce che sul totale dei soggetti con almeno un contatto presso OSF (nel periodo 2018-2021), le patologie più frequenti erano rappresentate – in ordine decrescente – da malattie del sistema nervoso nel 12,1%; da malattie dell'apparato gastroenterico nell'11,6%; da patologie cardiovascolari nel 9,6%; da disturbi mentali nel 9,2% dei casi.

→ Donazioni aziendali e politiche di sostenibilità nell'industria farmaceutica italiana

- Nell'ultimo triennio le donazioni aziendali di farmaci sono aumentate notevolmente diventando la fonte di gran lunga più importante per quantità di confezioni, proprietà terapeutiche, valori economici equivalenti.

- Nel 2022, le aziende farmaceutiche convenzionate con Banco Farmaceutico hanno donato 3 milioni 90 mila confezioni – ripartite tra farmaci (34%), integratori (16%) e presidi (40%) – pari a un valore di oltre 25 milioni di euro. Si è dunque deciso di effettuare un'indagine campionaria tra le 64 aziende che negli ultimi anni hanno collaborato col Banco, per comprendere le motivazioni e le aspettative legate a questa scelta.

Le motivazioni alla base delle donazioni

- L'elemento trainante di questo tipo di politica aziendale è la motivazione etica, meno rilevante è invece quella "utilitarista"; sul livello intermedio si collocano invece le motivazioni legate alle politiche di CSR, alle strategie di sostenibilità ESG e alla logica del "valore condiviso".

La scelta del Banco Farmaceutico come partner

- Oltre metà delle aziende intervistate hanno relazioni di natura filantropica con una pluralità di soggetti. Risulta dunque interessante cogliere le loro valutazioni sulla relazione con Banco Farmaceutico.

- La scelta di Banco Farmaceutico come partner è motivata dalla qualità delle sue azioni e dalla sua reputazione; il punteggio massimo è attribuito all'affidabilità e all'efficienza organizzativa con cui è trattato un bene molto delicato qual è il farmaco; elevata è anche la motivazione relazionale, legata a rapporti fiduciari da parte di dipendenti dell'azienda.

I benefici delle donazioni al Banco Farmaceutico percepiti dalle aziende farmaceutiche

- Il principale beneficio che le aziende attribuiscono alle donazioni è di natura sociale, in quanto dà la possibilità di aggiungere un tassello alla difficile battaglia per contrastare la piaga della povertà. Un punteggio elevato è attribuito anche alla lotta allo spreco e, dunque, al proprio impegno per lo sviluppo di forme di economia circolare. Meno rilevanti, dal punto di vista degli intervistati, sono invece i benefici reputazionali e quelli legati all'ambiente. Ampi margini di crescita sono infine attribuiti allo sviluppo della partnership nell'ambito delle policy di responsabilità sociale (CSR) e di sostenibilità.

→ Capitolo 1

LA SPESA SANITARIA DEI POVERI NELLE CINQUE ITALIE[2]

Gisella Accolla, Giancarlo Rovati

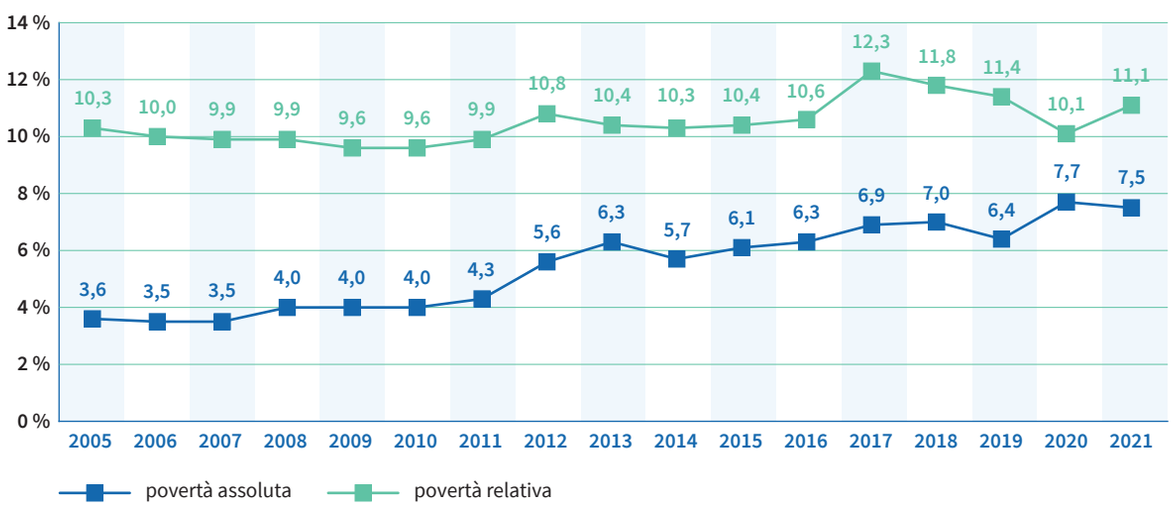
2 Le “Cinque Italie” coincidono con le 5 ripartizioni territoriali (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud, Isole) utilizzate dall’ISTAT.

→ 1.1 La diffusione della povertà assoluta in Italia

La società italiana sta facendo i conti con l'innalzamento generalizzato del costo della vita e la contestuale riduzione del benessere individuale e collettivo, reso ancora più incerto dagli effetti della guerra in corso nella martoriata Ucraina. La corsa al risparmio, che rappresenta una misura difensiva per chi ha margini di manovra, ridurrà un poco la diffusione della povertà relativa[3], ma non intaccherà, verosimilmente, la diffusione della povertà assoluta, che colpisce chi già vive in condizioni economiche minimali.

Risultano a questo proposito illuminanti i risultati del 2021 a cui si riferisce questo Rapporto: l'aumento del Pil dell'anno passato ha coinciso con l'aumento dei consumi pro-capite[4] e dell'incidenza della povertà relativa (passata dal 10,1% all'11,1%). Tuttavia, ha prodotto effetti molto limitati sulla riduzione complessiva della povertà assoluta (→ **FIGURA 1.1**).

→ FIGURA 1.1 Andamento della povertà assoluta e relativa delle famiglie: Italia, anni 2005-2021 (valori %)



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

3 La povertà relativa segue un andamento anticiclico: la contrazione dei consumi abbassa la soglia di povertà relativa – definita in base alla spesa pro-capite per consumi di tutti i residenti in Italia – facendo risalire sopra tale soglia una parte della popolazione relativamente povera che ha mantenuto i modesti livelli di consumo dell'anno precedente. Con l'aumento dei consumi avviene invece l'effetto contrario.

4 L' innalzamento nominale dei consumi si è tradotto in un innalzamento reale per via dell'andamento favorevole dei prezzi.

La povertà assoluta è, invero, diminuita nel Nord (passando da 943 mila famiglie coinvolte a 835 mila famiglie, con una contrazione di 108 mila unità, pari a –11,4%) per effetto della ripresa occupazionale, ma è cresciuta nel Centro e nel Mezzogiorno, dove tale leva non ha funzionato. Nel Mezzogiorno, le famiglie in povertà assoluta sono aumentate di 51 mila unità (+6,5%), pari a 196 mila persone (+8,6%). (→ TABELLA 1.1).

Il 2022 eredita dall'anno precedente la presenza di 1 milione 960 mila famiglie in povertà assoluta (7,5% di tutte le famiglie residenti in Italia), equivalente a 5 milioni 571 mila persone (9,4% della popolazione residente)[5]. I sussidi al reddito di una parte di questa popolazione hanno stabilizzato la drammatica situazione del 2020 senza però imprimere l'auspicata inversione di tendenza. Questo perché l'inadeguatezza dei salari[6] ha impedito che si determinasse una leva reddituale sufficiente.

→ TABELLA 1.1 La povertà assoluta per ripartizione geografica. Anni 2020 e 2021, migliaia di unità e valori %

	Nord		Nord-ovest		Nord-est		Centro		Mezzogiorno		Sud		Isole		ITALIA	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Famiglie povere	943	835	577	488	366	347	290	299	775	826	545	595	230	231	2.007	1.960
Persone povere	2.554	2.255	1.607	1.271	947	984	788	861	2.259	2.455	1.616	1.808	643	647	5.602	5.571
Incidenza della povertà (%)																
Famiglie	7,6	6,7	7,9	6,7	7,1	6,8	5,4	5,6	9,4	10,0	9,9	10,8	8,4	8,4	7,7	7,5
Persone	9,3	8,2	10,1	8,0	8,2	8,6	6,6	7,3	11,1	12,1	11,7	13,2	9,8	9,9	9,4	9,4

FONTE: Elaborazioni su dati ISTAT – Indagine "La spesa delle famiglie".

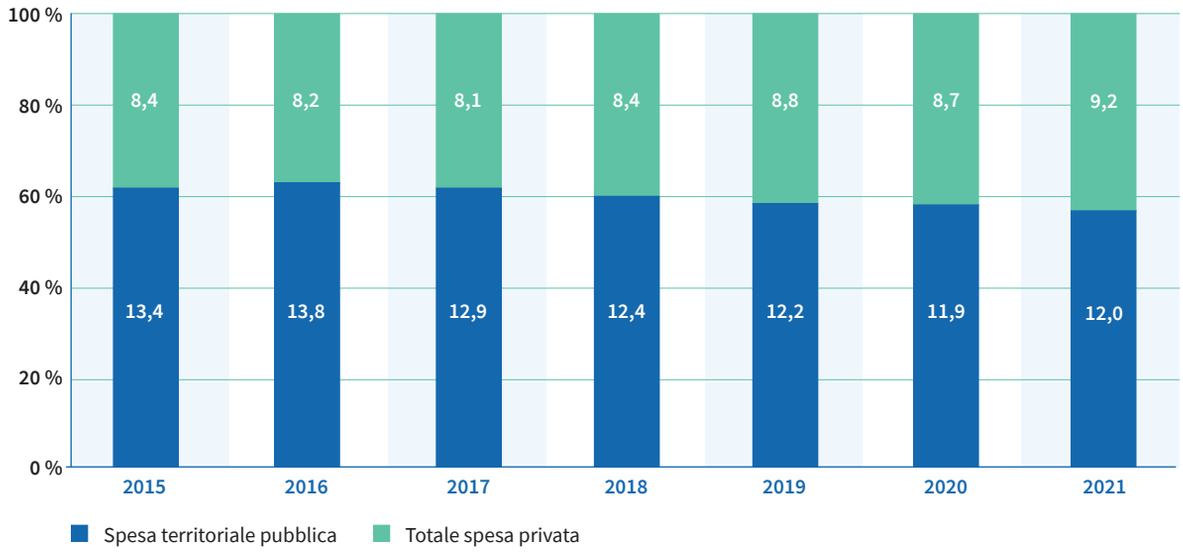
5 Nel 2020 le famiglie in povertà assoluta erano 2 milioni 7 mila, pari a 5 milioni 602 mila persone.

6 Come noto, 2/3 del Reddito di cittadinanza sono andati a persone non idonee al lavoro. Non si è così favorita in modo significativo l'occupazione degli occupabili, a cui dovrebbe legarsi l'accesso a redditi superiori al sussidio e dunque la fuoriuscita dalla povertà.

→ 1.2 La spesa sanitaria a carico dei poveri

Anche se il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha una forte impronta universalistica, una parte consistente della spesa sanitaria resta a carico dei cittadini, specialmente quella farmaceutica. Nel 2021, il 43,4% della spesa farmaceutica territoriale (pari a circa 9,2 miliardi di euro) è stata pagata dalle famiglie, con un incremento del 6,3% rispetto al 2020 (→ **FIGURA 1.2**). A sostenere le spese "di tasca propria" (*out of pocket*) non sono solo le famiglie che, in base ai parametri ufficiali, non risultano povere, ma anche quelle sotto la soglia di povertà assoluta.

→ FIGURA 1.2 Spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata. Anni 2015-2021 (miliardi in euro e valori %)



FONTE: AIFA, L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto 2021 (Tab. 1.2.1, p. 14).

Nella spesa farmaceutica dei cittadini rientrano:

1. la compartecipazione ai ticket regionali e la differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto e il corrispondente prezzo di riferimento
2. l'acquisto privato di farmaci di fascia A e di classe C con ricetta
3. la spesa negli esercizi commerciali e tutti i farmaci da banco, tra cui figurano analgesici e antipiretici, antinfiammatori orali, preparati per la tosse, raffreddore, dolori articolari-muscolari, cavo oro-faringeo, antidiarroici, antimicrobici intestinali, antisettici e disinfettanti.

Questi tipi di farmaci devono 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'insufficienza della protezione universalistica del nostro sistema e la necessità di sopperire a questa carenza con misure appropriate.

La conferma di questa problematica giunge dai dati ISTAT sulla spesa sanitaria mensile pro-capite delle famiglie italiane messa a confronto con quella delle famiglie povere e non povere (→ **TABELLA 1.2**).

→ TABELLA 1.2 Spesa pro-capite mensile sanitaria per condizione economica delle famiglie. Italia, valori in euro, anni 2014-2021

Condizione economica	Voce di spesa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Famiglie povere	Medicinale	5,38	5,38	5,96	6,68	6,50	6,38	6,37	5,85
	Articoli sanitari	0,32	0,32	0,45	0,30	0,33	0,16	0,56	0,33
	Attrezzature terapeutiche	0,60	0,60	0,58	0,48	0,49	0,65	0,40	0,55
	Servizi medici ospedalieri	1,34	1,34	1,37	1,93	1,78	1,48	1,42	1,72
	Servizi dentistici	0,46	0,46	0,71	0,66	0,88	0,76	0,75	0,63
	Servizi paramedici	0,73	0,73	0,68	0,64	0,85	0,74	0,76	0,83
	TOTALE servizi sanitari e spese per la salute	**8,83**	**8,83**	**9,75**	**10,69**	**10,83**	**10,17**	**10,36**	**9,92**
Famiglie non povere	Medicinale	23,39	24,85	25,74	28,21	28,18	28,18	25,94	26,03
	Articoli sanitari	2,02	1,98	2,16	2,46	2,05	2,05	3,35	3,14
	Attrezzature terapeutiche	6,15	5,94	6,59	6,13	6,31	6,31	5,32	5,92
	Servizi medici ospedalieri	10,99	8,21	8,65	10,01	9,76	9,76	9,04	10,47
	Servizi dentistici	11,94	14,63	13,07	16,03	13,42	13,42	12,66	15,14
	Servizi paramedici	5,18	5,58	5,64	5,22	5,28	5,28	4,66	5,35
	TOTALE servizi sanitari e spese per la salute	**59,67**	**61,19**	**61,85**	**68,06**	**65,00**	**65,00**	**60,97**	**66,05**
TOTALE FAMIGLIE	Medicinale	22,40	23,66	24,50	26,73	26,13	26,78	24,43	24,51
	Articoli sanitari	1,93	1,88	2,05	2,31	2,18	1,93	3,13	2,93
	Attrezzature terapeutiche	5,82	5,61	6,21	5,74	6,16	5,95	4,94	5,52
	Servizi medici ospedalieri	10,48	7,79	8,19	9,45	9,33	9,22	8,45	9,81
	Servizi dentistici	11,28	13,76	12,30	14,97	13,84	12,61	11,74	14,04
	Servizi paramedici	4,93	5,28	5,32	4,90	5,25	4,98	4,36	5,01
	TOTALE servizi sanitari e spese per la salute	**56,84**	**57,98**	**58,57**	**64,10**	**62,89**	**61,47**	**57,05**	**61,82**

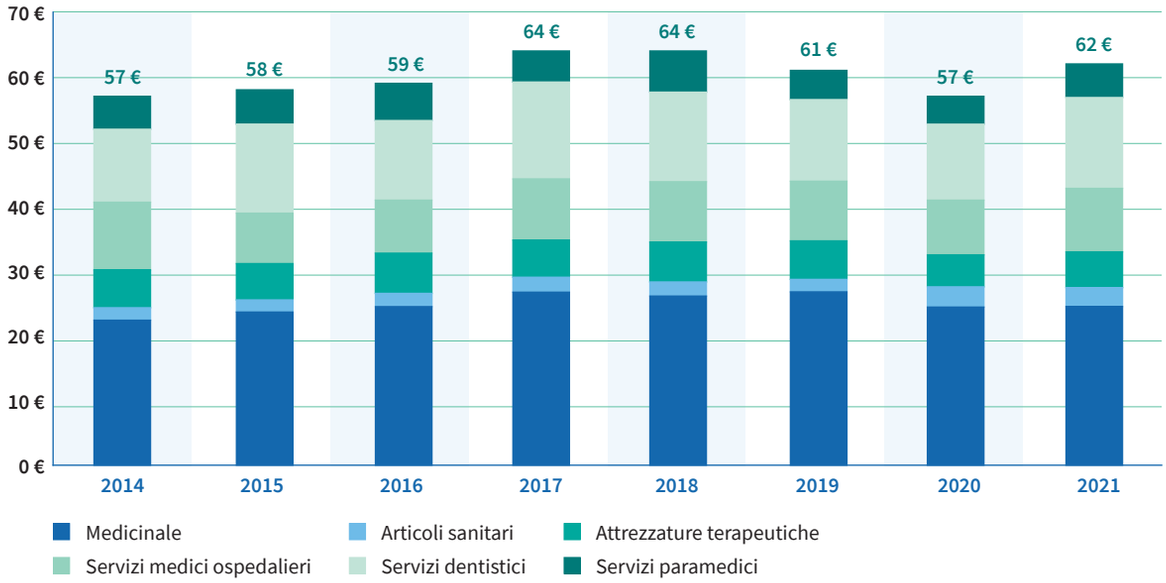
FONTE: Elaborazioni su dati ISTAT - Indagine "La spesa delle famiglie".

L'andamento della spesa pro-capite mensile del totale delle famiglie mostra che nel periodo 2014-2021 ciascun residente in Italia (appartenente a tutte le età) ha sostenuto una spesa mensile compresa tra i 56,84 € e i 61,83 € con punte superiori ai 60 € nel triennio 2017-2019 a ridosso dell'epidemia da Covid[7] (→ FIGURA 1.3).

Nell'arco degli 8 anni qui considerati, la spesa più elevata è destinata ai farmaci, con valori pro-capite compresi tra un minimo di 22,40 € (nel 2014) e un massimo di 26,78 € (nel 2019), seguita dalla spesa per servizi dentistici, compresa tra un minimo di 11,28 € (nel 2014) e un massimo di 14,97 € (nel 2017).

7 Questa spesa subisce variazioni significative nelle fasce di età più avanzate, quando il bisogno di cure diventa più intenso.

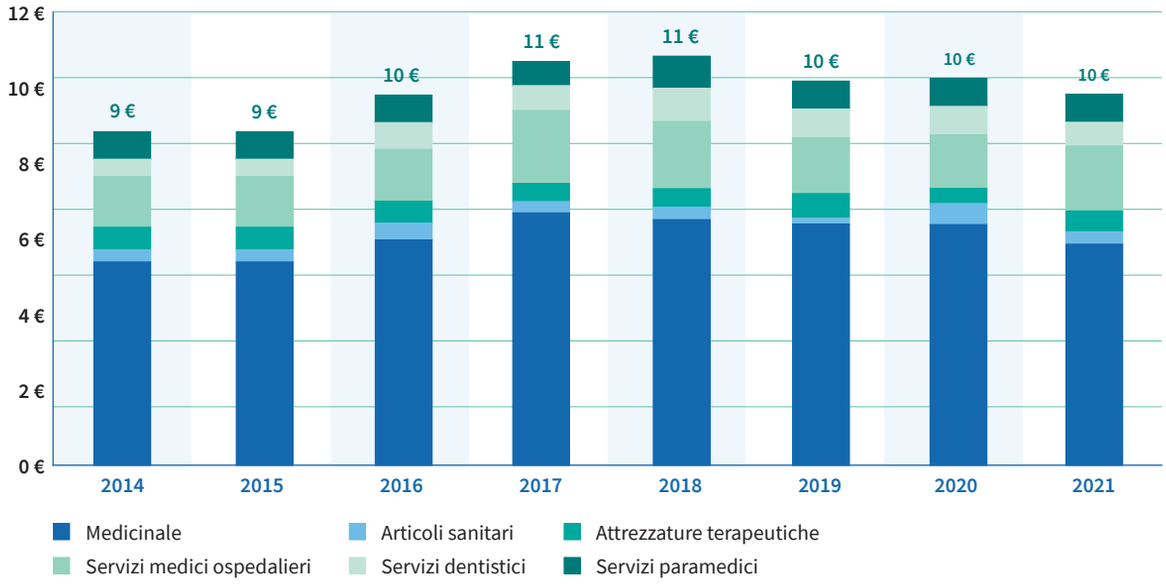
→ **FIGURA 1.3 Spesa pro-capite mensile sanitaria del totale delle famiglie. Italia, valori in euro. Anni 2014-2021**



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

Il confronto tra la spesa pro-capite complessiva e quella di chi vive in famiglie povere mostra profonde differenze, a cui corrispondono altrettante criticità. Il valore assoluto della spesa sanitaria dei poveri si attesta, infatti, tra 8,82 € (nel 2014) e 9,90 € (nel 2021) pari mediamente a 1/6 dei valori totali visti in precedenza (→ **FIGURA 1.4**). Tali valori potrebbero apparire incoraggianti se indicassero maggiori esenzioni a parità di copertura dei loro bisogni sanitari. Tuttavia, dipendono dalle ridotte disponibilità economiche e dalla limitazione forzata delle cure necessarie (cfr. capitolo 2), a cominciare da quelle legate alla prevenzione. Tali rinunce determinano effetti negativi sullo stato di salute complessivo, specie con l'avanzare dell'età. Una seconda peculiarità della spesa sanitaria dei poveri consiste nell'appiattimento sulla spesa per medicinali: tutte le altre voci di spesa hanno un peso trascurabile non tanto perché quasi interamente gratuite (e dunque bisognose, solamente, di una spesa residuale), quanto perché sono forzatamente trascurate.

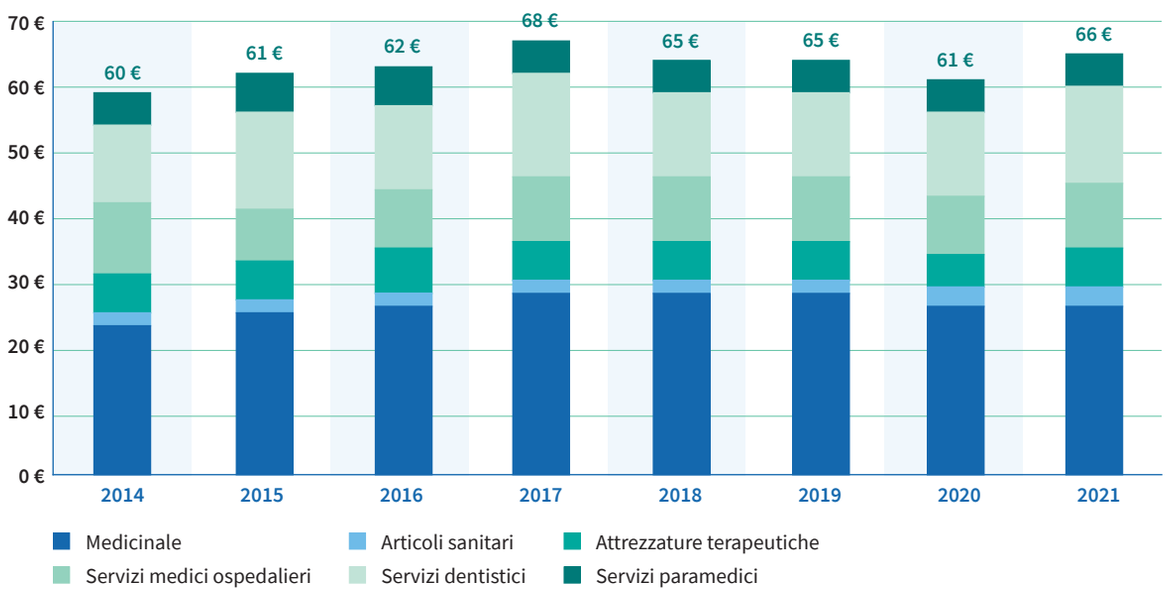
→ **FIGURA 1.4 Spesa pro-capite mensile sanitaria delle famiglie povere. Italia, valori in euro, anni 2014-2021**



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

Per le famiglie non povere la spesa sanitaria mensile pro-capite è compresa tra 60 (nel 2014) e 68 euro (nel 2017), con una composizione delle singole voci di spesa poco superiore a quella del totale delle famiglie (→ FIGURA 1.5).

→ **FIGURA 1.5 Spesa pro-capite mensile sanitaria delle famiglie non povere. Italia, valori in euro, anni 2014-2021**



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

Gli squilibri appena segnalati sono ancora più evidenti quando si considera il peso percentuale delle singole voci di spesa sul totale della spesa sanitaria delle persone che vivono in famiglie povere e non povere (→ TABELLA 1.3).

→ TABELLA 1.3 Peso delle singole voci di spesa sanitaria sul totale della spesa sanitaria / Peso del totale della spesa sanitaria sulla spesa totale per consumi. Suddivisione per condizione economica della famiglia. Italia, valori %, anni 2014-2021

Condizione economica	Voce di spesa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Famiglie povere	Medicinale (su spesa sanitaria)	61,0%	61,0%	61,2%	62,5%	60,0%	62,8%	62,1%	59,0%
	Articoli sanitari (su spesa sanitaria)	3,6%	3,6%	4,6%	2,8%	3,1%	1,6%	5,4%	3,4%
	Attrezzature terapeutiche (su spesa sanitaria)	6,8%	6,8%	5,9%	4,5%	4,5%	6,4%	3,9%	5,6%
	Servizi medici ospedalieri (su spesa sanitaria)	15,2%	15,2%	14,0%	18,0%	16,4%	14,5%	13,8%	17,3%
	Servizi dentistici (su spesa sanitaria)	5,2%	5,2%	7,3%	6,2%	8,1%	7,5%	7,4%	6,4%
	Servizi paramedici (su spesa sanitaria)	8,2%	8,2%	6,9%	6,0%	7,9%	7,3%	7,4%	8,4%
	TOTALE spese sanitarie (su spesa per consumi)	**2,4%**	**2,4%**	**2,7%**	**2,9%**	**2,9%**	**2,7%**	**2,6%**	**2,5%**
Famiglie non povere	Medicinale (su spesa sanitaria)	39,2%	40,6%	41,6%	41,5%	43,4%	43,4%	42,5%	39,4%
	Articoli sanitari (su spesa sanitaria)	3,4%	3,2%	3,5%	3,6%	3,2%	3,2%	5,5%	4,8%
	Attrezzature terapeutiche (su spesa sanitaria)	10,3%	9,7%	10,7%	9,0%	9,7%	9,7%	8,7%	9,0%
	Servizi medici ospedalieri (su spesa sanitaria)	18,4%	13,4%	14,0%	14,7%	15,0%	15,0%	14,8%	15,9%
	Servizi dentistici (su spesa sanitaria)	20,0%	23,9%	21,1%	23,6%	20,7%	20,7%	20,8%	22,9%
	Servizi paramedici (su spesa sanitaria)	8,7%	9,1%	9,1%	7,7%	8,1%	8,1%	7,7%	8,1%
	TOTALE spese sanitarie (su spesa per consumi)	**4,5%**	**4,6%**	**4,6%**	**4,9%**	**4,7%**	**4,7%**	**4,7%**	**4,9%**
TOTALE FAMIGLIE	Medicinale (su spesa sanitaria)	39,4%	40,8%	41,8%	41,7%	41,5%	43,6%	42,8%	39,6%
	Articoli sanitari (su spesa sanitaria)	3,4%	3,2%	3,5%	3,6%	3,5%	3,1%	5,5%	4,7%
	Attrezzature terapeutiche (su spesa sanitaria)	10,2%	9,7%	10,6%	8,9%	9,8%	9,7%	8,7%	8,9%
	Servizi medici ospedalieri (su spesa sanitaria)	18,4%	13,4%	14,0%	14,7%	14,8%	15,0%	14,8%	15,9%
	Servizi dentistici (su spesa sanitaria)	19,9%	23,7%	21,0%	23,4%	22,0%	20,5%	20,6%	22,7%
	Servizi paramedici (su spesa sanitaria)	8,7%	9,1%	9,1%	7,7%	8,3%	8,1%	7,6%	8,1%
	TOTALE spese sanitarie (su spesa per consumi)	**4,5%**	**4,5%**	**4,5%**	**4,9%**	**4,8%**	**4,7%**	**4,7%**	**4,8%**

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

Nel caso delle persone povere, osserviamo che oltre il 60% della spesa sanitaria è destinata alla spesa farmaceutica, senza particolari variazioni nel periodo 2014-2021. All'origine di questo squilibrio sta il fatto che il SSN non offre alcuna copertura per i farmaci da banco e non ha introdotto alcuna distinzione tra chi è sotto la soglia di povertà e chi al di sopra. Tale misura sarebbe invece auspicabile e necessaria per ridurre il gap economico e terapeutico tra questi due sottoinsiemi di cittadini. Se si eliminasse dal budget dei poveri il costo dei farmaci da banco – tanto necessari quanto di uso frequente – si farebbe un'importante passo in avanti verso la riduzione delle disuguaglianze nel campo della salute. I risparmi familiari derivanti da questo provvedimento consentirebbero, inoltre, agli indigenti di destinare maggiori risorse alla copertura di altri bisogni altrettanto basilari, a cominciare da quelli alimentari[8].

8 Le statistiche sulla popolazione in povertà assoluta ci dicono che la spesa alimentare pesa per circa il 35% sulla spesa totale e che una percentuale quasi identica è destinata alle spese per l'abitazione (affitto + utenze).

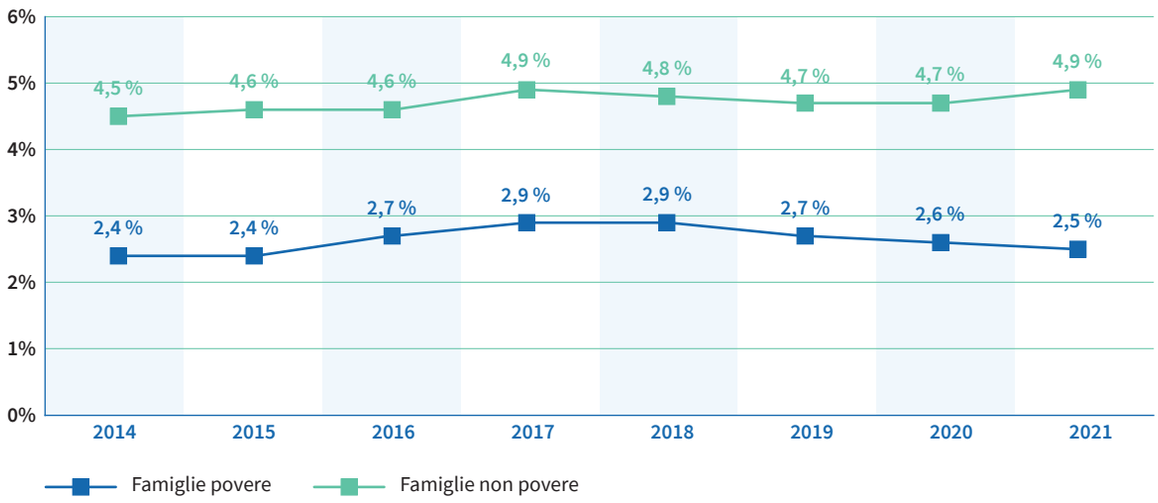
Un aspetto particolarmente critico è legato alle spese per servizi dentistici che, nel caso di chi vive in famiglie povere, equivalgono a 0,60 euro pro-capite (6,4% della propria spesa sanitaria) contro i 15 euro di chi vive in famiglie non povere (22,9% della propria spesa sanitaria). Il nostro sistema sanitario copre solo marginalmente il bisogno di cure odontoiatriche che restano principalmente a carico dei cittadini. Queste cure (generalmente costose) sono, quindi, fortemente condizionate dal reddito, fattore che determina sperequazioni sul piano della salute complessiva. Come gli altri problemi sanitari, infatti, anche quelli odontoiatrici si aggravano se trascurati.

La questione delle cure dentistiche è critica anche per le persone non povere, specialmente in età pediatrica e in età anziana[9]; non è in proposito irrilevante il fatto che le organizzazioni sindacali dei lavoratori – che danno rappresentanza sociale a un numero crescente di pensionati – abbiano più volte avanzato richieste a sostegno delle cure odontoiatriche e che queste siano entrate a far parte dei benefit di welfare erogati dalle polizze assicurative e dagli enti bilaterali.

La spesa sanitaria pro-capite mensile sostenuta dalle famiglie povere (10 euro nel 2021) è solo apparentemente modesta perché, di fatto, pesa per il 2,5% sulla loro spesa totale per consumi. Per le famiglie non povere i corrispondenti valori (66 euro nel 2021) si attestano sul 4,9% della spesa totale per consumi (→ **FIGURA 1.6**).

Questa differenza non è evidentemente imputabile al minor bisogno di cure di chi è indigente, né tantomeno a migliori condizioni di salute; è al contrario ben noto, infatti, come la povertà economica aumenti la povertà sanitaria[10].

→ FIGURA 1.6 Peso del totale della spesa sanitaria sulla spesa totale per consumi per condizione economica della famiglia.
Italia, valori %, anni 2014-2021



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

9 Da tempo si discute sulla possibilità di incrementare le prestazioni odontoiatriche a prezzi calmierati – compensati da fondi pubblici – ma al momento non sono all'orizzonte progressi significativi, che forse sarebbero potuti essere supportati dal piano sanitario del PNRR.

10 Cfr. Rovati G., Accolla G. (2021), *Poveri di reddito, poveri di salute. La povertà sanitaria nelle Nove Italie*, in "Salute e Società, XX, suppl. 2/2021, pp. 199-218.

→ 1.3 La spesa sanitaria dei poveri nelle Cinque Italie

Insieme alle differenze di ordine generale tra le famiglie povere e non povere, vanno considerate anche le differenze territoriali che contraddistinguono sistematicamente il nostro Paese, sia a livello delle cinque ripartizioni sia a livello regionale.

Osserviamo in primo luogo la spesa sanitaria complessiva (espressa in euro) nelle diverse ripartizioni, mettendo a confronto i dati delle famiglie povere e quelli delle famiglie non povere (→ TABELLA 1.4).

Nel sottogruppo degli appartenenti alle famiglie economicamente povere, colpisce il fatto che la spesa sanitaria sia superiore alla media soprattutto nelle regioni del Sud e nelle Isole (in 4 anni su 8, sia pure non continuativi), e che tale spesa raggiunga talora il valore assoluto più elevato (nel 2014-2016 nel Sud e nel 2018-2019 nelle Isole). Anche nelle regioni del Centro troviamo, in parte, la stessa dinamica (valori superiori alla media in 4 anni su 8), ma in questi casi il valore assoluto più alto non è raggiunto. Una possibile spiegazione va ricercata nella maggiore difficoltà ad accedere gratuitamente ai servizi pubblici (per distanza, scarsità di risorse, carenze informative e organizzative) e ai servizi medico-assistenziali non profit. Gli effetti di questa spesa maggiore sono particolarmente severi sul piano economico, perché incidono in misura mediamente più elevata sul reddito disponibile (a sua volta più basso nel Mezzogiorno rispetto alle altre ripartizioni).

→ TABELLA 1.4 Spesa pro-capite mensile sanitaria (compresi i medicinali) per condizione economica della famiglia nelle "Cinque Italie" (valori in euro, anni 2014-2021)

Condizione economica	Ripartizione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Famiglie povere	Nord-Ovest	7,36	7,71	7,57	8,72	11,30	11,47	10,90	8,38
	Nord-Est	8,56	8,95	10,13	13,93	8,47	9,88	8,30	7,89
	Centro	10,40	8,04	11,75	6,18	11,53	7,50	13,99	10,98
	Sud	12,59	10,30	12,10	11,76	10,32	9,31	9,54	10,56
	Isole	9,36	8,34	5,33	13,03	12,55	12,59	8,73	13,07
	TOTALE ITALIA	**8,82**	**8,82**	**9,74**	**10,70**	**10,83**	**10,15**	**10,25**	**9,90**
Famiglie non povere	Nord-Ovest	68,39	72,56	80,05	78,45	76,66	71,64	69,28	74,02
	Nord-Est	73,96	71,46	66,35	76,87	73,05	69,72	66,88	72,82
	Centro	57,78	60,01	58,36	67,90	65,91	66,82	60,93	65,23
	Sud	44,13	44,40	43,65	50,97	53,09	53,39	50,20	43,65
	Isole	42,66	45,88	46,52	56,16	57,25	57,25	48,77	46,52
	TOTALE ITALIA	**59,67**	**61,20**	**61,85**	**68,05**	**66,83**	**65,00**	**60,96**	**66,06**
TOTALE FAMIGLIE	Nord-Ovest	65,91	69,06	76,16	74,46	72,67	68,18	64,69	69,63
	Nord-Est	71,10	68,72	63,90	73,83	69,60	66,14	62,71	68,43
	Centro	55,53	57,81	55,62	64,74	63,02	64,13	58,38	62,17
	Sud	41,45	41,42	40,91	46,97	49,00	49,63	46,19	49,61
	Isole	39,72	42,20	43,14	51,65	51,96	53,39	45,40	52,63
	TOTALE ITALIA	**56,84**	**57,99**	**58,58**	**64,11**	**62,89**	**61,47**	**57,06**	**61,83**

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

Una situazione molto diversa si riscontra nelle famiglie non povere. In questo caso, la spesa sanitaria di tasca propria risulta sistematicamente più bassa tra chi risiede nelle regioni del Sud e delle Isole, con livelli inferiori alla media in tutti gli 8 anni qui considerati. La discrepanza rispetto al Centro e al Nord dipende dal minor reddito medio disponibile; tuttavia, è sintomatico che a una minor spesa in valori assoluti corrisponda sistematicamente una maggiore incidenza rispetto alla spesa totale per consumi (→ TABELLA 1.5). Il tradizionale gap economico tra i residenti al Centro-Nord e nel Mezzogiorno si manifesta dunque anche tra le famiglie non povere, con effetti diretti sulla spesa destinata alle cure sanitarie.

L'approfondimento sui valori assoluti della spesa per medicinali nelle diverse ripartizioni fornisce ulteriori informazioni sulla dinamica delle spese sanitarie a carico dei cittadini poveri e non poveri (→ TABELLA 1.5).

La spesa pro-capite mensile in medicinali delle persone povere residenti al Sud e nelle Isole supera spesso (in 5 anni su 8) i valori medi nazionali, con picchi particolarmente elevati (compresi tra 8,80 e 8,36 € nel periodo 2017-2021) soprattutto nelle Isole. In tutti questi casi risulta evidente il deficit di supporti alternativi (pubblici e privato-sociali) e, contestualmente, la necessità di introdurli.

→ TABELLA 1.5 Spesa pro-capite mensile in medicinali per condizione economica delle famiglie nelle Cinque Italie (valori in euro, anni 2014-2021)

Condizione economica	Ripartizione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Famiglie povere	Nord-Ovest	4,88	5,61	4,44	5,10	5,66	5,68	6,96	4,77
	Nord-Est	5,26	5,03	7,14	8,97	5,47	6,03	4,44	3,92
	Centro	4,48	4,99	7,91	3,70	6,08	4,78	7,57	5,85
	Sud	7,71	5,68	6,34	7,22	6,37	6,42	6,02	6,88
	Isole	6,68	5,11	3,91	8,80	9,33	9,64	7,29	8,36
	TOTALE ITALIA	**5,38**	**5,38**	**5,96**	**6,68**	**6,50**	**6,38**	**6,37**	**5,85**
Famiglie non povere	Nord-Ovest	23,53	24,76	27,82	31,40	28,98	29,56	27,42	26,52
	Nord-Est	26,51	28,99	27,63	29,43	27,81	27,54	24,02	24,04
	Centro	24,68	25,97	27,26	25,58	26,73	28,55	26,05	25,96
	Sud	19,80	20,27	19,63	24,66	25,96	26,17	25,52	19,63
	Isole	21,53	23,95	25,52	29,44	28,89	28,89	26,22	25,52
	TOTALE ITALIA	**23,39**	**24,85**	**25,74**	**28,21**	**28,18**	**28,18**	**25,94**	**26,03**
TOTALE FAMIGLIE	Nord-Ovest	22,77	23,72	26,56	29,89	27,56	28,19	25,81	25,06
	Nord-Est	25,59	27,93	26,74	28,44	26,62	26,25	22,62	22,68
	Centro	23,72	25,08	26,12	24,46	25,63	27,47	25,04	24,83
	Sud	18,77	19,00	18,47	22,88	24,08	24,49	23,60	24,63
	Isole	20,22	22,10	23,74	27,28	26,49	27,23	24,63	25,61
	TOTALE ITALIA	**22,40**	**23,66**	**24,50**	**26,73**	**26,13**	**26,78**	**24,43**	**24,51**

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

Nell'insieme delle famiglie non povere, in tutti gli 8 anni considerati, la spesa per medicinali è superiore alla media nazionale soprattutto e stabilmente nelle regioni del Nord-Ovest; più altalenante è la situazione nel Nord-Est dove nel triennio 2019-2021 si è registrata una contrazione della spesa. Al contrario, nelle regioni del Centro Italia negli ultimi tre anni si assiste a un aumento della spesa. Nel quadriennio 2017-2020, anche nelle Isole si è registrata una spesa farmaceutica superiore alla media, mentre nelle regioni del Sud, in tutti gli anni considerati, i valori restano inferiori alla media. In tutti i casi in cui i valori sono superiori alla media non si registrano forti scostamenti interni e dunque la situazione risulta abbastanza omogenea.

L'impegno di spesa (che include sia le cure necessarie sia quelle improprie) resta comunque relativamente più oneroso per i residenti nelle Isole e, talora, anche per i residenti al Sud, a causa di un rapporto mediamente più alto tra la spesa e il reddito disponibile. L'inversione di tendenza rispetto a quanto è emerso nel sottogruppo degli indigenti conferma la maggior libertà di scelta di chi non è povero, ma anche il consistente onere mensile pro-capite sostenuto dalla popolazione per acquistare farmaci non coperti dal SSN.

L'intensità dell'impegno economico sostenuto per pagare di tasca propria le spese sanitarie emerge in modo chiaro dal confronto tra tali spese e quelle totali per consumi, sintetizzato dai valori percentuali riportati nella → TABELLA 1.6 e nella → FIGURA 1.4.

→ TABELLA 1.6 Peso della spesa sanitaria delle famiglie sul totale della spesa per consumi per condizione economica delle famiglie nelle Cinque Italie (valori %, anni 2014-2021)

Condizione economica	Ripartizione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Famiglie povere	Nord-Ovest	1,9%	1,7%	1,9%	2,1%	2,5%	2,6%	2,5%	1,9%
	Nord-Est	2,1%	2,1%	2,6%	3,3%	2,1%	2,3%	1,8%	1,8%
	Centro	2,4%	2,0%	3,1%	1,6%	2,8%	1,9%	3,3%	2,7%
	Sud	4,0%	3,5%	3,8%	3,7%	3,3%	3,0%	3,1%	3,3%
	Isole	2,7%	2,6%	1,7%	4,3%	3,8%	3,8%	2,7%	3,7%
	TOTALE ITALIA	**2,4%**	**2,4%**	**2,7%**	**2,9%**	**2,9%**	**2,7%**	**2,6%**	**2,5%**
Famiglie non povere	Nord-Ovest	4,5%	4,6%	5,0%	4,9%	4,8%	4,6%	4,8%	4,8%
	Nord-Est	5,0%	4,9%	4,4%	5,1%	5,0%	4,7%	4,8%	5,0%
	Centro	4,1%	4,2%	4,1%	4,6%	4,5%	4,4%	4,3%	4,4%
	Sud	4,5%	4,6%	4,4%	4,9%	5,1%	5,1%	5,2%	4,3%
	Isole	4,5%	4,7%	4,5%	5,4%	5,3%	5,2%	4,8%	4,4%
	TOTALE ITALIA	**4,5%**	**4,6%**	**4,6%**	**4,9%**	**4,8%**	**4,7%**	**4,7%**	**4,9%**
TOTALE FAMIGLIE	Nord-Ovest	4,4%	4,6%	5,0%	4,9%	4,8%	4,6%	4,7%	4,7%
	Nord-Est	5,0%	4,8%	4,4%	5,1%	4,9%	4,6%	4,7%	5,0%
	Centro	4,1%	4,2%	4,1%	4,5%	4,4%	4,4%	4,3%	4,4%
	Sud	4,5%	4,5%	4,4%	4,9%	5,1%	5,1%	5,1%	5,3%
	Isole	4,5%	4,7%	4,5%	5,3%	5,2%	5,2%	4,7%	5,3%
	TOTALE ITALIA	**4,5%**	**4,5%**	**4,5%**	**4,9%**	**4,8%**	**4,7%**	**4,7%**	**4,8%**

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

Val la pena evidenziare come l'incidenza percentuale della spesa sanitaria sul budget del totale delle famiglie sia rimasta stabile dal 2014 al 2016 (4,5%), ma sia poi cresciuta in modo significativo, sfiorando la soglia del 5% nel quinquennio 2017-2021. A queste tendenze generali corrispondono variazioni più pronunciate all'interno e tra le singole ripartizioni, con valori sistematicamente superiori al dato medio sia nel Sud sia nelle Isole, dove nel corso dell'ultimo quadriennio (2018-2021) la soglia del 5% è più volte superata. Tale soglia è raggiunta anche nel Nord-Est, mentre i residenti al Centro se ne mantengono a distanza.

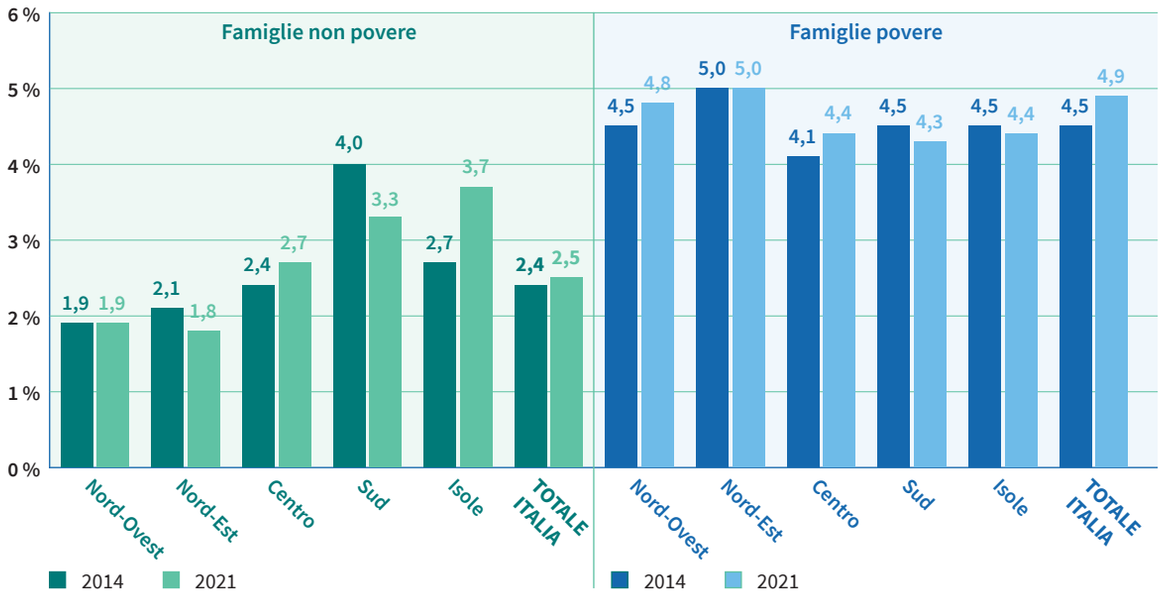
In sintesi, scopriamo che nell'insieme delle famiglie, nel 2021 la spesa sanitaria dei residenti al Sud, nelle Isole e al Nord-Est ha un peso percentuale molto simile; in queste tre ripartizioni la spesa percentuale supera la media nazionale per 4 anni su 8; dal 2017 i residenti al Sud e nelle Isole superano peraltro le soglie dei residenti al Nord-Est, compiendo uno sforzo economico notevole. Queste somiglianze nell'ammontare delle spese non consentono di ipotizzare dinamiche simili rispetto alla domanda-offerta dei servizi sanitari nelle due ripartizioni del Mezzogiorno e in quella del Nord-Est, ma suggeriscono una propensione abbastanza simile (per necessità o per scelta) a "investire" nelle cure sanitarie una parte importante delle proprie risorse.

Le condizioni di maggior svantaggio relativo delle famiglie residenti al Sud e nelle Isole sono ulteriormente confermate dalle spese sanitarie sostenute dalle famiglie povere che, in queste ripartizioni, sono sistematicamente superiori ai valori medi di riferimento. La situazione degli indigenti al Nord-Est è migliore, e solo nel 2017 supera il dato medio. Le sensibili oscillazioni riscontrabili al Centro fanno invece pensare a un andamento della vulnerabilità sanitaria altrettanto variabile. In molti ambiti territoriali, la spesa sanitaria delle famiglie povere e non povere ha in pratica eroso una parte più consistente del budget familiare, a causa, verosimilmente dell'aumento delle necessità terapeutiche non coperte adeguatamente dai finanziamenti e dai servizi pubblici.

Le spese sanitarie di tasca propria delle persone indigenti sono, evidentemente, mosse da uno stato di necessità che rende ancor più drammatica l'eventuale impossibilità di fronteggiarlo. Anche in questo caso colpisce che, in tutti gli anni considerati, i residenti al Sud e nelle Isole impegnino sistematicamente quote di spesa superiori alla media nazionale, con un allarmante aumento nel 2021. Tale sforzo, più inteso rispetto alle persone povere delle altre ripartizioni, suggerisce un deficit aggiuntivo di reti di aiuto (pubbliche e privato-sociali) nei loro territori.

Le differenze territoriali fin qui emerse in tema di spesa sanitaria delle famiglie povere e non povere emergono in modo sintetico e immediato confrontando i dati del 2014 e quelli del 2021 (→ **FIGURA 1.7**).

→ **FIGURA 1.7 Peso della spesa sanitaria delle famiglie sul totale della spesa per consumi per condizione economica delle famiglie. "Cinque Italie" (valori %, anni 2014 e 2021)**



Il totale delle famiglie non povere presenta un profilo decisamente più stabile rispetto a quello delle famiglie povere, grazie a variazioni percentuali più contenute tra l'inizio e la fine del periodo considerato. Non mancano tuttavia segni evidenti delle dinamiche specifiche che contraddistinguono le singole ripartizioni anche a distanza di anni.

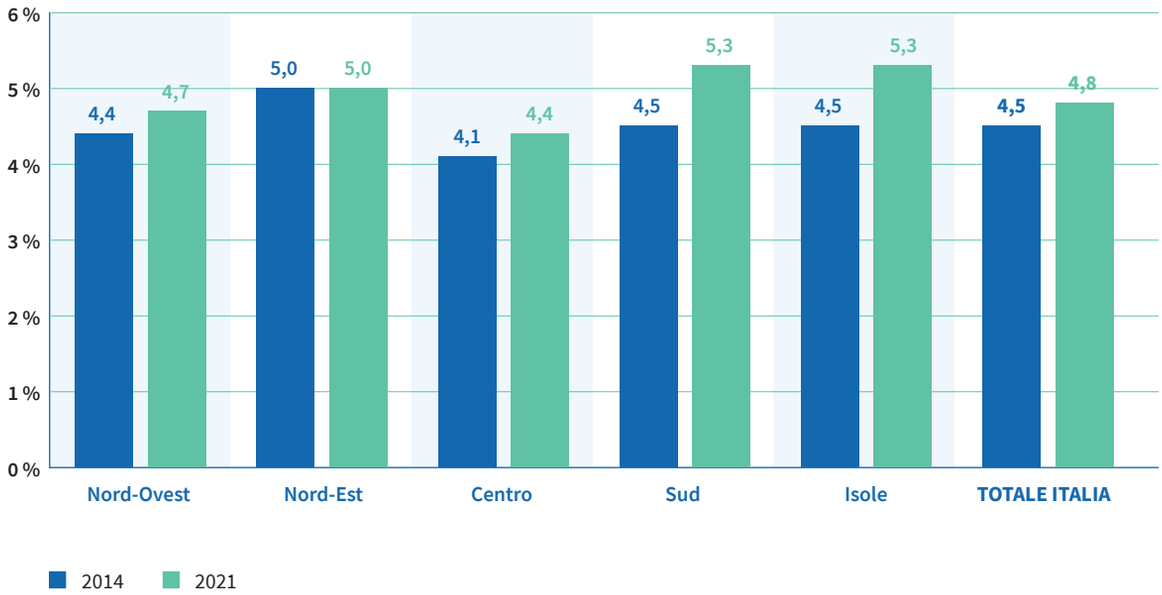
Se, nel 2021, a livello nazionale, l'incidenza percentuale della spesa sanitaria sul totale della spesa per consumi delle famiglie non povere è superiore a quella del 2014 (4,8% vs 4,5%), al Sud e nelle Isole la tendenza è inversa, a causa di un indebolimento del potere d'acquisto anche dei ceti più abbienti. L'aumento della spesa si concentra invece al Nord-Ovest e al Centro, mentre il Nord-Est che resta stazionario.

Nel sottoinsieme delle famiglie povere, le differenze territoriali sono più marcate, mentre sono confermate le maggiori difficoltà degli indigenti residenti al Sud e nelle Isole. In termini relativi, il peso economico che sostengono supera di oltre un terzo quello sostenuto dalle famiglie povere residenti al Nord-Ovest e al Nord-Est e di oltre un quarto quello sostenuto da chi risiede al Centro. Mentre nel 2014 la condizione di chi viveva al Sud appariva peggiore rispetto a quella di chi viveva nelle Isole, nel 2021 le parti si invertono, con differenze tuttavia più contenute, posto che la spesa sanitaria dei poveri incide per il 3,3% nel Sud e per il 3,7% nelle Isole.

Ancorché la spesa sanitaria dei poveri sia significativa in termini percentuali (cfr. → **TABELLA 1.4**), la sua entità assoluta è talmente ridotta da non poter soddisfare neanche i bisogni più piccoli. Una ragione in più per sviluppare servizi sanitari adeguati e capillari a favore di chi versa in gravi difficoltà.

In via sintetica, val la pena considerare la crescita della spesa sanitaria *out of pocket* che si è registrata nel biennio 2020-2021 nel totale delle famiglie (→ **FIGURA 1.8**).

→ **FIGURA 1.8 Peso della spesa sanitaria delle famiglie sul totale della spesa per consumi nelle "Cinque Italie" (valori %, anni 2020 e 2021)**



Tale crescita non va interpretata come la ricerca di spesa non necessaria; al contrario, sembra segnalare la progressiva necessità di supplire ai limiti finanziari e organizzativi del SSN con risorse proprie. Quanto più ampi sono tali limiti, tanto più ampia è l'incidenza della spesa sanitaria a carico delle famiglie. Si spiega in questo modo la maggior incidenza della spesa sanitaria nelle ripartizioni Sud e Isole nel 2021 rispetto al 2020 (5,3% vs 4,5%).

→ Capitolo 2

LA RINUNCIA ALLE CURE SANITARIE NELLE CINQUE ITALIE[11]

Gisella Accolla, Giancarlo Rovati

11 Le “Cinque Italie” coincidono con le 5 ripartizioni territoriali (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud, Isole) utilizzate dall’ISTAT.

Al pari di ogni altra spesa sostenuta dalle famiglie, anche quella sanitaria è condizionata dalla combinazione tra il sistema dei bisogni e delle preferenze e i vincoli imposti dalle risorse economiche a disposizione. Tali vincoli sono tanto più stringenti quanto più le risorse a mala pena sostengono le spese necessarie per uno stile di vita minimamente dignitoso, come accade nel caso di chi è sotto la soglia di povertà assoluta. Le statistiche relative a questa fascia di popolazione rivelano che la spesa alimentare pesa circa per il 35% sulla spesa totale e che una percentuale quasi identica è destinata alle spese per l'abitazione (affitto e utenze). Entrambe le spese sono necessarie e incomprimibili e lasciano pochissimo spazio alle altre, tra cui figurano quelle sanitarie[12]. Il reddito molto basso delle famiglie povere impone loro una strategia di contenimento della spesa sanitaria; tale contenimento assorbe una quota pari al 2,4-2,6% della spesa complessiva, a fronte dell'equivalente 4,5-4,7% delle famiglie non povere. (cfr. **CAPITOLO 1, → FIGURA 1.6**). Come sappiamo, questa differenza non è imputabile al minor bisogno di cure di chi è povero, ma all'impossibilità di destinare maggiori risorse alla spesa sanitaria, con effetti negativi sulla qualità della salute.

L'acquisto di servizi sanitari a proprie spese dipende da fattori e circostanze molto eterogenei che richiedono attenta considerazione. Un caso emblematico è quello dei servizi dentistici e odontoiatrici che hanno una copertura limitata e fortemente contingentata da parte del SSN, e tempi di attesa spesso incompatibili con il bisogno espresso. Anche l'accessibilità in tempi non ragionevoli alle strutture pubbliche o la difficoltà ad avere un rapporto personalizzato con i medici possono indurre ad affidarsi a studi professionali privati, pagandone i relativi oneri. Nel caso delle visite mediche specialistiche, è ormai regola affrontare lunghe liste d'attesa quando ci si rivolge alle strutture pubbliche o a quelle convenzionate con il SSN; l'alternativa è la visita a pagamento (intramoenia o extramoenia), anche attraverso "tariffe smart" o tariffe calmierate. L'introduzione di regimi di convenzione tra pubblico e privato da parte dei sistemi regionali più evoluti ed efficienti ha ridotto solo in parte la problematica delle lunghe liste d'attesa, che sono determinate da diversi fattori:

1. crescita esponenziale della domanda di diagnosi e cure specialistiche;
2. scarsità degli organici;
3. vincoli organizzativi di diversa natura (rigidità degli orari, assenteismo, procedure inefficienti);
4. vincoli di bilancio imposti dai costi crescenti e dai conseguenti tagli alla spesa sanitaria introdotti nel corso degli anni per rendere sostenibile la finanza pubblica.

Un ulteriore capitolo è legato agli interventi riabilitativi, in forte crescita a causa principalmente dell'incremento della popolazione anziana. Anche in questo caso la forbice tra domanda e offerta tende ad aumentare, allargando la necessità di ricorrere a prestazioni a pagamento.

Se è vero che una parte della spesa sanitaria di tasca propria dipende da scelte discrezionali dei pazienti non sempre appropriate, è però innegabile che l'acquisto di farmaci non coperti dal SSN da parte delle persone indigenti configuri uno stato di necessità che andrebbe attentamente riconsiderato secondo criteri di giustizia ed equità.

12 La metodologia attualmente in vigore per la stima della povertà assoluta nel nostro Paese tiene conto delle spese per l'alimentazione, l'abitazione e per la componente "residuale" nella quale confluiscono tutti i beni e servizi considerati altrettanto necessari dei primi due, ma maggiormente comprimibili (cfr. ISTAT (2009), *La misura della povertà assoluta*, Metodi e Norme n. 39, Roma. **https://ebiblio.istat.it/digibib/Metodi%20e%20norme/MOD1546628Ed2009N39.pdf**

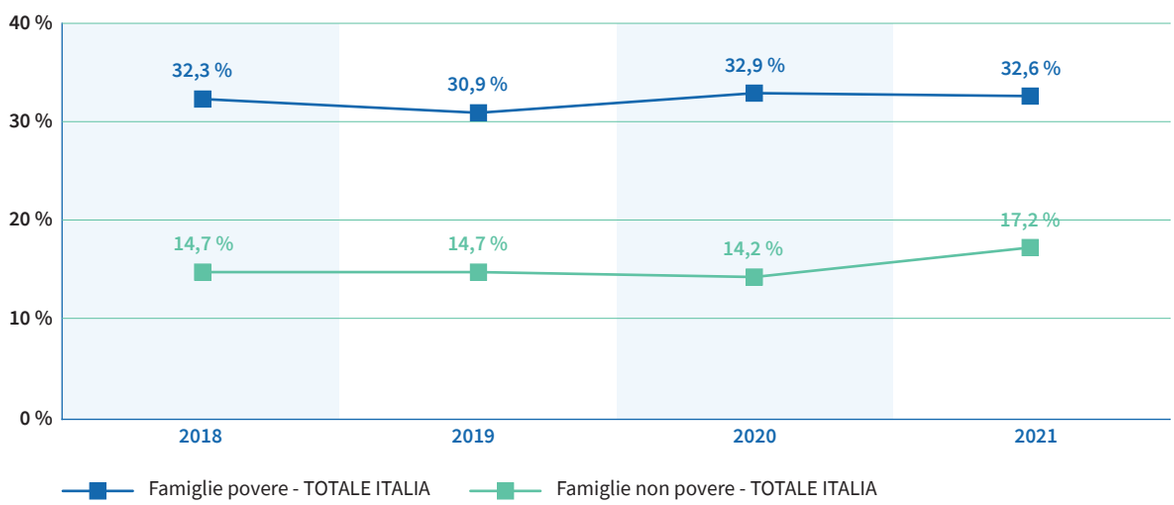
→ 2.1 La rinuncia alle cure sanitarie

L'impossibilità delle famiglie di sostenere i costi necessari a superare gli ostacoli appena descritti impone strategie di ripiego che coincidono con il rinvio degli interventi e la rinuncia a curarsi.

Del ricorso a queste strategie "adattive-difensive" abbiamo chiara documentazione nelle statistiche ufficiali, di cui l'indagine sulla spesa delle famiglie e l'indagine BES (Bilancio Equo e Sostenibile) sono fonti essenziali. Le alternative considerate da tali statistiche sono in concreto riconducibili a tre fattispecie: 1) limitare il numero delle visite/accertamenti; 2) rivolgersi a medici/centri diagnostici più economici; 3) utilizzare entrambe le possibilità[13].

Nell'ultimo quadriennio, la strategia del rinvio-rinuncia delle cure e del risparmio mediante il ricorso a centri meno costosi sono state adottate da circa 1/6 delle famiglie italiane povere e non povere, attestandosi rispettivamente su valori superiori al 32% e al 17% (→ **FIGURA 2.1**).

→ **FIGURA 2.1 Quota % di famiglie che hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di controllo preventivo (dentista, mammografie, pap-test ecc.) per motivazioni di tipo economico per condizione economica della famiglia. Italia, anni 2018-2021**



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

13 Su ciascuna di queste strategie disponiamo di dati che coprono il periodo 2014-2021, nel 2018 ISTAT ha però cambiato la formulazione del quesito e dunque la percezione del problema da parte degli intervistati così che i dati direttamente confrontabili valgono solo all'interno dei distinti periodi del 2014-2017 e del 2018-2021 a cui faremo qui riferimento.

Rapportando questi dati ai valori assoluti dei due sottogruppi, si stima che nel 2021 abbiano fatto ricorso a entrambe le strategie 4.768.564 famiglie residenti sul territorio nazionale (pari a 10.899.000 persone) di cui circa 640 mila in povertà assoluta (pari a 1.884.041 persone) (→ TABELLA 2.1). Si tratta di numeri consistenti, che identificano un fenomeno definibile, a ragione, di massa.

→ TABELLA 2.1 Famiglie che hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di controllo preventivo per ragioni economiche, anni 2020 e 2021

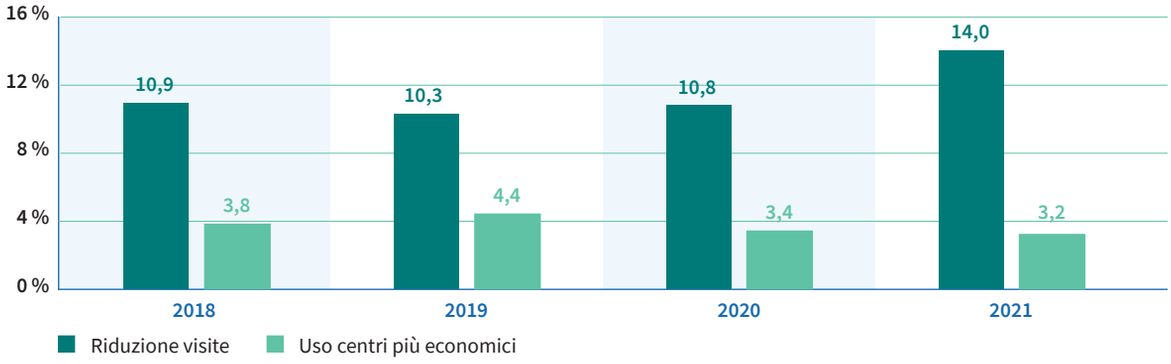
	2020		2021	
		hanno limitato la spesa		hanno limitato la spesa
Totale famiglie residenti	26.079.000	4.094.403	26.008.000	4.768.564
Totale famiglie povere	2.007.400	660.435	1.960.000	639.875

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

La corsa al contenimento della spesa sanitaria da parte di un numero tanto elevato di famiglie ridimensiona la tesi secondo cui una parte notevole di tale spesa sarebbe impropria (cioè causata dai comportamenti incauti sia dei pazienti, sia dei medici che prescrivono le terapie). Tale contenimento rappresenta un campanello d'allarme rispetto alle conseguenze negative - per il benessere individuale e collettivo - determinate dal rinvio delle cure e dalla rinuncia a milioni di accertamenti preventivi.

Tra le due possibilità, prevale nettamente quella del rinvio-rinuncia rispetto a quella del risparmio, sia tra le famiglie non povere[14] (→ FIGURA 2.2) sia tra quelle povere (→ FIGURA 2.3)[15]. La strategia del risparmio risulta in effetti più difficile da perseguire, non solo per l'oggettiva carenza di offerta, ma anche perché richiede l'accesso a informazioni che solo pochi utenti sono in grado di ottenere.

→ FIGURA 2.2 Quota % di famiglie non povere che hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche/accertamenti periodici di controllo preventivo (dentista, mammografie, pap-test ecc.) per motivazioni di tipo economico per condizione economica della famiglia. Italia, anni 2018-2021

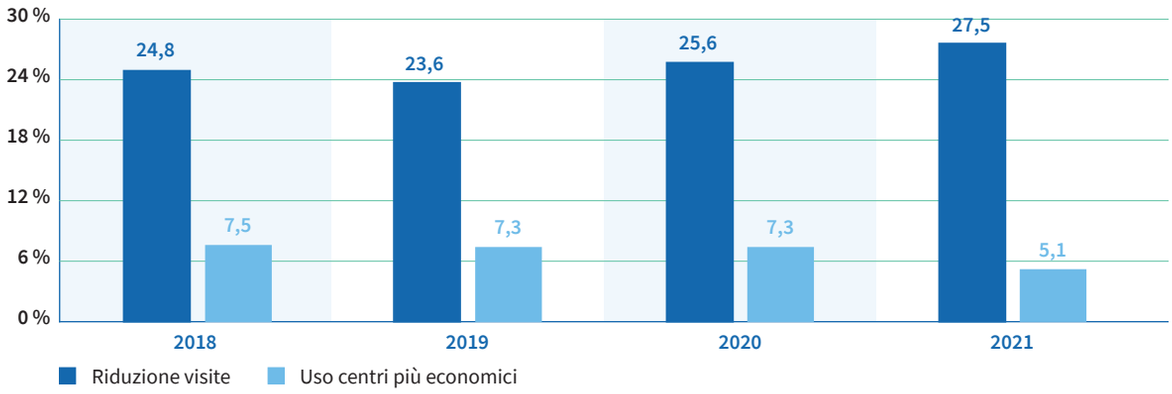


FONTE: Elaborazioni su dati ISTAT - Indagine "La spesa delle famiglie".

14 Questa tendenza vale ovviamente anche per il totale delle famiglie.

15 Nel 2021 il rapporto tra queste due strategie raggiunge il valore più elevato tra le famiglie povere (5,4 a 1) e il valore più basso tra le famiglie non povere (4,4 a 1).

→ FIGURA 2.3 Quota % di famiglie povere che hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche/accertamenti periodici di controllo preventivo (dentista, mammografie, pap-test ecc.) per motivazioni di tipo economico per condizione economica della famiglia. Italia, anni 2018-2021



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

Le variazioni di ordine generale registrate nel corso dei 4 anni qui considerati risultano ancor più accentuate quando si considerano gli andamenti nelle cinque ripartizioni territoriali, convenzionalmente utilizzate nell'ambito delle statistiche ufficiali (→ TABELLA 2.2).

→ TABELLA 2.2 Quota % di famiglie che hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di controllo preventivo (dentista, mammografie, pap-test, ecc.) per motivazioni di tipo economico per condizione economica della famiglia. Cinque Italie, anni 2018-2021

Condizione economica	Ripartizione	2018	2019	2020	2021
Famiglie povere	Nord-Ovest	23,4	23,2	23,7	34,6
	Nord-Est	20,5	15,2	20,9	21,6
	Centro	31,0	36,3	30,2	37,1
	Sud	49,5	45,2	49,4	39,5
	Isole	26,9	31,8	39,8	21,7
	TOTALE spese sanitarie (su spesa per consumi)	**32,3**	**30,9**	**32,9**	**32,6**
Famiglie non povere	Nord-Ovest	10,5	9,6	11,0	15,6
	Nord-Est	7,8	8,5	8,4	11,0
	Centro	16,8	13,9	11,9	14,8
	Sud	22,0	22,9	22,6	25,5
	Isole	20,4	25,3	22,0	21,2
	TOTALE spese sanitarie (su spesa per consumi)	**14,7**	**14,7**	**14,2**	**17,2**
TOTALE FAMIGLIE	Nord-Ovest	11,3	10,4	12,0	16,9
	Nord-Est	8,6	8,9	9,3	11,8
	Centro	17,6	14,9	12,9	16,1
	Sud	24,7	24,8	25,2	27,0
	Isole	21,0	25,8	23,5	21,2
	TOTALE spese sanitarie (su spesa per consumi)	**15,9**	**15,7**	**15,7**	**18,3**

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

Nel totale delle famiglie, le strategie di contenimento della spesa sanitaria risultano sistematicamente più diffuse al Sud e nelle Isole sia nel 2018 sia nel 2021. Le famiglie che risiedono al Nord-Ovest appaiono maggiormente sotto pressione rispetto a quelle del Nord-Est sia nel 2018 (11,3% vs 8,6%) sia nel 2021 (16,9% vs 11,8%), pur mantenendosi sempre al di sotto delle medie nazionali (15,9% nel 2018 e 18,3% nel 2021). Le famiglie residenti al Centro si collocano al di sopra della media nazionale nel 2018, ma nel triennio successivo migliorano la loro posizione relativa attestandosi su livelli migliori del Nord-Ovest (16,1% vs 16,9%).

Nel sottoinsieme delle famiglie povere i profili territoriali risultano marcatamente diversi rispetto al totale delle famiglie. Nell'intero quadriennio si riscontra un comportamento molto superiore alla media nella ripartizione Sud; va però notato il peggioramento dei residenti al Nord-Ovest che nel 2021 superano anch'essi i valori medi (34,6% vs 32,6%). Nel 2021 migliora invece la situazione dei poveri residenti nelle Isole (orientati al risparmio sanitario nel 21,7% dei casi), che si avvicinano alla situazione dei residenti al Nord-Est. Il 2021 può essere considerato un punto di svolta con convergenze impreviste: i poveri che risiedono al Sud e al Centro puntano al risparmio in misura quasi identica (39,5% vs 37,1%), così come identica è la strategia dei poveri che risiedono nelle Isole e al Nord-Est (21,7-21,6%). In pratica la tradizionale convergenza di condizioni tra le regioni appartenenti alle macro-ripartizioni del Nord e del Mezzogiorno viene sostituita da insolite convergenze trasversali. Ciò significa che le difficoltà dei poveri residenti al Nord e nel Mezzogiorno sono molto simili e necessiterebbero dunque di politiche di sostegno al reddito più eque di quelle attualmente in vigore[16].

16 Come noto, i poveri residenti nel Mezzogiorno usufruiscono in maggior misura del Reddito di Cittadinanza a causa dell'adozione di soglie di accesso a questa misura che non tengono conto del diverso costo della vita e dunque non rispettano il principio dell'equità orizzontale.

→ 2.2 I poveri sostenuti dalla *Rete Banco Farmaceutico*

In occasione dell'annuale Giornata di Raccolta del Farmaco (GRF)[17], gli enti caritativi, assistenziali e di prossimità convenzionati con la Fondazione Banco Farmaceutico comunicano il loro fabbisogno di farmaci insieme alla stima dei potenziali beneficiari delle donazioni. Quest'ultimo dato consente di stimare la parte dei poveri totali che può ricevere, almeno parzialmente, un aiuto terapeutico sotto forma di medicinali, a cui si aggiungono anche interventi sanitari nel caso di enti presso cui operano medici di medicina generale o specialistica, farmacisti e altri operatori sanitari.

Nel 2022, i 1.806 enti convenzionati hanno previsto di assistere sul territorio italiano quasi 390 mila indigenti (→ TABELLA 2.3), con una contrazione del 12% (-52.903 unità) rispetto al 2021, anche a causa delle difficoltà di funzionamento di una parte degli enti convenzionati, messi a dura prova dall'emergenza pandemica. Per effetto della distribuzione territoriale dei 1.806 enti caritativi convenzionati con Banco Farmaceutico – più numerosi al Nord (58%), rispetto al Mezzogiorno (24%) e al Centro (18%) – anche il numero di assistiti è maggiore al Nord-Ovest (35%) e al Nord-Est (24%) anche se le persone povere presenti in queste ripartizioni sono rispettivamente il 29% e il 18% del totale.

→ TABELLA 2.3 Numero di assistiti nelle Cinque Italie dagli enti aderenti alla GRF 2022

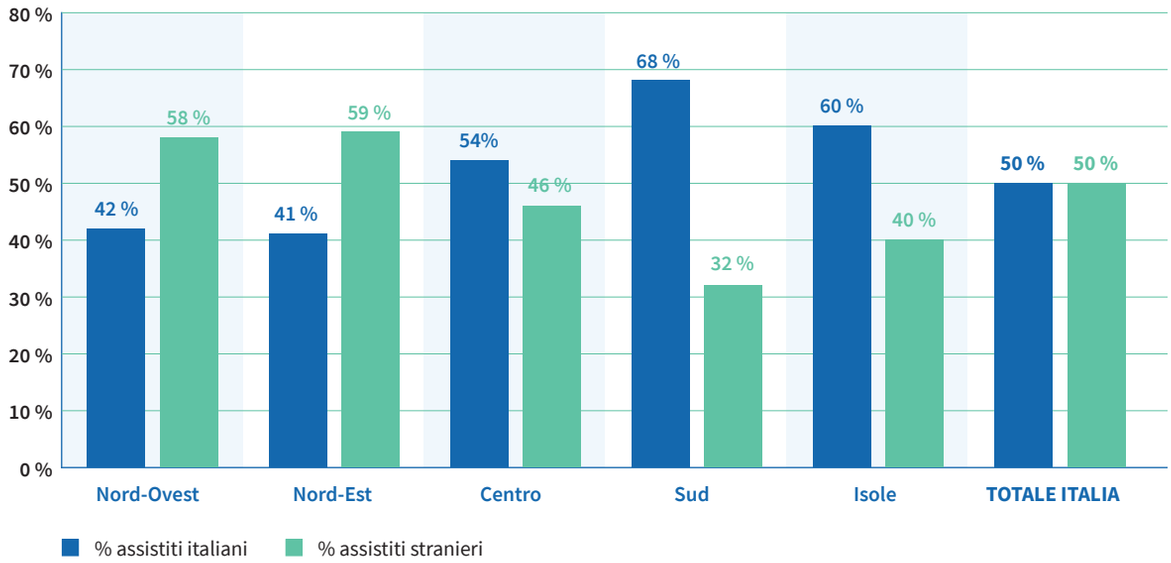
	Assistiti italiani	Assistiti stranieri	Totale assistiti	% assistititi su totale
Nord-Ovest	56.985	77.920	134.906	35%
Nord-Est	38.211	55.331	93.542	24%
Centro	28.697	24.343	53.040	14%
Sud	41.277	19.086	60.363	16%
Isole	26.595	17.807	44.402	11%
TOTALE	**191.765**	**194.487**	**386.253**	**100%**

FONTE: Elaborazioni su dati BFOnline.

Gli assistiti con cittadinanza straniera sono più numerosi nelle ripartizioni Nord-Ovest e Nord-Est (58-59%), quelli con cittadinanza italiana prevalgono nelle ripartizioni Centro (54%), Sud (68%) e Isole (60%). Tali dati confermano così il carattere autoctono e dunque endemico della povertà assistita in questi territori (→ FIGURA 2.4).

17 La GRF si svolge ogni anno nella seconda metà del mese di febbraio.

→ FIGURA 2.4 Composizione % degli assistiti italiani e stranieri nelle Cinque Italie. Dati GRF anno 2022



FONTE: Elaborazioni su dati BFOnline.

Anche nel 2022 il numero degli indigenti supportati (almeno parzialmente) dalla *Rete Banco Farmaceutico* è ragguardevole, specie se rapportato alle difficoltà causate a molti enti dalla pandemia (chiusure forzate, perdita di volontari e del contatto con molti assistiti). Si tratta di un contributo tanto più importante quanto più fragile è il tessuto sociale ed assistenziale del territorio in cui gli enti operano.

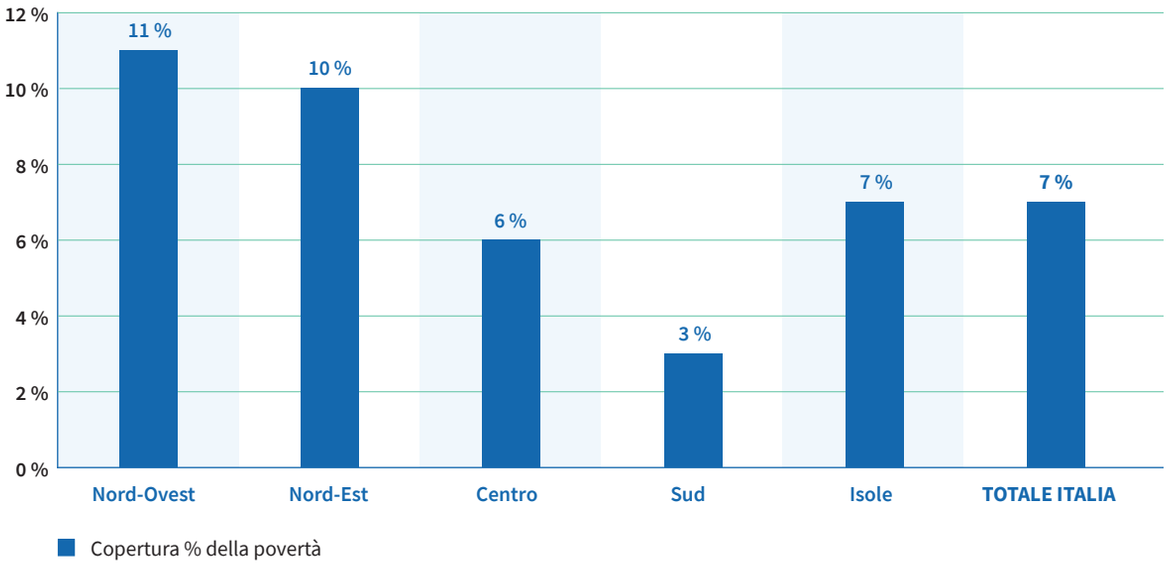
Nel 2022, le realtà socio-assistenziali della *Rete* hanno interagito con quasi 390 mila indigenti, pari a circa il 7% degli indigenti residenti nel nostro Paese, con un tasso di copertura compreso tra l'11% nel Nord-Ovest e il 3% nel Sud (→ TABELLA 2.4 e → FIGURA 2.5).

→ TABELLA 2.4 Numero di assistiti dagli enti aderenti alla GRF 2022, numero di poveri anno 2021, copertura % dei poveri nelle Cinque Italie

Ripartizione	Assistiti in Italia	Poveri in Italia - anno 2021	Copertura % dei poveri
Nord-Ovest	134.906	1.271.000	11%
Nord-Est	93.542	984.000	10%
Centro	53.040	861.000	6%
Sud	60.363	1.808.000	3%
Isole	44.402	647.000	7%
TOTALE	**386.253**	**5.571.000**	**7%**

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

→ **FIGURA 2.5 Copertura della povertà (individui assistiti / individui in condizione di povertà assoluta) nelle Cinque Italie. Anno 2021-2022**



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

Siamo in presenza di dati ragguardevoli e significativi che indicano l'imponente attività svolta:

1. dai donatori di beni sanitari e di denaro (aziende, farmacie, istituzioni e cittadini);
2. dagli enti caritativi;
3. dai responsabili di Banco Farmaceutico.

→ Capitolo 3

L'IMPATTO DELLE DONAZIONI SULLA SALUTE DELLE PERSONE ASSISTITE

Gisella Accolla, Silvano Cella, Mirella Pontello

→ 3.1 Introduzione

Lo scopo di questo capitolo è descrivere i risultati delle donazioni che Banco Farmaceutico, ha ricevuto e distribuito nell'arco dei 12 mesi compresi tra l'aprile 2021 e il marzo 2022; questo periodo è stato scelto per includere almeno un anno di raccolta per ciascuna delle tre fonti di approvvigionamento (descritte analiticamente nei paragrafi successivi).

Rispetto ai precedenti Rapporti, abbiamo introdotto due importanti innovazioni: in primo luogo abbiamo esaminato il paniere dei farmaci raccolti e distribuiti da Banco Farmaceutico utilizzando il sistema di codifica **Anatomico-Terapeutico-Chimico (ATC)** e in secondo luogo abbiamo condotto un'analisi preliminare in funzione delle **giornate di copertura terapeutica** che sono state distribuite a favore della popolazione bisognosa. Prima di presentare nel paragrafo 3.2 i risultati ottenuti, riteniamo utile richiamare brevemente quali sono:

a. le fonti di raccolta dei farmaci utilizzate dalla Fondazione Banco Farmaceutico (FBF);
b. gli aspetti metodologici che hanno guidato l'elaborazione e l'analisi dei dati.

→ 3.2 Le fonti delle donazioni

Per rispondere al bisogno di farmaci, che rappresenta uno degli aspetti più significativi della povertà sanitaria, la Fondazione Banco Farmaceutico ha attivato progressivamente tre distinti canali di raccolta delle donazioni: la Giornata di Raccolta del Farmaco (GRF), il Recupero Farmaci Validi (RFV), le Donazioni aziendali (DA).

La Giornata di Raccolta del Farmaco

Dall'anno del suo avvio (2000), la GRF si è svolta regolarmente anche durante gli anni segnati dalla pandemia (2020-22). La raccolta, supportata da una solida rete di volontari, riguarda i farmaci da banco, e altri prodotti sanitari (materiali per medicazioni, dispositivi di protezione ecc.) e si basa sui bisogni rilevati dagli enti caritativi convenzionati con Fondazione Banco Farmaceutico, ciascuno dei quali è collegato a una o più farmacie presenti nella sua provincia; seguendo i suggerimenti del farmacista, i cittadini acquistano una o più confezioni di farmaci da banco o di dispositivi sanitari che successivamente vengono donate a persone indigenti tramite numerose strutture caritative di prossimità (1.801 nel 2022). Come risulta dai rapporti annuali di Banco Farmaceutico non solo la raccolta si è progressivamente estesa a molte province e regioni italiane, ma si è anche registrato un notevole incremento del numero di confezioni raccolte (dal 2000 a oggi oltre 5,5 milioni) e del valore corrispondente (oltre 34 milioni di €).

Il Recupero Farmaci Validi

Il progetto RFV, avviato nel 2013, consente la raccolta di medicinali di diversa classificazione terapeutica (esclusa quella dei farmaci psicotropi e degli stupefacenti), acquistati dai singoli cittadini, ma non interamente utilizzati per diverse ragioni. Due sono le condizioni che, evitando lo spreco, consentono il recupero dei farmaci ancora validi: **A)** che i farmaci siano stati correttamente conservati nella loro confezione primaria e secondaria; **B)** che abbiano ancora almeno 8 mesi di validità.

Nella procedura di recupero, oltre ai cittadini donatori e ai destinatari finali sono coinvolti i farmacisti delle farmacie convenzionate, responsabili della verifica di conformità e una rete di volontari che provvede al deposito, alla conservazione e all'inserimento in BFOnline dei dati relativi ai farmaci recuperati. Attualmente nel RFV sono impegnate oltre 450 farmacie distribuite in 10 regioni italiane e la loro attività ha permesso di raccogliere oltre 1 milione e 200 mila confezioni di farmaci dal 2013 a oggi.

Le Donazioni Aziendali

Una quota importante delle donazioni raccolte proviene dalle aziende farmaceutiche (attualmente, oltre 60) che, attraverso l'associazione Banco Farmaceutico Research, stipulano accordi di collaborazione con la Fondazione, assicurando, così, il soddisfacimento di un bisogno più ampio, compreso quello dei medicinali con obbligo di prescrizione. Le realtà assistenziali che possono accedere a tali donazioni (oltre 100) devono rispondere ai seguenti requisiti:

1. occuparsi di assistenza sanitaria in Italia o in paesi in via di sviluppo;
2. avere personale medico che può dispensa re farmaci con obbligo di prescrizione;
3. disporre di armadio/magazzino farmaceutico.

Il nesso tra i bisogni degli enti e le offerte delle aziende farmaceutiche è supportato dal collegamento tra l'archivio di Farmadati e la piattaforma di BFOnline, mentre la gestione di tutte le relative procedure (distribuzione, annullamento del bollini, verifiche ecc.) prevede la collaborazione di 5 aziende competenti in questo specifico settore.

Le differenze tra le tre tipologie di donazioni, sono senza dubbio elementi da tenere in considerazione per interpretare i dati che, con un'analisi innovativa, saranno descritti e discussi nei seguenti paragrafi.

→ 3.3 Definizioni e metodologia

Per analizzare un database farmaceutico è necessario classificare e ordinare le sostanze in base a criteri definiti e omogenei. Attualmente il metodo più utilizzato è rappresentato dal **sistema di codifica Anatomico-Terapeutico-Chimico (ATC)**, proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (*WHO/OMS Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*, Uppsala, Sweden) e curato dal *Nordic Council on Medicine*.

Si tratta di un metodo tassonomico che classifica i farmaci in base agli organi o agli apparati sui quali agiscono e alle loro proprietà terapeutiche, farmacologiche e chimiche. La tassonomia è articolata in cinque livelli gerarchici: 14 gruppi anatomici principali (I livello), ciascuno dei quali è suddiviso in gruppi terapeutici (II livello). I livelli III e IV rappresentano rispettivamente i sottogruppi farmacologici e chimici mentre al V e ultimo livello corrispondono i singoli principi attivi. Usando questo metodo, si ottiene per ogni farmaco un codice alfanumerico che lo identifica in modo univoco, rappresentandone una sorta di "impronta digitale".

Un esempio chiarisce meglio di molte parole l'uso intuitivo del sistema di codifica ATC: il **Paracetamolo**, un farmaco ampiamente usato come analgesico-antipiretico, appartiene al gruppo anatomico principale (I livello) **N**, cioè "*Sistema Nervoso*"; al gruppo terapeutico (II livello) **02**, cioè "*Analgesici*"; al sottogruppo farmacologico (III livello) **B**, cioè "*Altri analgesici e antipiretici*"; al sottogruppo chimico (IV livello) **E**, cioè "*Anilidi*" e al sottogruppo dei principi attivi (V livello) **01**. Dunque, il codice **N02BE01** indica inequivocabilmente ed esclusivamente il paracetamolo.

Il sistema di classificazione ATC è basato sul presupposto che a ogni principio attivo sia associato un solo codice alfanumerico. Esistono tuttavia delle eccezioni: un farmaco, per esempio, può avere due o più indicazioni terapeutiche di uguale rilevanza e ciò porta a differenti alternative per la sua classificazione. Inoltre, un farmaco può essere disponibile a dosaggi differenti e in diverse forme farmaceutiche per impieghi terapeutici diversi: in tali casi la classificazione sarà determinata dal reale impiego terapeutico. Un esempio è rappresentato dalla Finasteride che a basso dosaggio (1 mg) è usata per il trattamento della calvizie ed è classificata col codice D11AX10 ("Altri dermatologici") mentre a dosaggio più elevato (5 mg) è classificata col codice G04CB01 ("Farmaci usati nella ipertrofia prostatica").

Inoltre, ai medicinali che contengono due o più principi attivi sono assegnati codici ATC diversi da quelli dei singoli farmaci che li compongono. Le associazioni farmacologiche vengono infatti classificate generalmente secondo l'uso terapeutico principale o secondo la classe farmacologica alla quale appartengono. Per esempio, un medicinale che contiene un analgesico e un sedativo, e che viene usato principalmente per alleviare il dolore, è classificato come "analgesico" e non come "sedativo".

Infine, esistono preparati che non possono essere classificati univocamente in un determinato gruppo e che sono codificati nel IV livello con la lettera X.

Il principale vantaggio del sistema di codifica ATC è rappresentato dal fatto che consente di armonizzare a livello internazionale la classificazione dei farmaci evitando la confusione derivante dall'uso dei nomi chimici, dei nomi proprietari brevettati e di quelli generici: per esempio le denominazioni Paracetamolo (nome generico), N-acetil-para-amminofenolo (nome chimico) e Tachipirina (nome proprietario brevettato), indicano tutti la stessa sostanza, più comodamente definita **N02BE01** mediante il sistema ATC.

Un altro vantaggio è rappresentato dal fatto che i database farmaceutici elettronici che utilizzano il sistema di codifica ATC possono essere analizzati con facilità mediante programmi informatici.

Un'altra definizione che è fondamentale introdurre è la **Dose Definita Giornaliera *(Defined Daily Dose, DDD)***. La DDD è un'unità tecnica di misura che rappresenta la dose giornaliera di mantenimento della terapia, espressa di norma in termini ponderali, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. Anche i valori di DDD sono assegnati e costantemente monitorati e aggiornati a livello internazionale dal *WHO/OMS Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology* di Uppsala e rappresentano un'unità di misura ormai universalmente accettata come riferimento.

Utilizzando la DDD e conoscendo il numero di confezioni disponibili di un dato farmaco, è possibile calcolare le giornate di terapia che potranno essere coperte. Anche in questo caso, un esempio è utile per chiarire il concetto: una confezione di Amoxicillina contiene 12 compresse da 1 g di principio attivo, cioè un totale di 12 g; poiché la DDD dell'Amoxicillina è pari a 2 g, ogni confezione sarà sufficiente per coprire 6 giornate di terapia standard.

I principali limiti di questa metodologia risiedono nella natura stessa della DDD, cioè nel fatto che essa esprime un valore medio convenzionale e non la dose raccomandata per il singolo paziente, la quale può variare in base a numerosi fattori, come età, determinanti genetici, presenza di co-morbosità, trattamenti farmacologici multipli ecc. Inoltre, va precisato che non per tutti i farmaci con codice ATC è associata una DDD e anche che per molti farmaci non è stata definita la DDD pediatrica. Nonostante questi limiti, il metodo ATC/DDD è l'unico applicabile in determinati contesti, come quello da noi studiato, purché lo si utilizzi con la consapevolezza dei suoi limiti.

Un altro codice risulta necessario per poter calcolare le giornate terapeutiche correlate alle donazioni: è il codice AIC (Autorizzazione all'Immissione in Commercio), attribuito dall'Agenzia Italiana del Farmaco, che rappresenta un sistema di identificazione univoca di ogni confezione farmaceutica commercializzata in Italia.

A partire dai dati relativi ai farmaci raccolti dalla Fondazione mediante le tre fonti di approvvigionamento sopra descritte, è stato possibile calcolare le giornate di terapia standard donate agli assistiti che vivono in Italia distinte in base a vari livelli di ATC, in modo da comprendere meglio quali patologie risultino più coperte e quali meno.

In particolare il lavoro si è sviluppato in sette fasi:

- **Fase 1:** è stato quantificato il numero di confezioni di farmaci donate distinte per 1°, 2° e 3° livello di ATC;
- **Fase 2:** in base allo specifico codice AIC sono state ricavate le seguenti informazioni: numero di unità contenute per confezione (per esempio "1" se 1 flacone, "30" se 30 capsule ecc.), quantità di principio attivo contenuto per unità (per esempio "50 mg per capsula") e l'unità di misura del principio attivo (per esempio "mg");
- **Fase 3:** Per ciascun ATC è stata reperito dal web (**https://www.whocc.no/atc_ddd_index/**, *WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*) la relativa DDD e l'unità di misura della DDD stessa;
- **Fase 4:** Per tutti i casi con unità di misura non compatibile (unità di misura della DDD e unità di misura per unità di farmaco indicata in confezione) è stata uniformata (quando possibile) l'unità di misura;
- **Fase 5:** Per ciascun AIC è stato possibile calcolare il numero di giornate di terapia standard per confezione come:

$$\frac{(N \text{ unità per confezione} \times \text{Quantità di principio attivo per unità})}{DDD}$$

- **Fase 6:** Per ciascun AIC è stato possibile calcolare il numero di giornate di terapie standard complessivamente donate come:

$$(\text{Giornate di terapie standard per confezione} \times N \text{ confezioni raccolte})$$

- **Fase 7:** Le informazioni relative al numero di giornate di terapie standard donate sono state organizzate mediante apposite tabelle raggruppate per ATC di 1°, 2° e 3° livello.

→ 3.4 Descrizione qualitativa e quantitativa delle donazioni

La descrizione che segue si articola in due parti: nella prima esaminiamo i dati sulle donazioni in base al parametro "n. di confezioni", mentre nella seconda parte utilizzeremo i dati relativi alle giornate di copertura terapeutica donate.

3.4.1 Confezioni di farmaci raccolti attraverso i tre canali (GRF 2021, RFV e DA) dall'1 aprile 2021 al 31 marzo 2022, classificati in base al Sistema di codifica Anatomico-Terapeutico-Chimico (ATC)

Nel periodo di osservazione sono stati donati in totale più di 5,5 milioni di confezioni di prodotti: nel 33% dei casi si tratta di farmaci cui è stato possibile assegnare il codice ATC, mentre l'importante quota rimanente (67%) include soprattutto prodotti non classificabili come farmaci (presidi per medicazioni, dispositivi individuali di protezione quali mascherina ecc.) e, in minor misura, una serie di confezioni per le quali l'informazione ATC risultava incompleta o erroneamente compilata. La quantità maggiore di farmaci è stata raccolta tramite le DA (1.551.067 confezioni, pari al 66,8% del totale), in secondo luogo in occasione della GRF (301.341, 20,2%) e infine attraverso il RFV (467.904, 13%). Se però si considerano solo i farmaci con codifica ATC (pari a 1.804.621 confezioni), le quote sono nell'ordine così distribuite: 64,0% per le DA, 19,6% per la GRF e 16,4% per il RFV (→ **TABELLA 3.1**).

Considerando solo i farmaci classificati al 1° livello ATC (cioè 1.804.621 confezioni), le quote percentuali più elevate, in ordine decrescente, sono quelle calcolate per i gruppi N (farmaci attivi sul sistema nervoso, 18%), M (apparato muscolo-scheletrico, 16%) e C (apparato circolatorio, 14%). Con il RFV e con le DA sono stati raccolti farmaci classificati in tutti i 14 gruppi ATC di 1° livello, mentre con la GRF – che consente solo la raccolta di farmaci da banco – non sono stati donati medicinali appartenenti ai gruppi H, J, L e V (rispettivamente: sistema endocrino, esclusi gli ormoni sessuali e insulina; anti-infettivi per uso sistemico; antineoplastici e immunomodulatori; vari). Nella maggior parte dei gruppi, il contributo più consistente è giunto dalle DA, ma in alcuni casi spicca l'apporto di uno solo dei tre canali e più precisamente: i farmaci di gruppo L (antineoplastici e immunomodulatori), donati quasi per il 100% attraverso il RFV; quelli di gruppo J (anti-infettivi a uso sistemico) donati principalmente dalle aziende; quelli di gruppo D (apparato tegumentario e pelle) provenienti maggiormente dalla GRF (→ **FIGURA 3.1**).

La graduatoria in base alle quantità di farmaci raccolti per ogni ATC di 1° livello indica sensibili differenze tra le tre fonti di donazione (→ TABELLA 3.2):

- i tre gruppi N, M, C, per i quali sono state raccolte in totale più confezioni, risultano rispettivamente al 1°, 2° e 7° posto per la GRF, 3°, 8° e 1° per il RFV e 5°, 1° e 6° per le DA
- ai primi tre posti della GRF si situano nell'ordine i gruppi N, M, A, che sommati equivalgono al 78% delle donazioni GRF
- nell'ambito della RFV i gruppi più diffusi sono C, A, N (per un totale del 68,1% del canale RFV), mentre per le DA risultano prevalenti i gruppi M, J, R (46,5% del totale DA)
- in comune nei primi posti si collocano solo i gruppi N (GRF e RFV) e M (GRF e DA).

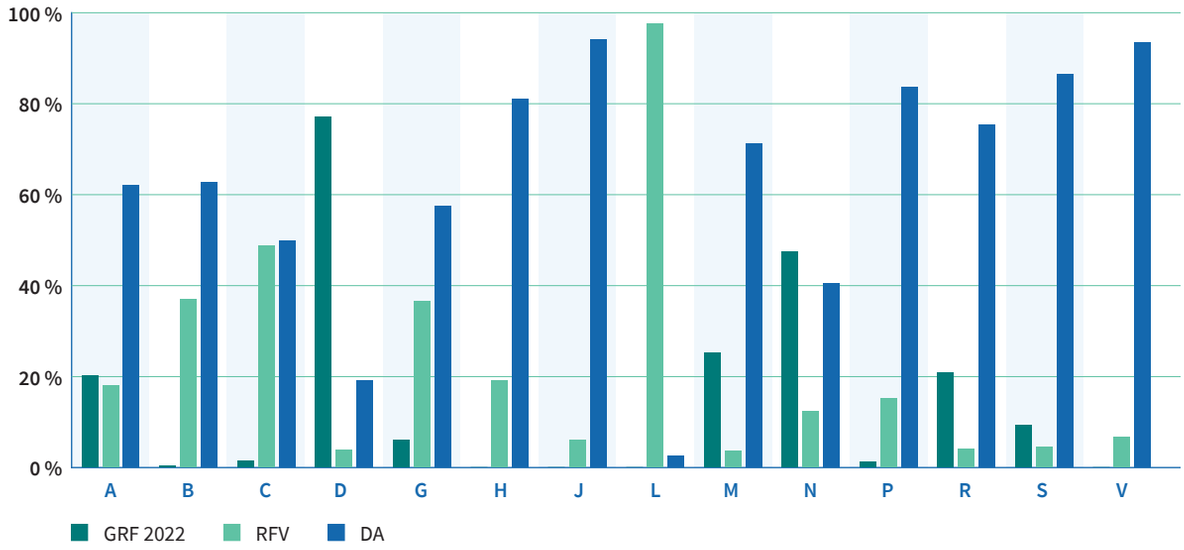
Per ognuno dei gruppi ATC la → FIGURA 3.2 indica in valore percentuale il contributo di ciascuna fonte di donazione; le DA e il RFV coprono uno spettro più ampio di gruppi farmacologici, mentre le donazioni della GRF sono concentrate in un numero più limitato di gruppi ATC e soprattutto nel gruppo N (44%), che riguarda i farmaci attivi sul sistema nervoso, come i comuni analgesici da banco. Un altro picco percentuale è raggiunto dalle donazioni di farmaci di gruppo C (40%) raccolte attraverso il RFV.

→ TABELLA 3.1 N. di confezioni di farmaci, classificati in base al codice ATC di 1° livello e raccolti attraverso i tre canali delle donazioni (GRF, DA, RFV) in ordine decrescente in base al numero totale di confezioni raccolte

ATC 1° Livello	Descrizione del gruppo anatomico principale	N. confezioni				
		GRF 2022	RFV	DA	TOTALE	%°
N	Sistema nervoso	155.953	40.365	133.104	329.422	18,25%
M	Sistema muscolare - sistema scheletrico e articolazioni	71.342	10.476	202.603	284.421	15,76%
C	Apparato cardiovascolare	3.319	119.267	122.001	244.587	13,55%
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	47.345	42.498	146.169	236.012	13,08%
R	Apparato respiratorio	42.777	8.157	155.129	206.063	11,42%
J	Anti-infettivi per uso sistemico	0	11.296	179.319	190.615	10,56%
B	Sangue e sistema emopoietico	318	30.618	52.052	82.988	4,60%
S	Organi di senso	7.392	3.538	69.652	80.582	4,47%
H	Sistema endocrino, esclusi ormoni sessuali e insulina	0	12.671	53.606	66.277	3,67%
D	Apparato tegumentario e pelle	23.030	1.142	5.699	29.871	1,66%
G	Apparato genito-urinario e ormone sessuale	1.758	10.564	16.687	29.009	1,61%
V	Vari	0	772	10.950	11.722	0,65%
P	Prodotti antiparassitari, insetticidi e repellenti	112	1.304	7.225	8.641	0,48%
L	Antineoplastici e immunomodulatori	0	4.301	110	4.411	0,24%
	SUBTOTALE A: farmaci con ATC assegnato	**353.346**	**296.969**	**1.154.306**	**1.804.621**	
	(%)	**(19,6)**	**(16,5)**	**(63,9)**		
	SUBTOTALE B: farmaci privi di ATC	**114.558**	**4372**	**396.761**	**515.691**	
	(%)	**(20,2)**	**(13,0)**	**(66,8)**		

(°) % calcolata sul totale delle confezioni donate (1.804.621) e classificabili nel sistema ATC.

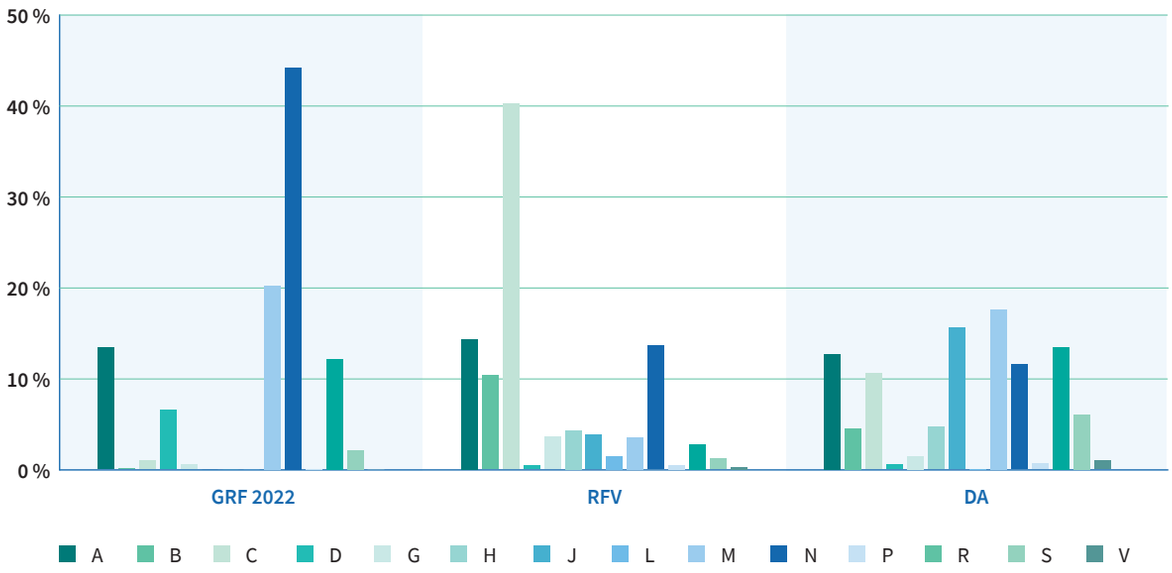
→ FIGURA 3.1 Contributo (%) dei canali di donazione alla raccolta di farmaci classificati nei 14 gruppi ATC di 1° livello



→ TABELLA 3.2 Donazioni di farmaci: graduatoria dei gruppi ATC 1° livello (indicati con lo stesso colore) in funzione del n. di confezioni raccolte dai tre canali di donazione (per 4 gruppi ATC nel caso del canale GRF non sono state raccolte donazioni)

ATC 2° livello – ranking	GRF 2022	RFV	DA
1°	N Sistema nervoso	C Apparato cardiovascolare	M Sistema muscolare - sistema scheletrico e articolazioni
2°	M Sistema muscolare - sistema scheletrico e articolazioni	A Apparato gastrointestinale e metabolismo	J Anti-infettivi per uso sistemico
3°	A Apparato gastrointestinale e metabolismo	N Sistema nervoso	R Apparato respiratorio
4°	R Apparato respiratorio	B Sangue e sistema emopoietico	A Apparato gastrointestinale e metabolismo
5°	D Apparato tegumentario e pelle	H Sistema endocrino, esclusi ormoni sessuali e insulina	N Sistema nervoso
6°	S Organi di senso	J Anti-infettivi per uso sistemico	C Apparato cardiovascolare
7°	C Apparato cardiovascolare	G Apparato genito-urinario e ormone sessuale	S Organi di senso
8°	G Apparato genito-urinario e ormone sessuale	M Sistema muscolare - sistema scheletrico e articolazioni	H Sistema endocrino, esclusi ormoni sessuali e insulina
9°	B Sangue e sistema emopoietico	R Apparato respiratorio	B Sangue e sistema emopoietico
10°	P Prodotti antiparassitari, insetticidi e repellenti	L Antineoplastici e immunomodulatori	G Apparato genito-urinario e ormone sessuale
11°		S Organi di senso	V Vari
12°		P Prodotti antiparassitari, insetticidi e repellenti	P Prodotti antiparassitari, insetticidi e repellenti
13°		D Apparato tegumentario e pelle	D Apparato tegumentario e pelle
14°		V Vari	L Antineoplastici e immunomodulatori

→ **FIGURA 3.2 Distribuzione per ATC di 1° livello dei farmaci raccolti dalle tre fonti di donazione: % calcolate sul totale delle confezioni raccolte dalle singole fonti (254.346 confezioni per la GRF; 296.969 per il RFV; 1.154.306 per le DA)**



Per caratterizzare meglio la tipologia dei medicinali raccolti, abbiamo esaminato anche i codici ATC di 2° e 3° livello: in totale sono stati attribuiti 83 codici di 2° livello (su 92 totali riconosciuti dal sistema ATC) e 195 codici di 3° livello (su 560 contenuti nel sistema di classificazione). Per evitare dettagli eccessivi e dispersivi, prendiamo in esame solo quelli risultati *top-ten.* Nella → **TABELLA 3.3** sono riportati i primi 10 ATC di 2° livello, che complessivamente rappresentano una quota rilevante (65%) del totale delle donazioni e in questa graduatoria sono rappresentati 8 su 14 gruppi di 1° livello (A, B, C, J,M, N, R, S).

Per ogni gruppo ATC di 2° livello nella stessa tabella sono anche precisati i codici ATC di 3° livello risultati prevalenti. Più in dettaglio, precisiamo che nelle prime tre posizioni sono presenti: **A)** i farmaci analgesici (N02), donati prevalentemente (58%) in occasione della GRF e per la restante quota dalle DA (40%) e dal RFV (2%); **B)** gli antinfiammatori-antireumatici (M01), raccolti soprattutto con le DA (70%) e con la GRF (29%) e solo per l'1% attraverso il RFV; **C)** gli antibiotici a uso sistemico (J01), alla cui raccolta contribuiscono in larga misura le DA (95%) e solo per il 5% il RFV.

La graduatoria degli ATC di 2° livello risultati *top-ten* per ogni via di donazione è illustrata nella → **TABELLA 3.4**. Come si può notare nessun gruppo ATC di 2° livello risulta presente nella lista *top-ten* di tutti i tre canali, mentre solo tre gruppi sono riscontrabili tra i *top-ten* dei farmaci raccolti sia con la GRF sia con le DA; nessuno dei *top-ten* raccolti con il RFV è invece incluso tra i primi 10 delle altre due fonti di donazione.

Nella → **TABELLA 3.5** sono descritti per canale di donazione i farmaci classificati al 3° livello ATC e risultati *top-ten*; al 3° livello della classificazione ATC i tre prodotti più raccolti complessivamente da tutte le donazioni (GRF + RFV + DA) sono quelli identificati dal codice N02B ("altri analgesici e antipiretici", 10,8% del totale delle confezioni), M01A ("farmaci antinfiammatori e antireumatici non steroidei", 10,4%) e A02B ("antiulcera peptica e malattia da reflusso", 6,7%). Per tutti i medicinali *top-ten* di 3° livello, eccezion fatta per il gruppo risultato primo nella graduatoria (N02B) e per quello al 10° posto (B01A), la fonte di gran lunga prevalente è quella delle DA.

La graduatoria dei *top-ten* di 3° livello per la GRF, il RFV e le DA è illustrata nella → TABELLA 3.6*:* anche a questo livello di descrizione della tipologia dei medicinali si conferma una limitata sovrapposizione, solo per N02B, M01A, M02A, tra i primi 10 medicinali donati attraverso la GRF e quelli ricevuti con le DA, mentre lo spettro dei 10 farmaci maggiormente raccolti dal RFV sono appartenenti a classi farmacologiche del tutto diverse (6 casi su 10 sono codificati nel gruppo C).

→ **TABELLA 3.3 Farmaci *top-ten* classificati in base al codice ATC di 2° livello; per ogni gruppo di 2° livello è indicato anche il codice di 3° livello risultato prevalente**

ATC 2° Livello	Descrizione del gruppo terapeutico	Confezioni donate		Fonte prevalente di raccolta (%**)	ATC 3° livello prevalente (%*)
		N°	%*		
N02	Analgesici	271.253	15,03%	GRF (57,4)	N02B (10,8)
M01	Prodotti antinfiammatori e antireumatici	187.223	10,37%	DA (70,3)	M01A (10,4)
J01	Antibiotici per uso sistemico	184.445	10,22%	DA (95,0)	J01C e J01D (4,0)
A02	Farmaci per malattie correlate all'acidosi	123.956	6,87%	DA (88,7)	A02B (6,7)
C01	Terapia cardiaca	76.722	4,25%	DA (88,8)	C01C (3,6)
S01	Farmaci oftalmologici	73.632	4,08%	DA (88,3)	S01A (2,1)
R05	Antitussivi e preparati per il raffreddore comune	72.073	3,99%	DA (65,8)	R05C (2,0)
M02	Prodotti topici per dolori articolari e muscolari	67.669	3,75%	DA (73,6)	M02A (3,8)
H02	Corticosteroidi per uso sistemico	60.433	3,35%	DA (84,6)	H02A (3,6)
C09	Farmaci per il sistema renina-angiotensina	59.263	3,28%	RFV (57,0)	C09A (1,2)
	TOTALE	**1.176.669**	**65,19%**		

***%** calcolate sul totale dei farmaci cui è stato possibile assegnare il codice ATC (1.804.621).

****%** sul totale delle confezioni di ogni ATC di 2° livello.

→ TABELLA 3.4 ATC di 2° livello dei farmaci ordinati in base al numero di confezioni raccolte attraverso i tre canali (sono indicate con lo stesso colore le classi di farmaci comuni tra i *top-ten* di due canali di raccolta

ATC 2° livello – ranking	GRF 2022		RFV		DA	
1°	N02	Analgesici	C09	Farmaci per il sistema renina-angiotensina	J01	Antibiotici per uso sistemico
2°	M01	Prodotti antinfiammatori e antireumatici	B01	Agenti antitrombotici	M01	Prodotti antinfiammatori e antireumatici
3°	R05	Antitussivi e preparati per il raffreddore comune	C03	Diuretici	A02	Farmaci per malattie correlate all'acidosi
4°	M02	Prodotti topici per dolori articolari e muscolari	C07	Beta-bloccanti	N02	Analgesici
5°	A07	Antidiarroici, Agenti antinfiammatori/ antiinfettivi intestinali	A10	Farmaci ipoglicemizzanti	C01	Terapia cardiaca
6°	A06	Farmaci per la stitichezza	C10	Farmaci agenti sui lipidi	S01	Farmaci oftalmologici
7°	A01	Preparati stomatologici	N06	Psicoanalettici	H02	Corticosteroidi per uso sistemico
8°	D08	Antisettici e disinfettanti	C08	Calcio-antagonisti	M02	Prodotti topici per dolori articolari e muscolari
9°	R01	Preparazioni nasali	C01	Terapia cardiaca	R05	Antitussivi e preparati per il raffreddore comune
10°	R02	Preparazioni gola	G04	Urologici	R01	Preparazioni nasali

→ TABELLA 3.5 Farmaci *top-ten* raccolti complessivamente dalle tre fonti di donazione e classificati in base al codice ATC di 3° livello

Graduatoria	ATC 3° Livello	Descrizione del sottogruppo terapeutico	Totale confezioni raccolte		Fonte prevalente di raccolta **
			N°	%*	
1°	N02B	Altri analgesici e antipiretici	195.563	10,8	GRF (79,7)
2°	M01A	Farmaci antinfiammatori e antireumatici non steroidei	187.223	10,4	DA (70,3)
3°	A02B	Antiulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo	120.614	6,7	DA (91,2)
4°	N02A	Oppioidi	75.480	4,2	DA (94,1)
5°	J01C	Antibatterici beta-lattamici, penicilline (per uso sistemico)	72.835	4,0	DA (98,2)
6°	J01D	Altri antibatterici beta-lattamici (per uso sistemico)	72.115	4,0	DA (93,7)
7°	M02A	Farmaci per uso topico per dolori articolari e muscolari	67.669	3,8	DA (73,6)
8°	C01C	Stimolanti cardiaci, esclusi i glicosidi cardiaci	65.212	3,6	DA (99,9)
9°	H02A	Corticosteroidi sistemici, non associati (per uso sistemico)	60.432	3,4	DA (84,6)
10°	B01A	Antitrombotici	38.963	2,2	RFV (62,8)
		TOTALE *TOP-TEN*	**956.106**	**53,1**	**DA (70,1)**

%* calcolate sul totale dei farmaci cui è stato possibile assegnare il codice ATC (1.804.621).

** sul totale delle confezioni di ogni ATC di 3° livello.

→ TABELLA 3.6 ATC di 3° livello dei farmaci ordinati in base al numero di confezioni raccolte attraverso i tre canali (sono indicate con lo stesso colore le classi di farmaci comuni tra i *top-ten* di due canali di raccolta

Graduatoria	GRF		RFV		DA	
	ATC 3° Livello	Descrizione del sottogruppo terapeutico	ATC 3° Livello	Descrizione del sottogruppo terapeutico	ATC 3° Livello	Descrizione del sottogruppo terapeutico
1°	N02B	Altri analgesici e antipiretici	B01A	Antitrombotici	M01A	Farmaci antinfiammatori e antireumatici non steroidei
2°	M01A	Farmaci antinfiammatori e antireumatici non steroidei	C07A	Beta-bloccanti	A02B	Antiulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo
3°	M02A	Farmaci per uso topico per dolori articolari e muscolari	A10B	Ipoglicemizzanti, escluse le insuline	J01C	Antibatterici beta-lattamici, penicilline (per uso sistemico)
4°	A06A	Farmaci per la costipazione	C10A	Sostanze modificatrici dei lipidi, non associate	N02A	Oppioidi
5°	R05C	Espettoranti, escluse le associazioni con antitosse	C03C	Diuretici ad azione diuretica maggiore	J01D	Altri antibatterici beta-lattamici (per uso sistemico)
6°	A01A	Preparati stomatologici	N06A	Antidepressivi (psicoanalettici)	C01C	Stimolanti cardiaci, esclusi i glicosidi cardiaci
7°	D08A	Antisettici e disinfettanti	C08C	Calcio-antagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare	H02A	Corticosteroidi sistemici, non associati (per uso sistemico)
8°	A07D	Antipropulsivi (antidiarroici, agenti antinfiammatori/ antinfettivi intestinali)	C09A	Ace inibitori non associati (farmaci per il sistema renina-angiotensina)	M02A	Farmaci per uso topico per dolori articolari e muscolari
9°	R05D	Antitosse, escluse le associazioni con espettoranti	H02A	Corticosteroidi sistemici, non associati	N02B	Altri analgesici e antipiretici
10°	R02A	Preparati per il cavo faringeo	C09C	Bloccanti dei recettori angiotensina, non associati	S01A	Antimicrobici (oftalmologici)

3.4.2 Giornate di copertura terapeutica offerte attraverso le donazioni GRF, RFV, DA

Applicando la metodologia descritta nel paragrafo 3.3, è stato calcolato (→ TABELLA 3.7) che complessivamente tutti i farmaci equivalgono a 31.332.357 giornate di copertura terapeutica; in questo totale è compresa una quota correlata al gruppo di farmaci al cui codice ATC non risulta associata una DDD (gruppo B in → TABELLA 3.7) e una quota di medicinali privi sia di codice ATC sia di DDD (gruppo C), per i quali il dato è stato stimato sulla base della media delle giornate di copertura per confezione della corrispondente fonte di donazione (7,3 per la GRF, 22,6 per il RFV e 13,6 per le DA); tuttavia nelle successive elaborazioni terremo conto solo dei dati relativi ai farmaci con codifica ATC e DDD associata, corrispondenti quindi a un totale di 12.257.175 giornate di terapia (→ TABELLA 3.8), per il 67,4% dovute alle DA, per il 29,2% al RFV e per il 3,5% alla GRF. Rispetto alle quote calcolate in funzione del n. di confezioni (cfr. → TABELLA 3.1), perde peso il contributo della raccolta GRF, mentre acquista maggior rilevanza il RFV, in conseguenza del fatto che tale canale raccoglie soprattutto farmaci destinati alla cura delle malattie croniche, distribuiti in confezioni che assicurano prolungati periodi di terapia.

→ TABELLA 3.7 N. di confezioni e giornate di copertura dei farmaci raccolti in base alla codifica ATC e alla disponibilità di una DDD associata

Gruppo	Caratteristiche del gruppo	GRF		RFV		DA		TOTALE	
		n. confezioni	gg copertura	n. confezioni	gg copertura	n. confezioni	gg copertura	n. confezioni	gg copertura
A	Farmaci con ATC e DDD associata	58.157	424.939	158.078	3.671.452	608.204	8.258.976	824.439	12.355.367
B	Farmaci con ATC ma senza DDD (coperture stimate)	295.289	2.156.874	138.891	3.080.263	546.102	7.415.675	980.182	12.652.812
C	Farmaci senza ATC e senza DDD (coperture stimate)	114.558	837.047	4.372	99.399	396.761	5.387.731	515.691	6.324.178
TOTALE	**gruppi A+B+C**	**468.004**	**3.418.860**	**301.341**	**6.851.114**	**1.551.067**	**21.062.382**	**2.320.312**	**31.332.357**

Complessivamente il maggior numero di giornate di copertura è riferibile nell'ordine ai gruppi C (apparato cardiovascolare, 22,1%), R (apparato respiratorio, 19,8%), A (apparato gastrointestinale e metabolismo, 19,4%), che sommati rappresentano il 61,3% del totale (→ TABELLA 3.8). Tuttavia se si considerano separatamente gli apporti delle tre vie di donazione emergono differenze significative nella graduatoria delle forniture dei farmaci classificati nei 14 gruppi ATC di 1° livello (→ TABELLA 3.9):

- i tre canali presentano molte differenze nelle graduatorie dei 14 gruppi ATC, senza nessuna equivalenza nelle graduatorie dei tre canali GRF, RFV e DA;
- i tre gruppi C, R, A, per i quali in totale è stato calcolato il maggior numero di giornate di copertura, risultano rispettivamente assenti, al 1° e al 4° posto nella graduatoria GRF, al 1°, 6° e 2° per quella RFV e al 6°, 1°, 2° per quella DA;
- nel caso della GRF nelle prime tre posizioni si collocano i gruppi R, N, M (in totale equivalgono all'87% delle coperture fornite dalla GRF che tuttavia raccoglie donazioni solo per 9 su 14 gruppi ATC, mentre per il RFV e per le DA si trovano rispettivamente nell'ordine i gruppi C, A, B (la cui somma è pari all' 78%) e R, A, H (somma = 59%).

Per i 14 gruppi ATC di 1° livello il contributo dei tre canali di donazione all'acquisizione delle giornate di copertura terapeutica è differente (→ **FIGURA 3.3**): in alcuni casi (gruppi H, J, M, N, P, R, S) sono le DA a fornire oltre l'80% delle coperture donate, mentre per i gruppi L (antineoplastici e immunomodulatori) e D (apparato tegumentario e pelle) è il RFV ad aver il ruolo di principale fornitore (→ **FIGURA 3.3**). In particolare il dato sul gruppo D merita una precisazione: per i prodotti dermatologici a uso topico, ampiamente raccolti in occasione della GRF (sono prodotti da banco che non richiedono la prescrizione medica), non è possibile disporre delle DDD e calcolare le giornate di copertura; di conseguenza, questi prodotti sono esclusi dal calcolo delle giornate di copertura, facendo viceversa apparire più rilevante il pur modesto contributo del RFV.

La distribuzione delle coperture nell'ambito di ognuno dei tre canali di donazione è rappresentata dalla → **FIGURA 3.4**. Si osserva la diversa estensione dello spettro dei gruppi terapeutici raccolti dalla GRF, dal RFV e dalle DA – già evidenziata in termini di n. di confezioni (paragrafo 3.1) – e in particolare il peso del gruppo C tra le donazioni acquisite attraverso il RFV e quello del gruppo R per le donazioni ricevute in occasione della GRF.

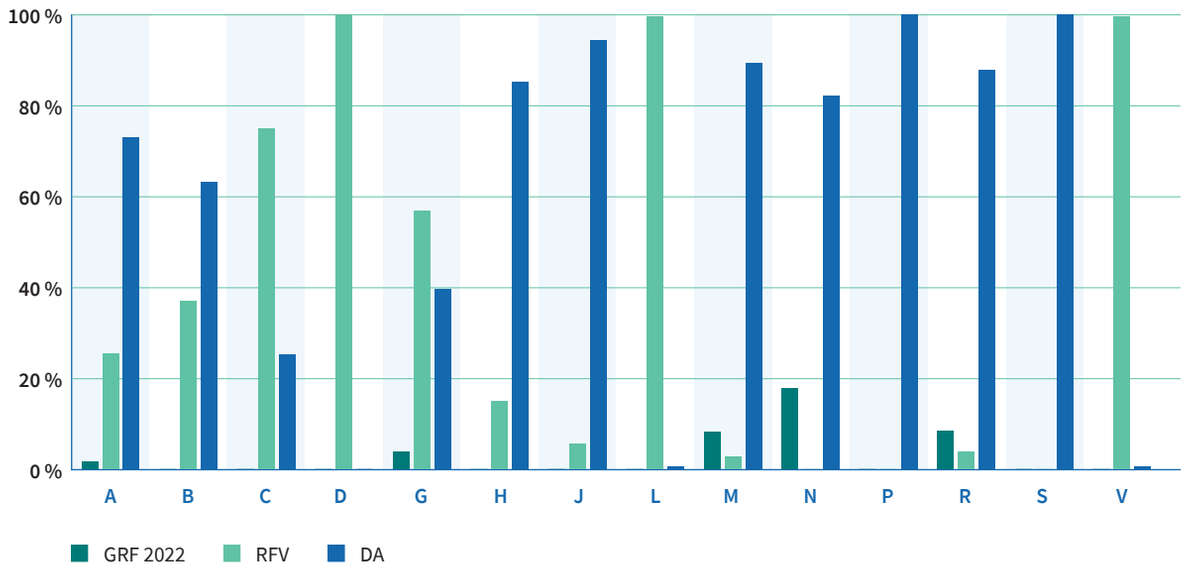
→ **TABELLA 3.8 Giornate di copertura terapeutica attribuibili al numero di confezioni di farmaci raccolte per gruppo ATC 1° livello e per canale di raccolta (GRF 2022, RFV e DA) presentate in ordine decrescente in base al dato della colonna "Totale"**

ATC 1° Livello	Descrizione del gruppo anatomico principale	Giornate di copertura terapeutica				
		GRF 2022	RFV	DA	TOTALE	%
C	Apparato cardiovascolare		2.041.367	684.279	2.725.647	22,06
R	Apparato respiratorio	203.349	95.012	2.143.601	2.441.962	19,76
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	40.937	606.535	1.749.508	2.396.980	19,40
H	Sistema endocrino, esclusi ormoni sessuali e insulina		173.567	996.107	1.169.674	9,47
B	Sangue e sistema emopoietico		413.153	707.998	1.121.151	9,07
M	Sistema muscolare - sistema scheletrico e articolazioni	78.677	26.035	862.840	967.552	7,83
J	Anti-infettivi per uso sistemico		33.627	562.661	596.288	4,83
N	Sistema nervoso	88.184		405.255	493.440	3,99
G	Apparato genito-urinario e ormone sessuale	13.792	206.396	143.805	363.992	2,95
L	Antineoplastici e immunomodulatori		71.934	320	72.254	0,58
V	Vari		3.180	15	3.195	0,03
S	Organi di senso			1.373	1.373	0,01
P	Prodotti antiparassitari, insetticidi e repellenti			1.213	1.213	0,01
D	Apparato tegumentario e pelle		645		645	0,01
	Tutti i gruppi ATC	**424.939**	**3.671.451**	**8.258.975**	**12.355.366**	
	%	**3,4**	**29,7**	**66,9**		

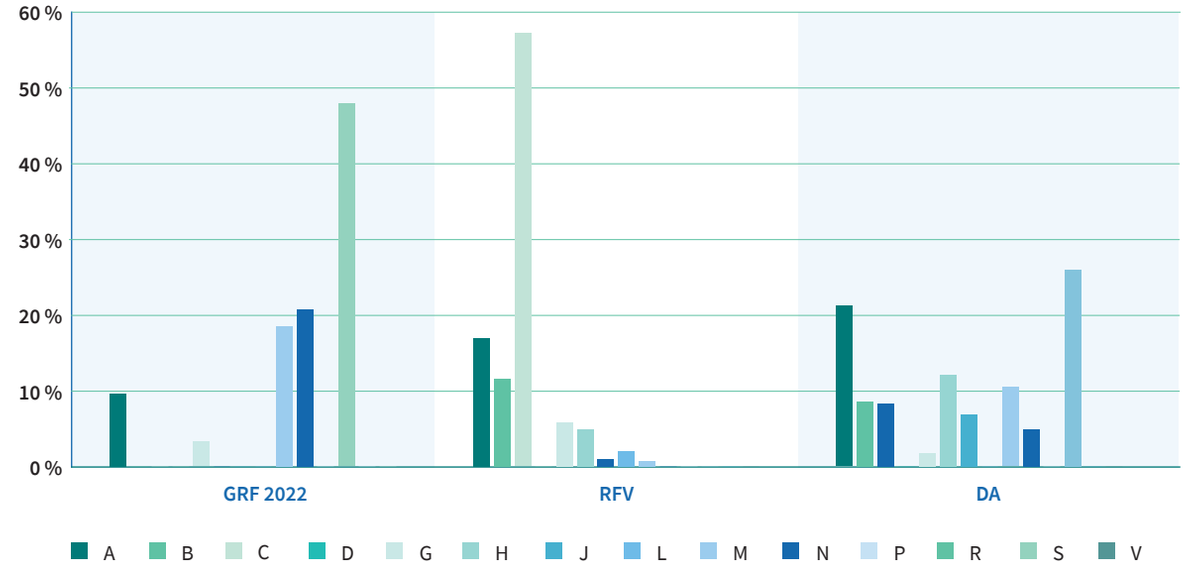
→ TABELLA 3.9 Graduatoria dei gruppi ATC di 1° livello ordinate in funzione della % delle gg di copertura calcolata (ma qui non riportata) per ogni canale di donazione dei farmaci; sono identificati con lo stesso colore i gruppi farmacologici raccolti dai diversi canali (5 gruppi per GRF, 9 gruppi per RFV e 13 per le DA); con n.d. sono indicati i gruppi ATC per i quali non sono state registrate donazioni

ATC 1° livello – ranking	GRF 2022	RFV	DA
1°	R Apparato respiratorio	C Apparato cardiovascolare	R Apparato respiratorio
2°	N Sistema nervoso	A Apparato gastrointestinale e metabolismo	A Apparato gastrointestinale e metabolismo
3°	M Sistema muscolare - sistema scheletrico e articolazioni	B Sangue e sistema emopoietico	H Sistema endocrino, esclusi ormoni sessuali e insulina
4°	A Apparato gastrointestinale e metabolismo	G Apparato genito-urinario e ormone sessuale	M Sistema muscolare - sistema scheletrico e articolazioni
5°	G Apparato genito-urinario e ormone sessuale	H Sistema endocrino, esclusi ormoni sessuali e insulina	B Sangue e sistema emopoietico
6°	B n.d.	R Apparato respiratorio	C Apparato cardiovascolare
7°	C n.d.	L Antineoplastici e immunomodulatori	J Anti-infettivi per uso sistemico
8°	D n.d.	J Anti-infettivi per uso sistemico	N Sistema nervoso
9°	H n.d.	M Sistema muscolare - sistema scheletrico e articolazioni	G Apparato genito-urinario e ormone sessuale
10°	J n.d.	V Vari	S Organi di senso
11°	L n.d.	D Apparato tegumentario e pelle	P Prodotti antiparassitari, insetticidi e repellenti
12°	P n.d.	N n.d.	L Antineoplastici e immunomodulatori
13°	S n.d.	P n.d.	V Vari
14°	V n.d.	S n.d.	D n.d.

→ **FIGURA 3.3 Giornate di copertura terapeutica: contributo (%) dei tre canali di donazione alla raccolta farmaci classificati nei 14 gruppi ATC di 1° livello**



→ **FIGURA 3.4 Distribuzione per ATC di 1° livello delle giornate di copertura terapeutica: % calcolate sul totale delle coperture donate da ciascuno dei tre canali**



Le coperture fornite dai farmaci *top-ten* codificati al 2° livello ATC corrispondono al 70% delle giornate complessivamente donate (→ **TABELLA 3.10**). Nei primi tre posti in graduatoria risultano i farmaci di codice A02 (farmaci correlati alla cura dell'acidosi), R01 (preparazioni nasali) e H02 (corticosteroidi per uso sistemico) rispettivamente equivalenti al 13,0%; 9,8%; 7,9% delle giornate di copertura calcolate e in 7 casi su10 l'apporto maggiore è dato dalle DA.

I farmaci codificati al 2° livello ATC e risultati *top-ten* nell'ambito di ciascuna delle tre fonti GRF, RFV e DA è descritta nella → **TABELLA 3.11**. Solo i farmaci per la cura dell'acidosi sono presenti nelle liste *top-ten* delle tre fonti di donazione anche se in posizione differente (7°, 10 e 1° posto rispettivamente per la GRF, il RFV e le DA), mentre il codice C09 (farmaci attivi sul sistema renina-angiotensina) è in comune tra i *top-ten* raccolti con il RFV e le DA.

Se tuttavia si procede all'analisi dei *top-ten* al 3° livello di codifica ATC, si nota (→ TABELLA 3.12) che i farmaci in comune tra i tre canali di raccolta delle donazioni più numerosi sono : M01A, R01A, R01B tra i primi 10 della GRF e delle DA; A02B, B01A e C09A tra quelli provenienti dal RFV e dalle DA.

→ **TABELLA 3.10 Giornate di copertura terapeutica corrispondenti alle donazioni di farmaci *top-ten* codificati al 2° livello ATC. Per ogni gruppo di 2° livello è indicato il canale risultato maggior contribuente e anche il codice di 3° livello risultato prevalente**

	ATC 2° Livello	Descrizione del gruppo terapeutico	Giornate di copertura		Fonte prevalente di raccolta (%*)	ATC 3° livello prevalente (%**)
			N°	%		
1°	A02	Farmaci per malattie correlate all'acidosi	1.589.904	13,0	DA (91,2)	A02B (12,9)
2°	R01	Preparazioni nasali	1.198.503	9,8	DA (88,7)	R01A (7,4)
3°	H02	Corticosteroidi per uso sistemico	969.367	7,9	DA (89,7)	H02A (7,9)
4°	M01	Prodotti antinfiammatori e antireumatici	965.142	7,9	DA (89,4)	M01A (7,9)
5°	C09	Farmaci per il sistema renina-angiotensina	882.191	7,2	RFV (65,1)	C09A (4,9)
6°	B01	Agenti antitrombotici	804.690	6,6	DA (55,5)	B01A (6,6)
7°	R03	Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	723.357	5,9	DA (100,0)	R03B (5,8)
8°	J01	Antibiotici per uso sistemico	574.132	4,7	DA (96,7)	J01C (3,2)
9°	C10	Farmaci agenti sui lipidi	434.684	3,6	RFV (88,6)	C10A (0,2)
10°	C08	Calcio-antagonisti	393.524	3,2	RFV (70,4)	C08C (3,1)
		Totale (GRF + RFV + DA)	**8.535.494**	**69,8**		

%* sul totale delle confezioni di ogni ATC di 2° livello.

%** calcolate sul totale delle giornate di copertura (=12.257.175) calcolate per tutte le donazioni dei farmaci con ATC.

→ TABELLA 3.11 Gruppi ATC di 2° livello ordinati in base alle giornate di copertura assicurate dalla raccolta di farmaci attraverso i tre canali (sono indicate con lo stesso colore le classi di farmaci comuni a due o tre canali di raccolta)

ATC 2° livello - ranking	GRF 2022		RFV		DA	
1°	R01	Preparazioni nasali	C09	Farmaci per il sistema renina-angiotensina	A02	Farmaci per malattie correlate all'acidosi
2°	N02	Analgesici	C10	Farmaci agenti sui lipidi	R01	Preparazioni nasali
3°	M01	Prodotti antinfiammatori e antireumatici	B01	Agenti antitrombotici	H02	Corticosteroidi per uso sistemico
4°	R05	Antitussivi e preparati per il raffreddore comune	A10	Farmaci ipoglicemizzanti	M01	Prodotti antinfiammatori e antireumatici
5°	A06	Farmaci per la stitichezza	C07	Betabloccanti	R03	Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie
6°	G01	Antimicrobici e antisettici ginecologici	C08	Calcio-antagonisti	J01	Antibiotici per uso sistemico
7°	A02	Farmaci per malattie correlate all'acidosi	C03	Diuretici	B01	Agenti antitrombotici
8°	R06	Antistaminici per uso sistemico	G04	Urologici	C09	Farmaci per il sistema renina-angiotensina
9°	R02	Preparazioni gola	C01	Terapia cardiaca	B03	Farmaci antianemici
10°	A07	Antidiarroici, agenti antinfiammatori/ antinfettivi intestinali	A02	Farmaci per malattie correlate all'acidosi	N05	Psicolettici

→ TABELLA 3.12 ATC di 3° livello dei farmaci ordinati in base alle giornate di copertura ottenute attraverso i tre canali (sono indicate con lo stesso colore le classi di farmaci comuni tra i *top-ten* dei canali di raccolta

Graduatoria	GRF		RFV		DA	
	ATC 3° Livello	Descrizione del sottogruppo terapeutico	ATC 3° Livello	Descrizione del sottogruppo terapeutico	ATC 3° Livello	Descrizione del sottogruppo terapeutico
1°	R01A	Decongestionanti nasali e altre preparazioni nasali	C10A	Sostanze modificatrici dei lipidi, non associate	A02B	Antiulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo
2°	N02B	Altri analgesici e antipiretici	B01A	Agenti antitrombotici	H02A	Corticosteroidi sistemici, non associati
3°	M01A	Farmaci antinfiammatori e antireumatici non steroidei	A10B	Ipoglicemizzanti, escluse le insuline	M01A	Farmaci antinfiammatori e antireumatici non steroidei
4°	R05C	Espettoranti, escluse le associazioni con antitosse	C09A	Bloccanti dei recettori angiotensina ii(arbs), non associati	R01A	Decongestionanti nasali e altre preparazioni nasali
5°	A06A	Farmaci per la costipazione	C07A	Betabloccanti	R03B	Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratori per aerosol
6°	R01B	Decongestionanti nasali per uso sistemico	C09C	Ace inibitori non associati	B01A	Agenti antitrombotici
7°	R05D	Antitosse, escluse le associazioni con espettoranti	C08C	Calcio-antagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare	J01C	Antibatterici beta-lattamici, penicilline (per uso sistemico)
8°	G01A	Antimicrobici e antisettici, escluse associazioni con corticosteroidi (ginecologici)	G04C	Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna (urologici)	C09A	Bloccanti dei recettori angiotensina ii(arbs), non associati
9°	R06A	Antistaminici per uso sistemico (antistaminici per uso sistemico)	C03C	Diuretici ad azione diuretica maggiore (diuretici)	R01B	Decongestionanti nasali per uso sistemico (preparazioni nasali)
10°	R02A	Preparati per il cavo faringeo	A02B	Antiulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo	B03B	Vitamina B12 e acido folico

→ 3.5 Le coperture terapeutiche donate in rapporto al bisogno della popolazione assistita

3.5.1 Confronto con i dati OsMed

Con questo paragrafo si intende mettere a confronto – qualitativamente più che quantitativamente – le donazioni di farmaci raccolti attraverso tutti i tre canali di Banco Farmaceutico con i probabili bisogni reali della popolazione assistita dagli enti caritativi. Si tratta cioè di incrociare i dati (presentati nel precedente paragrafo 3.4) con i dati epidemiologici del nostro Paese, ricavabili dalle fonti informative accessibili. Lo scopo è quello di un'iniziale e del tutto preliminare valutazione del livello di corrispondenza tra l'insieme dei farmaci raccolti e il presumibile bisogno reale degli assistiti; in altre parole si tratta di provare a rispondere alla domanda: "Quanto viene donato è effettivamente ciò di cui c'è, almeno in via presuntiva, realmente bisogno?" e, di conseguenza: "È possibile orientare meglio la raccolta delle donazioni?".

A questo scopo, tra le diverse fonti disponibili, abbiamo ritenuto adeguato il riferimento ai dati dall'Osservatorio Nazionale dell'impiego dei Medicinali di AIFA (OsMed), pubblicati nel rapporto annuale[18], che descrivono in modo dettagliato la spesa e il consumo di farmaci, classificati in base al sistema di codifica ATC, distinguendo la quota a carico delle strutture sanitarie rispetto a quella "territoriale". Considerata infatti la tipologia delle attività assistenziali degli enti, all'interno della quale si colloca l'utilizzo delle donazioni raccolte da Banco Farmaceutico, è evidente che i dati sulle coperture terapeutiche esposte nel precedente paragrafo sono paragonabili a quelli che AIFA riferisce come consumo "territoriale", a carico della spesa sia pubblica sia privata, escludendo invece la quota di farmaci di utilizzo ospedaliero. I dati OsMed sono espressi in termini di DDD/1000 abitanti die[19] e quindi, per operare il confronto, è necessario tradurre in DDD/1000 assistiti die i dati di copertura descritti nel paragrafo 2.2. A questo fine, pur non disponendo di un vero censimento della popolazione beneficiaria delle donazioni, abbiamo fatto riferimento al numero di utenti assistiti che gli enti dichiarano ogni anno in occasione della GRF (446.260). Nella → **TABELLA 3.13** sono riportate le DDD/1000 assistiti die per i gruppi ATC di 1° livello e per tipologia del canale di donazione, mentre nella → **FIGURA 3.5** è descritta in valori percentuali la distribuzione delle DDD/1000 die. In totale sono stati raccolti farmaci equivalenti a oltre 27.000 DDD/1000 assistiti die, donati in maggior parte dalle DA (66,9%), mentre il RFV e la GRF concorrono rispettivamente per il 29,1% e il 3,4% % delle DDD/1000 assistiti die.

18 Disponibile alla pagina: **https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-OsMed-2021**.

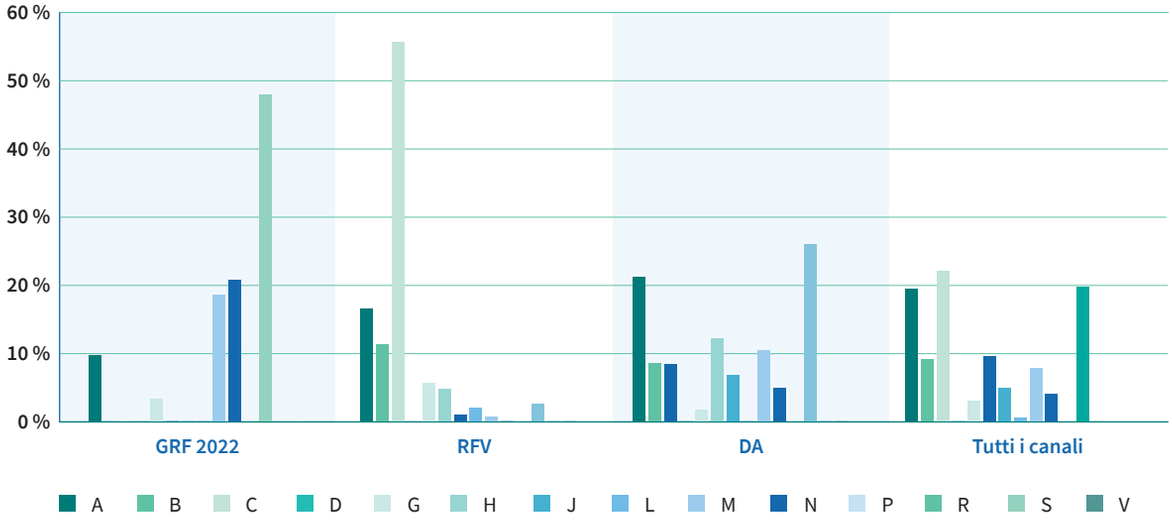
19 DDD (*Defined Daily Dose*: dose giornaliera definita): è la dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto, con riferimento all'indicazione terapeutica principale del farmaco.

→ TABELLA 3.13 Donazioni FBF: DDD/1000 assistiti die per gruppo ATC di 1° livello e per canale di donazione

ATC 1° Livello	Descrizione del gruppo anatomico principale	DDD/1000 assistiti die			
		GRF	RFV	DA	TOTALE
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	91,73	1.359,15	3.920,38	5.371,26
B	Sangue e sistema emopoietico		925,81	1.586,51	2.512,32
C	Apparato cardiovascolare		4.574,39	1.533,36	6.107,75
D	Apparato tegumentario e pelle*		1,45		1,45
G	Apparato genito-urinario e ormone sessuale	30,90	462,50	322,24	815,64
H	Sistema endocrino, esclusi ormoni sessuali e insulina		388,94	2.232,12	2.621,06
J	Anti-infettivi per uso sistemico		75,35	1.260,84	1.336,19
L	Antineoplastici e immunomodulatori		161,19	0,72	161,91
M	Sistema muscolare - sistema scheletrico e articolazioni	176,30	58,34	1.933,49	2.168,13
N	Sistema nervoso	197,61	0,00	908,11	1.105,72
P	Prodotti antiparassitari, insetticidi e repellenti	0,00	0,00	2,72	2,72
R	Apparato respiratorio	455,67	212,91	4.803,48	5.472,06
S	Organi di senso			3,08	3,08
V	Vari		7,13	0,03	7,16
	TOTALE	**952,21**	**8.227,16**	**18.507,08**	**27.686,45**

***N.B.**: i farmaci a uso topico di gruppo D – che costituiscono una quota importante delle confezioni raccolte con la GRF (>23.000 confezioni) – non sono compresi nel calcolo delle DDD in quanto come afferma l'OMS: "*Only oral preparations in ATC group D are given DDDs. Most products in this group are for topical use, and no DDDs are assigned because the amount given per day can vary very much according to the intensity and distribution of the disease*").

→ **FIGURA 3.5 Distribuzione percentuale delle DDD/1000 assistiti die per gruppo ATC (1° livello): valori calcolati sul totale di ogni canale di donazione (GRF: 952 DDD/1000 assistiti; RFV: 8.227 DDD/1000 die; DA:18.507 DDD/1000 die) e complessivamente (in totale. 27.686 DDD/1000 die)**



Nella → **TABELLA 3.14** i dati espressi in DDD/1000 assistiti die sono messi a confronto con quelli riferiti ai consumi "territoriali"[20] riportati da OsMed per il 2021; i valori di DDD/1000 die riscontrati nel caso delle donazioni sono nettamente più elevati rispetto a quelli riferiti da OsMed, ma questo dato deriva dal fatto che la popolazione assistita, cioè il denominatore per il calcolo delle DDD offerte alla Fondazione, è una popolazione per definizione bisognosa di cure, mentre il dato OsMed riferisce i consumi a tutta la popolazione (sani e malati). Se invece osserviamo i dati in valore percentuale risulta una distribuzione abbastanza sovrapponibile tra i dati di Banco Farmaceutico e quelli della sorveglianza nazionale, come si evidenzia anche nella → **FIGURA 3.6**. Le differenze più significative che emergono da tale confronto riguardano i farmaci per l'apparato cardiovascolare (gruppo C) e quelli per l'apparato respiratorio (gruppo R), rispettivamente pari a -20,7% e +15,6% per le donazioni rispetto ai consumi OsMed. Il maggior "peso" del gruppo R tra i farmaci donati a Banco Farmaceutico è probabilmente influenzato dal numero elevato di richieste da parte degli enti, connesso all'elevata frequenza di forme respiratorie da SARS-Cov-2 diffuse nel 2021 nella popolazione generale e anche tra gli assistiti che, grazie alla minor virulenza delle varianti circolanti, sono state curate nei loro ambulatori, mentre è soprattutto il RFV che contribuisce alla quota di DDD/1000 die donate, raccogliendo le confezioni di farmaci di gruppo C accumulati a livello domestico dai pazienti cronici, che verrebbero altrimenti "sprecate"; significativo a questo proposito è quanto già osservato con uno studio sul RFV[21] a proposito dell'aumento dei farmaci recuperati durante la pandemia, concentrato nella zona di Bergamo, dove si è verificato il più consistente eccesso di mortalità da Covid-19.

La graduatoria delle quote di DDD/1000 (sulla base dei valori percentuali) è descritta in termini solo qualitativi anche nella → **TABELLA 3.15**. Si osserva che per 2 gruppi ATC (C e P) la posizione nelle due casistiche è identica (rispettivamente 1°e 13° gruppo).

Pur essendo significativo il riscontro di un buon livello di corrispondenza tra il consumo di farmaci riferito da OsMed e quello ricavato dalle donazioni, non possiamo ignorare alcuni limiti della

20 I consumi "territoriali" riportati da OsMed che abbiamo ritenuto paragonabili con quelli donati dalla FBF agli assistiti degli enti caritativi includono gli acquisti di farmaci di classe A sia in regime di convenzione con il SSN che in forma privata e gli acquisti di farmaci di classe C, mentre sono stati esclusi, oltre agli acquisti diretti da parte delle strutture sanitarie, anche quelli di automedicazione (SOP e OTC).

21 Pontello M., Accolla G., *Recupero farmaci validi*, Ric&Pra 2021;37(6):269-272 doi 10.1707/3718.37091.

nostra analisi. Il limite principale è dato dalla diversa composizione per sesso e soprattutto per classi di età, per fattori socio-economici, per livello di istruzione ecc. della popolazione assistita dagli enti caritativi rispetto a quella della popolazione monitorata da OsMed; di conseguenza tra le popolazioni beneficiarie delle donazioni l'incidenza e la prevalenza delle malattie, e quindi il bisogno di terapie, potrebbe non essere paragonabile a quella della popolazione italiana. Un secondo limite riguarda il denominatore utilizzato per il calcolo delle DDD/1000 assistiti. Per il confronto con le DDD/1000 die ci siamo basati sul numero dichiarato dagli enti nel momento in cui, in vista della GRF, segnalano a Banco Farmaceutico il proprio fabbisogno; all'origine di tale dato non c'è però un vero censimento degli assistiti, che per loro natura coincidono con una popolazione molto mobile; poiché, inoltre, non tutti gli enti sono dotati di un archivio di cartelle cliniche, la richiesta del numero e del tipo di farmaci è da considerarsi del tutto presuntiva (secondo quanto rilevato dall'indagine questionaria condotta da Banco Farmaceutico nel 2020 la cartella clinica cartacea o informatica è presente solo nel 68% dei casi[22]).

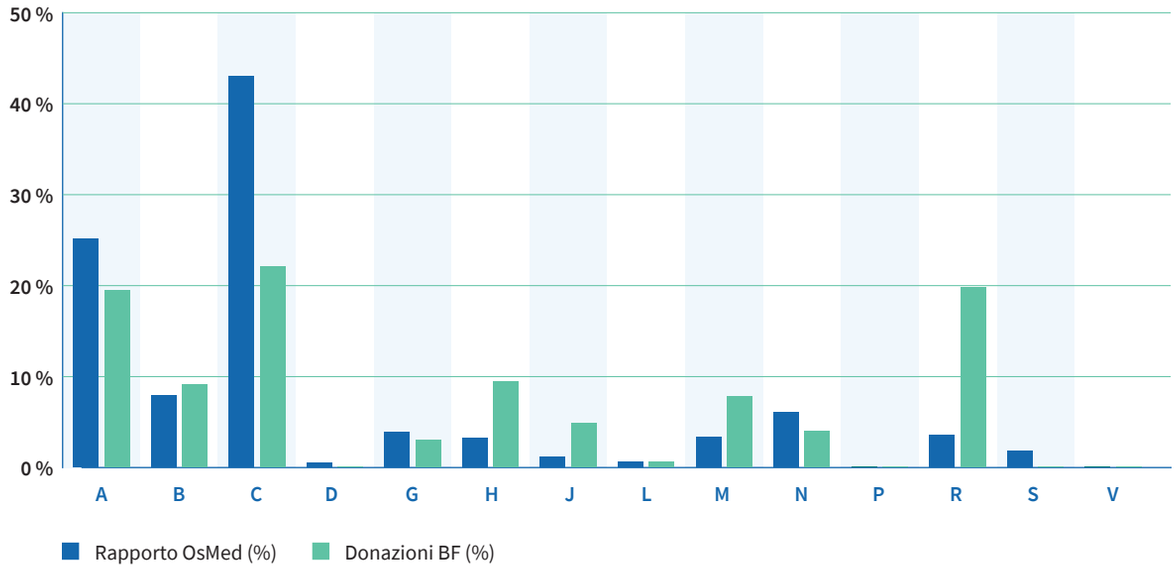
Il confronto con i dati del Rapporto OsMed, qui presentato, rappresenta un primo tentativo di verificare quanto le donazioni possano risultare allineate con i bisogni cui intendono rispondere e suggerisce una serie di approfondimenti a cui sono dedicati, in via puramente esemplificativa, i seguenti 4 Box che si riferiscono ai gruppi terapeutici classificati ai primi 3 posti, come indicato nella → TABELLA 3.14.

→ TABELLA 3.14 DDD/1000 die calcolate per tutte le donazioni (GRF, RFV e DA) e consumi nazionali di farmaci (Rapporto OsMed 2021)

ATC 1° livello	Descrizione del gruppo anatomico principale	DDD/1000ab die	Rapporto OsMed: ddd/1000 die per ATC 1° liv (%)	DDD/1000 assistiti die	Donazioni BF: DDD/1000 assist die (%)	differenza OsMed/ BF in punti percentuali
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	314,7	21,48%	5.371,264	19,40%	-5,53%
B	Sangue e sistema emopoietico	144	9,83%	2.512,327	9,07%	1,24%
C	Apparato cardiovascolare	521,2	35,57%	6.107,755	22,06%	-20,73%
D	Apparato tegumentario e pelle	49,6	3,39%	1,445026	0,01%	-0,43%
G	Apparato genito-urinario e ormone sessuale	75,4	5,15%	815,6502	2,95%	-0,88%
H	Sistema endocrino, esclusi ormoni sessuali e insulina	41,6	2,84%	2.621,06	9,47%	6,30%
J	Anti-infettivi per uso sistemico	13,1	0,89%	1.336,189	4,83%	3,77%
L	Antineoplastici e immunomodulatori	5,6	0,38%	161,9111	0,58%	0,03%
M	Sistema muscolare - sistema scheletrico e articolazioni	64,5	4,40%	2.168,136	7,83%	4,57%
N	Sistema nervoso	140	9,56%	1.105,722	3,99%	-2,06%
P	Prodotti antiparassitari, insetticidi e repellenti	1,2	0,08%	2,717677	0,01%	-0,08%
R	Apparato respiratorio	66,5	4,54%	5.472,062	19,76%	15,63%
S	Organi di senso	26,6	1,82%	3,077429	0,01%	-1,83%
V	Vari	1,1	0,08%	7,159491	0,03%	-0,01%
	TOTALE	**1.465,1**	**100,00%**	**27.686,44**	**100,00%**	

22 L. Pesenti e M. Pontello, *Le risposte della rete Banco Farmaceutico durante l'emergenza Covid-19*, in "Donare per curare" disponibile all'indirizzo **www.opsan.it/cm-files/2021/02/19/bilanciopoverta-2020-web.pdf**.

→ FIGURA 3.6 Confronto tra il consumo "territoriale" di farmaci classificati al 1° livello ATC (dati OsMed) e le donazioni raccolte da BF (GRF+DA+RFV)



→ TABELLA 3.15 Donazioni (GRF, RFV e DA) e consumi nazionali di farmaci (Rapporto OsMed 2021: quote % delle DDD/1000 die in ordine di grandezza dalla % maggiore a quella minore)

Rapporto OsMed: DDD/1000 abitanti die: gruppi ATC in ordine dalla % maggiore alla % minore	Donazioni FBF: gruppi ATC in ordine dalla % maggiore alla minore
C Apparato cardiovascolare	C Apparato cardiovascolare
A Apparato gastrointestinale e metabolismo	R Apparato respiratorio
B Sangue e sistema emopoietico	A Apparato gastrointestinale e metabolismo
N Sistema nervoso	H Sistema endocrino, esclusi ormoni sessuali e insulina
G Apparato genito-urinario e ormone sessuale	B Sangue e sistema emopoietico
R Apparato respiratorio	M Sistema muscolare - sistema scheletrico e articolazioni
M Sistema muscolare - sistema scheletrico e articolazioni	J Anti-infettivi per uso sistemico
D Apparato tegumentario e pelle	N Sistema nervoso
H Sistema endocrino, esclusi ormoni sessuali e insulina	G Apparato genito-urinario e ormone sessuale
S Organi di senso	L Antineoplastici e immunomodulatori
J Anti-infettivi per uso sistemico	V Vari
L Antineoplastici e immunomodulatori	S Organi di senso
P Prodotti antiparassitari, insetticidi e repellenti	P Prodotti antiparassitari, insetticidi e repellenti
V Vari	D Apparato tegumentario e pelle

3.5.2 Altri confronti

Per valutare la congruenza delle donazioni rispetto al bisogno di salute della popolazione bisognosa assistita, i dati disponibili a livello nazionale sull'incidenza e prevalenza delle diverse patologie sono purtroppo piuttosto scarsi. Per la discussione dei nostri dati prendiamo in considerazione quelli riportati dall'indagine campionaria già richiamata (cfr. nota 22), e quelli dell'Opera San Francesco (OSF), che opera in Lombardia, dove, peraltro, è più consistente l'attività di Banco Farmaceutico. Quanto effettivamente raccolto risulta sostanzialmente coerente con le richieste formulate dagli enti intervistati durante l'indagine campionaria promossa dal Banco (892 enti con una copertura totale di 312.536 utenti); infatti, oltre l'80% risultava richiedere farmaci relativi alle seguenti macrocategorie (non si era infatti adottata la classificazione secondo il sistema ATC): antinfiammatori-analgesici, integratori, farmaci per le malattie respiratorie e gastroenteriche, cortisone, prodotti dermatologici e antisettici; tale elenco, è abbastanza corrispondente alle elevate quote di confezioni di farmaci effettivamente raccolti (→ **TABELLA 3.1**) e classificati nei gruppi M (all'interno del quale predomina il codice M01 analgesici antinfiammatori), R (malattie delle vie respiratorie), A (forme gastroenteriche) e C (patologie cardiovascolari). Queste categorie di farmaci sono destinate alla cura delle malattie acute (soprattutto M, R, ma anche A) più che di quelle croniche (C) in coerenza con la maggiore prevalenza delle prime documentata dalla stessa indagine (patologie acute 53,3% contro 46,7% delle forme croniche), dato che si correla con la grande mobilità della popolazione assistita che consente più facilmente la presa in carico delle patologie a breve decorso.

I nostri risultati non si discostano in modo significativo anche considerando i dati di Opera San Francesco che, disponendo dal 2011 di un archivio informatico,[23] ha dimostrato che la prescrizione di farmaci per forme croniche è risultata più elevata di quella per forme acute. Questo, proprio perché la solida organizzazione di tale ente consente un monitoraggio dei propri assistiti prolungato nel tempo; ha però anche documentato un consistente consumo di farmaci per acuti (256,4 DDD/1000) e di farmaci per acuti e cronici (289,5 DDD/1000). Inoltre, attesta che sul totale dei soggetti assistiti almeno una volta nel periodo considerato (2011-2018), gli assistiti risultavano affetti – in ordine decrescente – da malattie del sistema nervoso nel 12,1% dei casi; da malattie dell'apparato gastroenterico nell'11,6%; da patologie cardiovascolari nel 9,6%; da disturbi mentali nel 9,2%. Senza entrare qui nella grande e non ancora risolta discussione sulla classificazione delle malattie nervose e mentali, è importante osservare che secondo i dati OSF queste patologie colpirebbero il 21,3% dei loro assistiti e che su questo fronte dovrà essere rivolta molta attenzione, pur nelle difficoltà di raccogliere donazioni di farmaci utili alla cura delle patologie neuropsichiatriche.

23 Bibliografia per dati OSF:

- G. Corrao e S. Cella. *Le banche dati dal mondo reale: cosa sono, a che cosa servono, nuove sfide* in Rapporto OPSan 2020 "Donare per curare. Povertà Sanitaria e Donazioni farmaci" pagg. 21-30, disponibile all'indirizzo **www.opsan.it/cm-files/2021/02/19/bilanciopoverta-2020-web.pdf**.

- G. Fiorini, C. Cerri, S. Bini, A.E. Rigamonti, S. Perlini, N. Marazzi, A. Sartorio, S.G. Cella, *The burden of chronic noncommunicable diseases in undocumented migrants: a 1-year survey of drugs dispensation by a nongovernmental organization in Italy*, Public Health 2016;141: 26-31.

→ 3.6 Considerazioni sulle classi terapeutiche più rappresentative

Sulla base dei risultati sintetizzati nella → **TABELLA 3.14** sono di seguito svolte alcune considerazioni esplorative sui farmaci appartenenti alle principali classi terapeutiche fornite da Banco Farmaceutico alle strutture caritative convenzionate e, per loro tramite, agli indigenti.

BOX 1 – I FARMACI CARDIOVASCOLARI

Nel nostro Paese le malattie cardiovascolari rappresentano un pesante fardello sanitario e sono responsabili del 35,8% di tutti i decessi. Il trend epidemiologico di tali patologie è in continuo aumento principalmente a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, ma anche per l'elevata prevalenza di fattori di rischio quali obesità, sedentarietà, ipertensione, ipercolesterolemia, diabete mellito, stress psicologico e abitudini voluttuarie nocive. A partire dal 2020, la situazione si è ulteriormente aggravata a causa della pandemia e del conseguente lockdown, che hanno innescato una serie di eventi i cui effetti negativi si ripercuotono tutt'oggi sulla salute delle persone:

1. si sono drasticamente ridotti gli accessi alle strutture sanitarie, fatto che ha determinato una diminuzione delle visite e degli esami di controllo, oltre a mancate nuove diagnosi
2. per molti pazienti è risultato più difficoltoso mantenere stili di vita sani e comprendessero attività fisiche adeguate
3. si è verificato un eccesso di stress psicologico
4. è stato minato il rapporto medico-paziente, base essenziale per un'ottimale aderenza terapeutica, soprattutto nei pazienti più anziani
5. in alcuni casi è stato difficile reperire i farmaci necessari
6. la pandemia ha agito da moltiplicatore della mortalità cardiovascolare (basti pensare che durante il primo lockdown le ospedalizzazioni per infarto del miocardio si sono ridotte di quasi il 50%, ma la mortalità per infarto e relative complicanze è parallelamente aumentata).

Coerentemente con il quadro clinico-epidemiologico sopra descritto, dal Rapporto OsMed 2022 emerge che i farmaci attivi sul cuore e sui vasi sono stati quelli maggiormente utilizzati dagli italiani (503,6 DDD/1000 abitanti die). Tra questi, gli ACE-inibitori e gli antagonisti del recettore dell'angiotensina II sono state le categorie a maggior consumo. Seguono i calcio-antagonisti e i beta-bloccanti. Si è confermata inoltre la tendenza dei medici a prescrivere combinazioni di farmaci ad azione sinergica (per esempio, l'utilizzo degli antagonisti del recettore dell'angiotensina II in associazione ai calcio-antagonisti è aumentato del 13% rispetto all'anno precedente). Tra i farmaci cardiovascolari, nel 2021 è aumentato anche il consumo di agenti ipolipemizzanti, fatto spiegabile con l'aumentata incidenza delle dislipidemie, soprattutto tra le donne e nelle fasce di età più avanzate. Le statine sono state la categoria più utilizzata, seguite da ezetimibe da sole o in associazione. Particolarmente significativo è stato l'incremento d'uso degli inibitori di PCSK9 (Evolocumab e Alirocumab), composti innovativi rappresentati da anticorpi monoclonali che determinano un incremento della captazione epatica di colesterolo-LDL e una conseguente riduzione dei suoi livelli circolanti.

Le malattie cardiovascolari non risparmiano neppure i poveri. È quanto emerge dai dati di consumo dei farmaci presso il Poliambulatorio di Opera San Francesco, la cui utenza è altamente rappresentativa dell'intera popolazione emarginata che vive nel nostro Paese. L'analisi delle dispensazioni erogate nel 2021 rivela che anche in questa popolazione fragile i farmaci cardiovascolari occupano le prime posizioni. Le categorie maggiormente dispensate in termini di DDD sono gli ACE-inibitori da soli o in associazione (rispettivamente 1ª e 15ª posizione), le sostanze modificatrici dei lipidi, soprattutto le statine (5ª posizione), i beta-bloccanti (10ª posizione) e gli antagonisti del recettore dell'angiotensina II da soli o in associazione (rispettivamente 12ª e 8ª posizione).

Banco Farmaceutico tramite i suoi tre canali di raccolta (GRF, RFV e DA) rappresenta una risposta al bisogno di salute della popolazione povera. È interessante osservare che i farmaci cardiovascolari sono tra quelli resi maggiormente disponibili sia in termini di numero di confezioni, sia come numero di giornate di copertura terapeutica. Come era logico attendersi, le principali fonti di approvvigionamento di questi medicinali sono rappresentate dal RFV e dalle DA, mentre la GRF non ha contribuito poiché, per sua natura, consente solo l'acquisizione di composti senza obbligo di prescrizione. Considerando le singole classi terapeutiche, emerge che i farmaci attivi sul sistema renina-angiotensina (ACE-inibitori e antagonisti del recettore dell'angiotensina II, da soli o in associazione) occupano il 5° posto e i composti agenti sui lipidi la 9ª posizione. Ciò è perfettamente in linea con le esigenze terapeutiche della popolazione povera, sebbene emerga la necessità di incrementare le quantità raccolte cercando, per esempio, laddove possibile, di orientare le donazioni aziendali.

BOX 2 – I FARMACI ATTIVI SULL'APPARATO DIGERENTE

I farmaci attivi sul sistema gastro-intestinale e sul metabolismo comprendono i composti per il trattamento delle patologie acido-correlate. Tra questi, gli inibitori di pompa protonica (omeprazolo, esomeprazolo, lansoprazolo, pantoprazolo e rabeprazolo) sono tra quelli maggiormente prescritti in Italia e più frequentemente erogati a carico dell'assistenza convenzionata. Le loro indicazioni comprendono patologie di frequente riscontro quali la dispepsia, la malattia da reflusso gastroesofageo, l'ulcera peptica, l'infezione da Helicobacter Pylori e altre condizioni più rare come la sindrome di Zoellinger-Ellison e l'esofago di Barrett. Inoltre, qualora sussistano determinate condizioni, sono utili anche nel prevenire e trattare la malattia peptica indotta da farmaci gastrolesivi. Grazie alla loro efficacia e alla buona tollerabilità sono ampiamente prescritti, soprattutto nella fascia di età pari o superiore ai 75 anni. Le ragioni del loro elevato utilizzo sono molteplici e sicuramente comprendono un trend in forte aumento delle patologie acido-correlate. Bisogna però osservare che ormai da molto tempo si assiste a un loro spiccato sovra-utilizzo, in quanto sono frequentemente prescritti senza una vera necessità, per periodi troppo lunghi e in dosi eccessive, nonostante le raccomandazioni dell'AIFA e le limitazioni imposte con apposite note. Secondo l'Associazione Italiana dei Gastroenterologi Ospedalieri (AIGO), addirittura un paziente su due assume gli inibitori di pompa protonica senza averne realmente bisogno.

Dal Rapporto OsMed 2022 emerge che nel 2021 i farmaci per l'apparato gastro-intestinale e il metabolismo hanno occupato la seconda posizione in termini di consumo.

In particolare, gli inibitori di pompa protonica con 79,8 DDD/1000 abitanti die hanno rappresentato oltre il 90% del consumo dei farmaci per l'ulcera peptica, in aumento del 4,5% rispetto al 2020. La seconda categoria di antiulcera a maggiore spesa è stata rappresentata dagli alginati e al sucralfato (4,3 DDD/1000 abitanti die), seguiti dagli anti-acidi a base di sali di magnesio e di alluminio (2,0 DDD/1000 abitanti die).

Le patologie acido-correlate sono condizioni a elevata prevalenza e incidenza in tutto il mondo. Presentano percentuali considerevoli nei Paesi industrializzati, ma stanno registrando un rapido incremento anche in quelli in via di sviluppo. Ciò può essere spiegato sia dal maggior numero di casi identificati (diffusione dell'endoscopia e facilità di accesso alle cure) sia da un effettivo aumento dell'incidenza di queste condizioni morbose come conseguenza di stili di vita malsani e di atteggiamenti dietetico-comportamentali incongrui, che frequentemente si associano a condizioni di stress derivanti dall'organizzazione sociale e dalla precarietà delle condizioni lavorative. Non stupisce pertanto che siano molto diffuse anche nella popolazione povera assistita dagli enti caritativi, spesso impossibilitata a mantenere un adeguato regime alimentare e maggiormente vulnerabile dal punto di vista sociale. Non si può escludere che anche presso gli enti caritativi si verifichi un sovra-utilizzo di questi medicinali, anche se è probabile che questa tendenza prescrittiva inappropriata sia quantomeno mitigata dall'effettiva disponibilità dei farmaci che dipende dalle donazioni e che rende maggiormente necessario limitare le prescrizioni ai casi di reale necessità. È, infatti, interessante osservare che tra i pazienti assistiti da Opera San Francesco i farmaci antiulcera peptica e malattia da reflusso gastro-esofageo, pur essendo frequentemente prescritti, occupano solo la sesta posizione in termini di DDD erogate all'utenza. Scendendo nel dettaglio si può osservare che frequentemente i destinatari delle prescrizioni sono gli stranieri non in regola con le attuali leggi sull'immigrazione. Si tratta di persone che, oltre a vivere in condizioni abitative precarie e in povertà estrema, hanno mutato le abitudini alimentari e comportamentali aderendo a stili di vita occidentali che comprendono i cosiddetti *junk food* (cibi spazzatura) e abitudini voluttuarie nocive.

Nel 2021 attraverso i tre canali di donazione (GRF, DA e RFV) Banco Farmaceutico ha contribuito in maniera rilevante alla raccolta di farmaci antiulcera peptica e reflusso gastro-esofageo da destinare all'utenza povera. Questi composti, infatti, occupano la 3ª posizione in termini di numero di confezioni raccolte e la 1ª posizione in termini di percentuale di giornate di copertura terapeutica resa disponibile. In questo caso si deve sottolineare l'importanza della GRF, dato che molti presidi appartenenti a questa classe sono composti da automedicazione ai quali l'utenza povera, anche in caso di effettiva necessità, sarebbe costretta a rinunciare.

BOX 3 – I MEDICINALI PER LE MALATTIE ACUTE DELL'APPARATO RESPIRATORIO IN EPOCA DI COVID-19

Le infezioni respiratorie acute sono un gruppo di malattie talmente diffuse da rappresentare una delle principali cause di morbosità e di costi diretti e indiretti per il SSN. I casi più frequenti sono di origine virale e gli agenti eziologici responsabili comprendono rhinovirus, coronavirus, virus parainfluenzali, virus respiratorio sinciziale, adenovirus, enterovirus e i tre virus influenzali (A, B e C). A questi agenti, a partire dal 2019, si è aggiunto un altro virus respiratorio, il Sars-CoV-2 la cui diffusione a livello planetario ha assunto proporzioni tali da indurre l'OMS a dichiarare lo stato di pandemia. In genere, le sindromi simil-influenzali stagionali presentano un decorso piuttosto regolare, caratterizzato da un unico picco annuale di incidenza che inizia verso la fine dell'anno, raggiunge l'apice entro gennaio dell'anno successivo e termina a marzo. La diffusione di Sars-CoV-2,

invece, è stata caratterizzata da una serie di picchi di ampiezza variabile che si sono susseguiti nel tempo senza un preciso ritmo stagionale, ed è stata responsabile di un elevato numero di decessi la cui entità è ancora oggetto di dibattito. La sua entrata in scena ha inoltre esercitato un profondo impatto sull'epidemiologia delle infezioni respiratorie nella stagione 2020-21, annullando di fatto la circolazione dei virus influenzali. A questo fenomeno può sicuramente aver contribuito la copertura vaccinale antinfluenzale raggiunta (che rispetto all'anno precedente ha visto un incremento del 6,9% nella popolazione generale e addirittura del 10,7% tra i soggetti più anziani) ma, probabilmente, il ruolo chiave è stato svolto dalla competizione virale e dalle stringenti misure di lockdown e di protezione individuale rese obbligatorie per limitarne la diffusione.

L'emergenza sanitaria legata all'epidemia ha avuto un forte impatto anche sul consumo dei farmaci e ha evidenziato un esteso utilizzo *off-label* di diversi medicinali. Di fronte a questa malattia sconosciuta e potenzialmente grave, si è assistito alla proposta di numerosi protocolli di trattamento spesso basati su evidenze scientifiche scarse o nulle. Si può citare come esempio il caso dell'azitromicina che dovrebbe essere usata solo in caso di sovra-infezioni batteriche, ma che nella prima fase della pandemia, in diverse regioni ha visto un incremento dei consumi a due cifre. Dall'analisi del Rapporto OsMed 2022 emerge che nel 2021 la spesa a carico dei cittadini ha registrato un notevole incremento dovuto in larga misura all'acquisto dei farmaci di classe C (sia con obbligo di ricetta, sia senza), alla quale appartengono molti prodotti usati nelle infezioni respiratorie acute, quali anti-infiammatori, decongestionanti delle mucose e antipiretici. Tra i farmaci di automedicazione i primi principi attivi per spesa sono stati diclofenac, ibuprofene e paracetamolo. Nel 2021 inoltre, circa 3 persone su 10 hanno ricevuto almeno una prescrizione di antibiotici sebbene, grazie alla maggiore consapevolezza – nei medici prescrittori – della resistenza batterica indotta da un loro uso inappropriato, sia proseguita la diminuzione già in atto dei loro consumi. La riduzione maggiore si è verificata in Veneto (-11%), in Lombardia (-10,8%) e in Piemonte (-10,5%).

La pandemia non ha naturalmente risparmiato la popolazione povera che, spesso, vive in condizioni di sovraffollamento, dispone di strutture igienico-sanitarie inadeguate, è impossibilitata all'acquisto dei dispositivi di protezione individuale e soffre di molteplici comorbilità che aumentano il rischio di forme gravi della malattia. Anche presso il poliambulatorio di Opera San Francesco, a partire dal 2020 si sono registrati casi di COVID-19 e un'analisi dei fattori di rischio ha evidenziato che diverse condizioni croniche di frequente riscontro nella popolazione povera (ipertensione arteriosa, immunosoppressione e precedenti contatti con soggetti positivi) hanno contribuito alla gravità della malattia.

Tra i medicinali raccolti da Banco Farmaceutico, quelli attivi sul sistema respiratorio (codice ATC R) hanno consentito di rendere disponibili circa 2,5 milioni di giornate di copertura terapeutica e di contribuire a far fronte all'elevata richiesta da parte degli enti caritativi. Infatti, grazie alla diffusione delle forme respiratorie causate dalle varianti meno pericolose del virus Sars-CoV-2, nel 2021 è stato possibile curare ambulatorialmente la maggior parte dei pazienti positivi. Tutti e tre i canali di raccolta (GRF, RFV e DA) hanno contribuito a questo risultato, sebbene in misura diversa. Si deve in questo caso sottolineare l'importanza della GRF, dato che le malattie respiratorie acute trovano proprio nei farmaci respiratori da banco (antipiretici, anti-infiammatori, decongestionanti nasali, anti-tussivi, anti-istaminici ed espettoranti) la terapia di elezione, confermando così l'elevato valore clinico di questi medicinali. Coerentemente con le necessità, nel loro insieme RFV e DA hanno contribuito anche alla raccolta di circa 600 mila giornate di copertura antibiotica. Infine, è degno di nota l'ingente quantitativo di dispositivi medici (compresi quelli di protezione individuale, come le mascherine) resi disponibili da Banco Farmaceutico.

BOX 4 – I FARMACI ANTIDIABETICI

Le malattie croniche non trasmissibili (NCD) rappresentano la vera sfida sanitaria del 21° secolo in tutto il pianeta, compresi i Paesi in via di sviluppo dove, ormai, sono responsabili di un numero di decessi superiore a quello delle patologie infettive e parassitarie. Tra i fattori responsabili si devono annoverare la globalizzazione di regimi alimentari nocivi, la rapida urbanizzazione e la povertà. Il diabete mellito di tipo 2 (T2DM) è la NCD in più rapida crescita in tutto il mondo e le sue complicanze occupano i primi posti tra le cause di morte, oltre a rappresentare una delle voci più rilevanti della spesa sanitaria. In Italia i dati di prevalenza del T2DM derivano dal monitoraggio annuale dello stato di salute della popolazione condotto dall'ISTAT e dal Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), che raccoglie informazioni sugli stili di vita e sui fattori di rischio comportamentali della popolazione adulta. Secondo i dati più recenti presentati nel 2021 nella "Relazione al Parlamento sul Diabete", la prevalenza della malattia diagnosticata in Italia è di circa il 6%, pari a oltre 3,5 milioni di persone, con un trend in aumento negli ultimi anni. La prevalenza cresce con l'età ed è maggiore nelle fasce di popolazione socio-economicamente svantaggiate per istruzione o condizioni economiche e fra i cittadini che risiedono nelle regioni meridionali rispetto a quelli del Centro e del Nord. È importante sottolineare che i dati epidemiologici di cui disponiamo rappresentano sicuramente una sottostima del numero di diabetici realmente presenti nel nostro Paese, poiché una notevole percentuale di cittadini non ha ancora ricevuto una diagnosi e, pertanto, non è cosciente della propria condizione.

Dall'analisi del Rapporto OsMed 2022 emerge che globalmente, nel 2021, in Italia il consumo di farmaci antidiabetici è stato di 65,1 DDD/1000 abitanti die. Per questa categoria di farmaci è in corso un aumento di spesa a causa dell'introduzione di nuovi composti ancora coperti da brevetto. In accordo con le linee guida vigenti, la metformina mantiene saldamente il primo posto in termini di utilizzo, seguita dalle insuline *fast-acting*. È interessante osservare che, rispetto all'anno precedente, si assiste a un rilevante spostamento prescrittivo verso i nuovi farmaci efficaci e meno gravati da effetti indesiderati come l'ipoglicemia. Per alcune di queste categorie (analoghi del GLP-1 e inibitori di SGLT2) l'incremento di consumo è stato addirittura superiore al 30%. Sta diminuendo invece il consumo dei farmaci più datati e ormai superati come le sulfoniluree (-8,7%) e la repaglinide (-15,8%).

Sono, ormai, molti i dati che indicano che il T2DM è particolarmente diffuso anche tra gli abitanti dei Paesi a basso reddito e ad alta pressione migratoria che raggiungono il nostro Paese incrementando la popolazione povera che si rivolge agli enti caritativi. È quanto emerge dall'analisi dei database di Opera San Francesco che vede i composti antidiabetici tra i presidi più frequentemente dispensati all'utenza. Tuttavia, nonostante gli sforzi per garantire a ogni paziente le cure più adeguate, il trattamento farmacologico del T2DM dell'utenza svantaggiata è diverso da quello della popolazione italiana assistita dal SSN e non riesce ancora a recepire le più recenti acquisizioni in campo terapeutico. In particolare, sebbene anche in questo caso la metformina occupi la prima posizione (63,7% dei farmaci antidiabetici dispensati), presidi antiquati come le sulfoniluree rappresentano ancora il 20,6% delle prescrizioni antidiabetiche, mentre quelle dei composti innovativi più efficaci e sicuri come gli inibitori di SGLT2 sono inferiori al 2% e gli agonisti di GLP-1 sono addirittura totalmente assenti.

Sebbene non si possa escludere un certo grado di inerzia terapeutica da parte dei prescrittori che operano presso gli enti caritativi e la necessità di ottenere il massimo grado possibile di *compliance* da parte dei pazienti così peculiari (per esempio non modificando il regime terapeutico al quale sono abituati), si può ipotizzare che il motivo principale di questo diverso atteggiamento prescrittivo risieda nella scarsa disponibilità, all'interno della rete sanitaria solidale, dei farmaci

più recenti. Tale carenza può dipendere dal costo elevato di questi farmaci e dalla carenza di donazioni. Ciò è dimostrato dal fatto che nel 2021 i farmaci antidiabetici identificati dai codici ATC A10BJ (analoghi di GLP-1) e A10BK (inibitori di SGLT2) resi disponibili da Banco Farmaceutico attraverso i canali di donazione RFV e DA non compaiono tra le prime dieci posizioni. Considerando l'elevata prevalenza del T2DM è logico ipotizzare che nelle case degli italiani siano presenti molte confezioni di farmaci antidiabetici non utilizzate che potrebbero essere recuperate incrementando il RFV. Inoltre, laddove possibile, sarebbe utile orientare in tal senso le donazioni aziendali.

→ 3.7 Conclusioni

Complessivamente, i tre canali di raccolta delle donazioni sono risultati complementari in quanto raccolgono farmaci differenti:

- la GRF pesa soprattutto peri farmaci per i trattamenti acuti
- il RFV è interessante per il recupero e il contrasto allo spreco di farmaci per patologie croniche (gruppo C)
- le DA hanno una grande estensione e rendono disponibili importanti quantità di farmaci di gruppi poco coperti dagli altri canali (H e J in particolare).

In prospettiva, pensiamo sia utile consolidare la valutazione delle donazioni in funzione delle giornate di copertura terapeutica, che probabilmente rappresenta meglio la qualità del «bene» donato a favore della salute degli assistiti rispetto alla semplice elaborazione per numero delle confezioni raccolte. Contestualmente, sarà opportuno proporre agli enti caritativi iniziative e forme di collaborazione allo scopo di conoscere e monitorare meglio lo stato di salute degli assistiti, così da poter orientare la raccolta delle donazioni in modo più adeguato sia per qualità che per quantità.

→ Capitolo 4

SOSTENIBILITÀ E DONAZIONI AZIENDALI NELL'INDUSTRIA FARMACEUTICA ITALIANA

I risultati di un'indagine campionaria

Luca Pesenti

→ 4.1 Introduzione

Il tema della sostenibilità si è ormai imposto come criterio dirimente per l'analisi dei risultati aziendali. La definizione universalmente riconosciuta di questo concetto è però decisamente lontana nel tempo: risale addirittura al 1987 e si trova nel cosiddetto Rapporto Brundtland[24], in cui per la prima volta viene indicata la sostenibilità come condizione di uno sviluppo in grado di assicurare il soddisfacimento dei bisogni della generazione presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di realizzare i propri.

La ricerca di un modello aziendale sostenibile si è tuttavia sviluppato per passaggi successivi, giungendo solo negli ultimi anni a una piena maturazione. L'avvio del percorso fu determinato dall'introduzione del tema della responsabilità sociale d'impresa (CSR d'ora in poi[25]), primo campo di attuazione rilevante di specifiche *policies* aziendali orientate a produrre valore. È bene osservare che la CSR ha guadagnato una notevole attenzione pubblica, in particolare, sotto una crescente pressione da parte della società, al cui interno è aumentata la sensibilità alle esternalità prodotte dalle aziende (in particolare da quelle di grandi dimensioni e dalle multinazionali), e si è sviluppata in aperta contestazione della visione economica neoclassica che considera i risultati finanziari come l'unica misura per valutare la performance e le prospettive future di un'azienda. In coerenza con questa prospettiva, per molto tempo le aziende sono state considerate responsabili esclusivamente nei confronti dei loro azionisti. Pertanto gli investimenti in aree marginali rispetto al business (come per esempio quelli in CSR) sono stati considerati una deviazione di risorse preziose. Conseguentemente anche le informazioni di natura prevalentemente finanziaria contenute nei documenti societari avevano lo scopo di informare esclusivamente i beneficiari "core" di un'azienda: gli azionisti.

Un ragionamento più evoluto proviene dalla "teoria degli stakeholder" di Robert Freeman[26], in cui si suggerisce che le aziende debbano considerare una pluralità, spesso assai eterogenea, di stakeholder, che pùo influenzare il (ed è influenzata dal) raggiungimento degli obiettivi dell'azienda. All'interno di questa visione le aziende e la società sono interdipendenti e le aziende che praticano la CSR creano ciò che gli economisti Porter e Kramer hanno definito, in un articolo assai influente del 2011, "valore condiviso"[27] per tutti i loro stakeholder. Tale visione comprende, oltre ad azionisti e management, anche fornitori, clienti, dipendenti (si pensi allo sviluppo delle politiche di welfare aziendale[28]) e in generale la comunità locale con i suoi molteplici bisogni.

24 United Nations (1987), *Our Common Future.* Report of the World Commission on Environment and Development.

25 Si utilizzerà in questa sede l'acronimo correntemente utilizzato sia nell'ambito *business* sia nella ricerca internazionale in argomento.

26 Freeman, R. E. (1984), *Strategic management: A stakeholder approach*, Pitman, Boston.

27 Porter M., Kramer M. (2011), *Creating Shared Value. How to reinvent capitalism — and unleash a wave of innovation and growth*, in "Harvard Business Review", 89, n. 1-2 (January–February 2011), pagg. 62–77.

28 Pesenti L. (2019), *Il welfare in azienda. Imprese smart e benessere dei lavoratori*, Vita e Pensiero, Milano.

E veniamo all'ultimo passo. Sempre più forte si leva dalla società una richiesta di informazioni che vadano al di là dei semplici dati finanziari, e che includano notizie sulle policy aziendali finalizzate ad affrontare i rischi cosiddetti ESG[29] (ambientali, sociali e di governance), in modo da avere, così, una migliore visione del valore organizzativo e della direzione futura di un'azienda in un'ottica di effettiva sostenibilità. Sotto questa spinta, si registra un significativo rafforzamento della volontà di dare visibilità (attraverso adeguate forme di *reporting*) alle pratiche di sostenibilità attuate dalle aziende.Tale rafforzamento determina un cambiamento importante nelle pratiche di rendicontazione aziendale.

OPSan ha così deciso, per la prima volta, di effettuare una ricerca ad ampio spettro per indagare il fenomeno delle donazioni aziendali effettuate dall'industria farmaceutica che, nel tempo, ha stretto rapporti di collaborazione con la Fondazione Banco Farmaceutico. Era un tassello mancante nell'ormai decennale approfondimento dei diversi aspetti di quella "cultura del dono" che rende possibile il sostegno continuativo di centinaia di migliaia di persone in condizione di povertà sanitaria. Nei Rapporti di OPSan, oltre alle tradizionali rilevazioni sulla filiera del dono, sono così stati progressivamente sviluppati i seguenti studi: **A)** indagine-pilota sulla partecipazione alla GRF nella città di Milano (2015) **B)** indagine campionaria sui donatori in occasione della GRF (2016) **C)** analisi approfondita sulle dimensioni organizzative di un campione di enti (2019) **D)** ampio audit sulle capacità di risposta degli enti in piena emergenza pandemica (2020).

Mancava, come si è detto, un approfondimento scientificamente robusto sul mondo delle aziende: con il Rapporto 2022 possiamo finalmente colmare questa lacuna.

29 L'**acronimo ESG** sta per *Environment, Social, Governance* e indica i tre aspetti macro su cui le aziende che scelgono di aderire al protocollo internazionale hanno intenzione di concentrarsi, garantendo il rispetto di alcune misure e fissando obiettivi da perseguire nel medio e lungo periodo.

→ 4.2 Dieci anni di donazioni aziendali

Nei dieci anni di operatività di OPSan, il sistema delle donazioni aziendali si è sviluppato in modo molto rilevante. La crescita è stata particolarmente robusta soprattutto negli ultimissimi anni (→ TABELLA 4.1). Come si può osservare, le dinamiche evidenziate sono molto diverse in ragione della tipologia del prodotto donato.

→ TABELLA 4.1 Numero di confezioni ricevute (accettate e ripartite) dalle aziende per classe di farmaco. Italia, anni 2013-2022

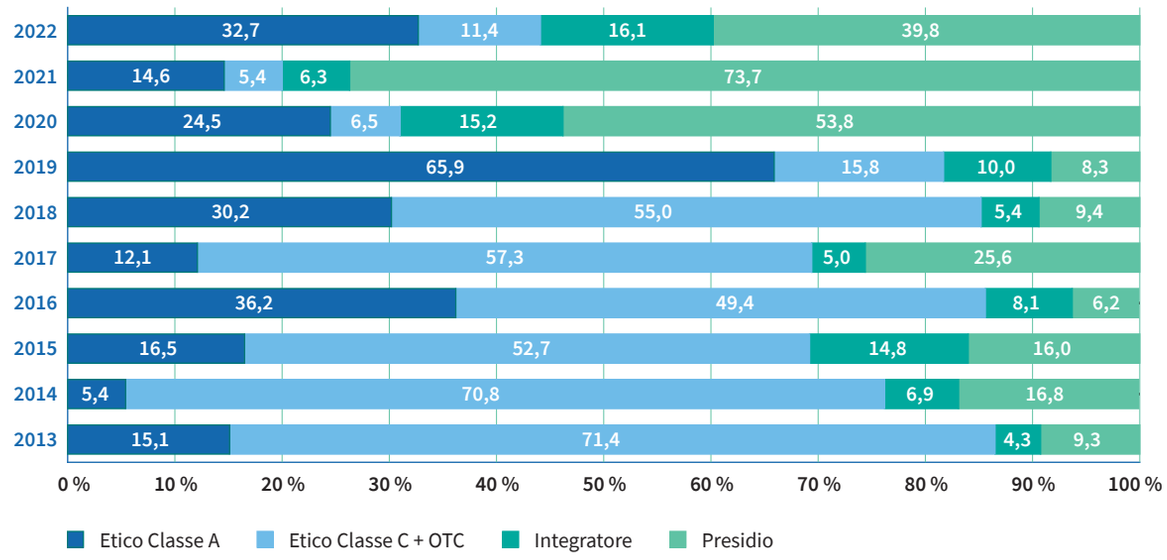
Anno	Etico classe A	Etico classe C + OTC	Integratore	Presidio	Confezioni totali
2013	86.216	407.618	24.311	53.017	571.162
2014	56.017	727.587	71.118	173.147	1.027.869
2015	203.257	648.693	181.591	196.824	1.230.365
2016	482.482	657.913	108.458	82.681	1.331.534
2017	104.369	493.929	42.945	220.177	861.420
2018	190.445	347.338	34.023	59.376	631.182
2019	632.248	151.151	96.346	79.730	959.475
2020	413.307	110.353	257.182	908.382	1.689.224
2021	423.243	157.237	182.457	2.132.851	2.895.788
2022	1.011.041	352.295	498.104	1.229.434	3.090.874

FONTE: Elaborazioni OPSan su dati rilevati.

Un'osservazione d'insieme segnala un evidente rallentamento tra il 2016 e il 2018, con una contrazione di tutte le tipologie di farmaci (compresi gli integratori), e un rimbalzo molto evidente nel 2019 per i soli farmaci etici di classe A, categoria che comprende i farmaci essenziali e quelli per le malattie croniche, interamente rimborsati dal SSN (fatto salvo il pagamento di un ticket). Resterà bassa fino al 2021, invece, la quota di farmaci etici di classe C e OTC (non coperti, cioè, dal SSN). La pandemia ha rappresentato un vero *turning point* invece per le donazioni di DPI (dispositivi di protezione individuale come mascherine e guanti): prima del 2020 rappresentavano una componente piuttosto marginale del totale (si vedano le percentuali in → FIGURA 4.1), mentre dal 2020 diventano di gran lunga la componente *core* delle donazioni, superando nel 2021 i 2 milioni di pezzi donati e portando il totale delle donazioni da meno di 1 milione di pezzi nel 2019 agli oltre 3 milioni del 2022.

Sempre nel 2022, si registra una forte ripresa tra le donazioni di tutte le categorie, che risultano più che raddoppiate tra i farmaci e triplicate nel caso degli integratori. Ne risulta una distribuzione percentuale che torna maggiormente in equilibrio rispetto agli ultimi due anni, pur restando molto alta (pari al 39,8% del totale) la quota relativa ai presidi.

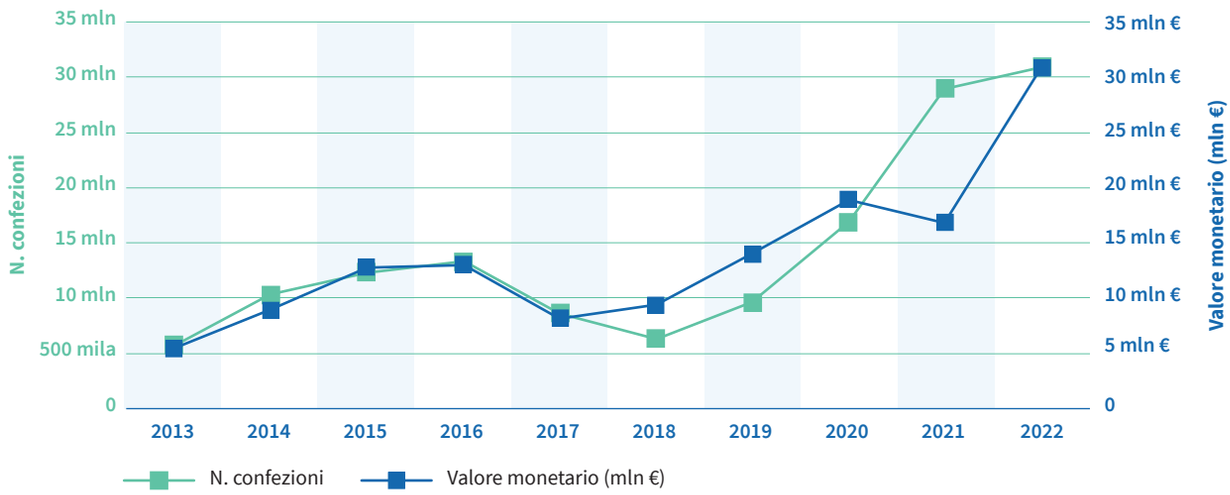
→ **FIGURA 4.1 Distribuzione percentuale per classe di farmaco delle confezioni ricevute (accettate) dalle aziende. Italia, anni 2013-2022**



FONTE: Elaborazioni OPSan su dati rilevati.

Dal punto di vista economico, il decennio mostra una mobilitazione di farmaci che si fa progressivamente più imponente anche dal punto di vista dei valori economici equivalenti (→ **FIGURA 4.2**). Nel 2013 il valore medio delle confezioni donate era pari a 8,2 euro, per un totale di 4.685.033 euro. Le stime relative al 2022, calcolate tenendo conto dei dati registrati da inizio anno e fino al 6 novembre (giorno di estrazione delle informazioni) segnalano un valore complessivo pari a 26,5 milioni di euro, con una crescita del valore medio per confezione donata di 40 centesimi (il valore medio stimato è 8,6 euro).

→ **FIGURA 4.2 N. confezioni e relativo valore monetario dei farmaci donati dalle aziende. Italia, anni 2013-2022**



FONTE: Elaborazioni OPSan su dati rilevati.

→ 4.3 La ricerca

La ricerca sviluppata dal team di ricerca OPSan[30] si è rivolta alle 104 aziende farmaceutiche coinvolte nel sistema delle Donazioni Aziendali di Banco Farmaceutico. Preventivamente sono state effettuate alcune interviste a figure dirigenziali di quattro aziende, per mettere meglio a fuoco l'oggetto della ricerca e le sue dimensioni fondamentali.

Al termine di questa fase preparatoria è stato somministrato un questionario, tramite la piattaforma *Qualtrics*, alla totalità delle aziende prima richiamate, con l'obiettivo di indagare 7 aree di analisi prioritarie:

a. Le caratteristiche strutturali delle aziende
b. La natura delle donazioni e le procedure organizzative e logistiche previste
c. Le motivazioni che hanno portato l'azienda a impegnarsi in questa attività donativa
d. Le modalità di relazione con Banco Farmaceutico e con eventuali altri partner di donazioni
e. I benefici (interni ed esterni) valutati dall'azienda
f. Le trasformazioni determinate dal periodo di emergenza pandemica
g. L'eventuale utilizzo della partnership con Banco Farmaceutico per scopi comunicativi (interni ed esterni).

Si tratta dunque di un ampio spettro analitico, che intende illustrare nel modo più completo possibile un oggetto ancora non indagato nell'ambito della ricerca scientifica italiana.

4.3.1 Caratteristiche strutturali del campione

Al termine del periodo di raccolta dei dati attraverso la web-survey, sono state registrate informazioni complete da parte di 57 aziende farmaceutiche[31], distribuite dal punto di vista dimensionale secondo quanto indicato nella → **TABELLA 4.2**.

La maggioranza relativa delle imprese presenta meno di 50 dipendenti, mentre solo 13 aziende possono rientrare a pieno titolo nel novero delle "grandi imprese". Più variegata la composizione per fatturato annuo: se 16 aziende dichiarano meno di 10 milioni di euro, 11 superano invece i 50 milioni.

Vi è dunque un primo dato interessante: il fenomeno della donazione si presenta come relativamente trasversale, coinvolgendo piccole, medie e grandi aziende con livelli di fatturato assai disomogenei.

30 La direzione scientifica della ricerca è stata affidata al prof. Luca Pesenti, associato di Sociologia generale in Università Cattolica. Per la fase di contatto con le aziende coinvolte nella fase di preparazione del questionario e nella fase di predisposizione degli elenchi delle aziende da coinvolgere nell'indagine si ringrazia la dott. ssa Silvia Bini (Fondazione Banco Farmaceutico).

31 Il tasso di risposta è dunque risultato prossimo al 50% dopo aver effettuato tre solleciti. Si tratta di un tasso di risposta particolarmente significativo per questo tipo di tecnica d'indagine a cui aderisce mediamente il 30% dell'universo.

Utilizzando come variabile di classificazione la numerosità dei lavoratori dipendenti, si può dire che il 36,8% del campione è composto da aziende di piccole dimensioni (<50 dipendenti), il 40,4% da imprese di medie dimensioni (da 51 a 249 dipendenti), mentre il restante 22,8% rientra tra le grandi aziende.

→ **TABELLA 4.2 Dimensioni strutturali del campione di aziende (valori assoluti)**

Fatturato	N. dipendenti				
	Meno di 50 dipendenti	Da 50 a 100 dipendenti	Da 101 a 250 dipendenti	Oltre 250	TOTALE
Fino a 10 milioni	13	0	1	2	16
Da 10,01 a 20 milioni	5	4	1	0	10
Da 20,01 a 50 milioni	2	2	7	0	11
Oltre i 50 milioni	1	0	8	11	20
TOTALE	**21**	**6**	**17**	**13**	**57**

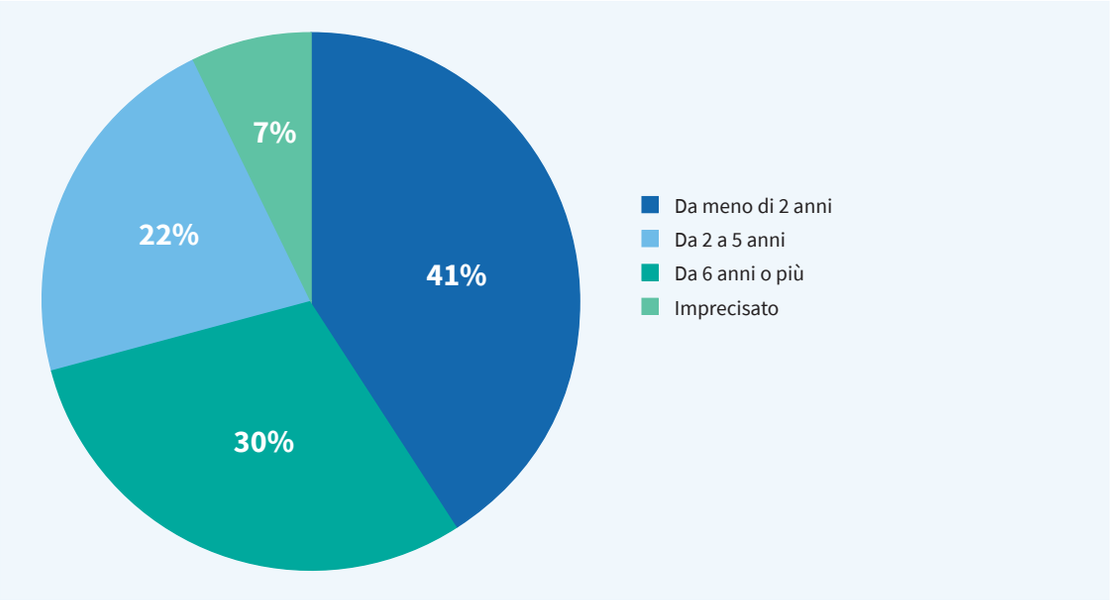
FONTE: Elaborazioni OPSan su dati rilevati.

4.3.2 La collaborazione con la Fondazione Banco Farmaceutico

Per completare la fotografia del campione coinvolto nell'indagine è utile descrivere le modalità con cui si sono strutturate le relazioni con la Fondazione. È bene, innanzitutto, segnalare come la larga maggioranza delle aziende (82%) siano coinvolte nella partnership con la finalità esclusiva di donare farmaci; solo 8 aziende associano a questa forma di donazione anche erogazioni monetarie di tipo liberale, mentre una quota residuale di 2 aziende si limita a praticare quest'ultima tipologia di donazione.

Si tratta per lo più di aziende coinvolte in tempi relativamente recenti, dal momento che ben il 41,1% di esse collabora con la Fondazione da meno di due anni, mentre una su tre (30,4%) collabora da 6 o più anni (→ **FIGURA 4.3**).

→ **FIGURA 4.3 Anni di collaborazione tra l'azienda e FBF (valori %)**



FONTE: Elaborazioni OPSan su dati rilevati.

Per finire, la maggioranza delle aziende intervistate (70,5%) dichiara di effettuare donazioni "on demand", dunque dietro sollecitazione diretta da parte di Banco Farmaceutico. Tra queste, solo una ha predisposto una procedura standard per conferimenti costanti. A queste, si aggiungono altre tre realtà che effettuano donazioni esclusivamente a seguito di un processo di proceduralizzazione per la gestione di eccedenze o comunque di politiche di donazione connesse alla strategia aziendale. Sono in tutto il 30,5% le aziende che predispongono donazioni in modo "reattivo", su esplicita richiesta da parte della Fondazione.

Occorre tuttavia sottolineare come anche tra queste ultime aziende esistano procedure ben definite per rispondere alle richieste di aiuto; 4 aziende intervistate su 10 hanno, quindi, dichiarato l'esistenza di una procedura standard per la gestione delle donazioni. Il dettaglio di queste procedure è molto ampio: si va dalla predisposizione di un *tool digitale* che gestisce la partita (accessibile direttamente, per le richieste, anche a Banco Farmaceutico), a meccanismi più complessi per ottenere autorizzazioni dai CEO, dalle direzioni amministrative o anche dalla casa madre (nel caso di gruppi e multinazionali). Più rara è, invece, l'analisi sistematica (anche settimanale) degli stock di magazzino finalizzata a individuare i prodotti prossimi alla scadenza e dunque donabili in tempi rapidi per evitare lo smaltimento.

Siamo dunque di fronte a una casistica molto ampia, rispetto alla quale sarebbe plausibile immaginare processi di miglioramento e semplificazione, sia da parta della Fondazione, sia da quella delle aziende. Le complessità di questo tipo di donazione sono note, ma dall'analisi emerge anche (e forse soprattutto) uno spazio di manovra per definire processi più omogenei, pur nel rispetto delle specificità di ciascun donatore.

4.2.3 Ulteriori collaborazioni

Le aziende che collaborano esclusivamente con la Fondazione sono la minoranza del campione (27 su 57). La maggioranza delle aziende ha dunque partnership anche con altri soggetti (→ TABELLA 4.3), tra cui, anzitutto, la Croce Rossa Italiana (scelta da 13 aziende), la Caritas (9), Fondazione Rava (8). Ci sono, inoltre, 13 forme di collaborazione, con realtà grandi (come, per esempio, la Comunità di Sant'Egidio) o con soggetti minori di tipo territoriale. Due terzi di queste 30 aziende hanno rapporti soltanto con un secondo partner oltre Banco Farmaceutico.

→ TABELLA 4.3 Altre collaborazioni con organizzazioni non profit (valori assoluti)

	Frequenza
Croce Rossa	13
Altro (specificare)	13
Caritas	9
Fondazione Rava	8

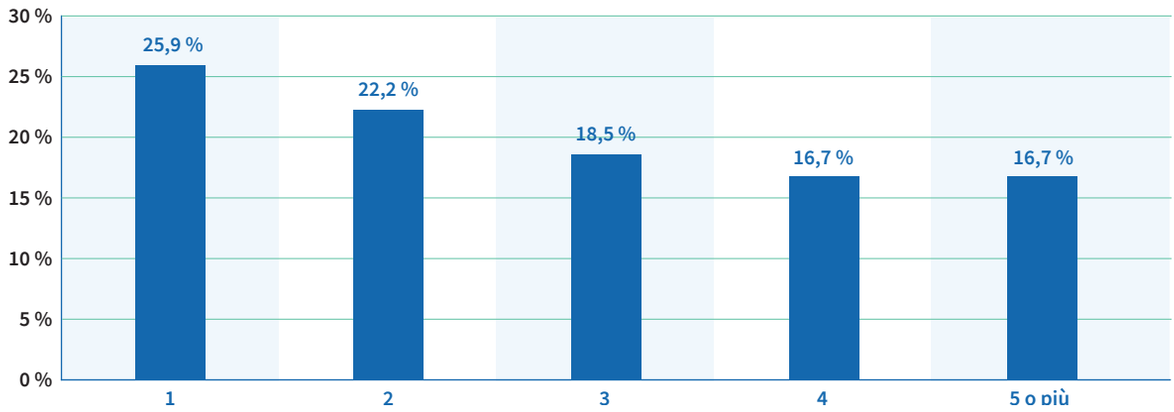
FONTE: Elaborazioni OPSan su dati rilevati.

→ 4.4 Le risorse umane coinvolte

L'elevata complessità ed eterogeneità organizzativa che abbiamo appena descritto trova ovvia corrispondenza nella numerosità e nella specificità delle risorse umane coinvolte nei processi che portano alla gestione delle donazioni.

Lo si evince per esempio dalla → FIGURA 4.4: circa un'azienda su quattro (25,9%) prevede che il processo sia in capo a una sola persona, nella metà dei casi responsabile della logistica, più raramente figure intermedie sempre nell'ambito della logistica, in alcuni casi responsabili marketing.

→ FIGURA 4.4 Numero di dipendenti coinvolti nel processo di donazione (valori %)



FONTE: Elaborazioni OPSan su dati rilevati.

Il dato interessante è l'estrema varietà delle figure coinvolte, come si evince dalla → TABELLA 4.4. Comprensibilmente, nella maggioranza delle aziende (40 su 56 intervistate) il responsabile della logistica partecipa attivamente al processo della donazione, supportato, in oltre la metà dei casi, da una figura intermedia, proveniente anch'essa dalla logistica.

Le figure apicali, come l'amministratore delegato e il direttore generale, partecipano alle decisioni in 26 casi, mentre in 25 aziende ha un ruolo attivo anche il direttore finanziario (restano meno diffuse le altre figure). Soltanto in 7 aziende l'AD o il DG sono l'unica figura decisionale implicata: non a caso si tratta di aziende di piccole dimensioni, con meno di 50 dipendenti e livelli di fatturato ridotto, dunque con livelli di organizzazione interna semplificati rispetto a quelli di aziende più grandi. Contestualmente, le aziende in cui la figura implicata nel processo decisionale delle donazioni proviene dalla Direzione logistica sono medio-piccole. Comprensibilmente, al crescere delle dimensioni aziendali diventa più complessa la procedura interna legata alle donazioni e, dunque, aumentano le figure coinvolte. In soli due casi tra le aziende di grandi dimensioni la figura coinvolta è il direttore della comunicazione; si tratta, in questi casi, di una chiara indicazione della strategia utilizzata, orientata prevalentemente, cioè, alla CSR e alla comunicazione esterna delle attività a essa correlate.

→ TABELLA 4.4 Tipologia delle figure specialistiche coinvolte nelle donazioni per numero di aziende

Figura coinvolta	N.
Responsabile logistica	40
Figure intermedie della logistica	30
AD / DG	26
Direttore finanziario	25
Responsabile marketing	14
Direttore comunicazione	12
Area compliance/regulatory/legal	6
Direzione commerciale	3
Direzione amministrativa	2

FONTE: Elaborazioni OPSan su dati rilevati.

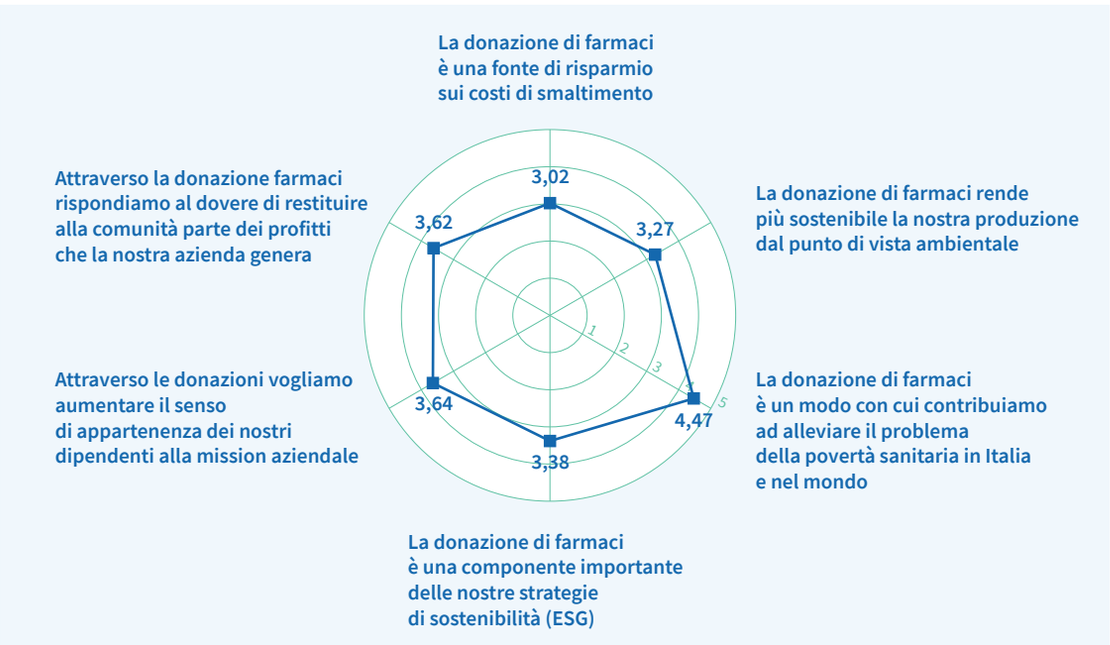
→ 4.5 Le motivazioni delle donazioni

Quest'ultima considerazione ci spinge al cuore delle motivazioni che spingono le aziende a donare medicinali. Come già si è osservato, l'elemento trainante di queste *policies* aziendali può essere di varia natura. Può essere ancorato a motivazioni di efficienza (rispetto ai costi di smaltimento dell'invenduto), di clima interno (legato dunque a politiche di *human resources*), oppure può derivare da un insieme di motivazioni di carattere etico, a cavallo tra politiche di CSR e logiche di "valore condiviso".

Per verificare quale fosse tale elemento trainante è stata predisposta una batteria di domande in cui era prevista una risposta a partire da una scala di rilevanza da 1 (motivazione del tutto rilevante) a 5 (motivazione assolutamente irrilevante).

Il "radar" presentato nella → **FIGURA 4.5** chiarisce come la motivazione etica – collegata al contributo che l'azienda può dare per alleviare il problema della povertà sanitaria – sia ampiamente prevalente, raggiungendo un punteggio medio di 4,47 (sui 5 disponibili). La motivazione meno rilevante è invece quella "utilitarista", legata cioè alla possibilità di sfruttare le donazioni come un mezzo per abbattere gli eventuali costi di smaltimento (punteggio 3,02). Più o meno sulla stessa linea (con uno scarto assai ridotto, limitato a 0,4 punti) sono invece le altre motivazioni collegate alle politiche di CSR, alle strategie di sostenibilità (ambientali e non solo) e alla logica del "valore condiviso" (in particolare con i dipendenti dell'azienda)[32].

→ **FIGURA 4.5 Motivazioni della scelta di effettuare donazioni (punteggi medi su scala 1-5)**



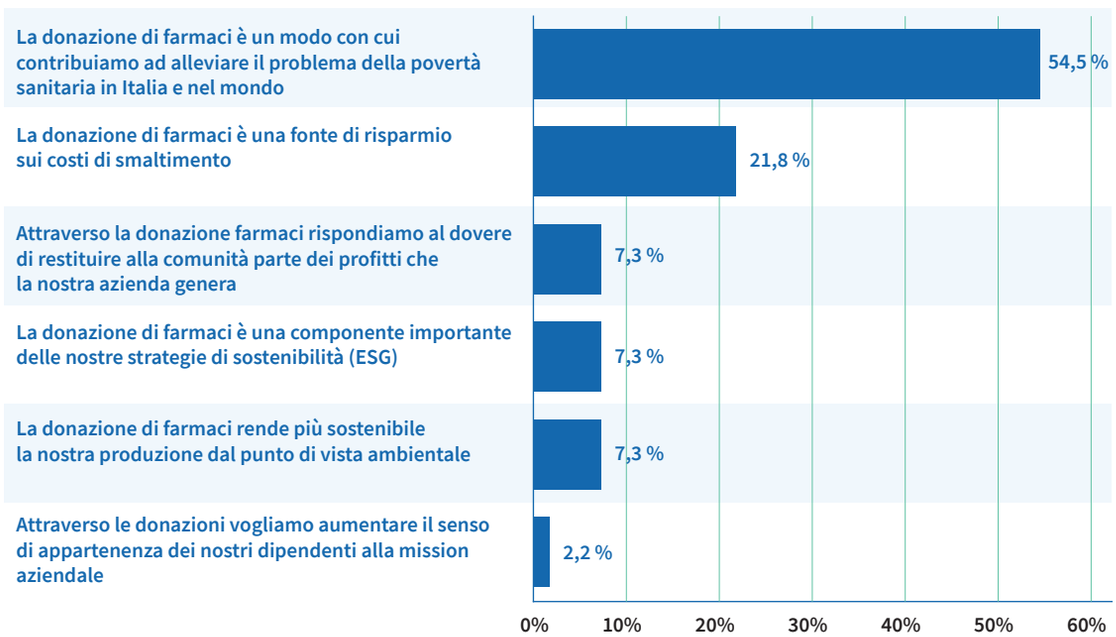
FONTE: Elaborazioni OPSan su dati rilevati.

32 L'effettuazione di un'analisi fattoriale sulle sei domande qui commentate evidenzia come il fattore 1 (legato proprio a queste motivazioni di carattere sociale e di sostenibilità in senso ampio) spieghi il 53% della varianza, mentre il secondo fattore (utilitaristico, anche rispetto ai benefici ambientali) spiega un ulteriore 21,2%.

L'analisi fin qui effettuata assume caratteri più precisi grazie a una successiva domanda, in cui si è forzata l'azienda a identificare la motivazione prevalente in assoluto rispetto a tutte le altre (→ FIGURA 4.6). Più della metà delle aziende intervistate (54,5%) definisce la propria *policy* sulle donazioni con una forte caratterizzazione sociale e di alleviamento del problema della povertà. Sorprendentemente si presenta invece al secondo posto la motivazione "utilitarista" (21,8%), mentre tutte le altre motivazioni sono segnalate come prevalenti da un numero assai ridotto di aziende.

Ci troviamo dunque di fronte a una polarizzazione tra motivazioni orientate al "bene comune" e motivazioni di stampo utilitarista, mentre restano sullo sfondo gli elementi legati alla sostenibilità. Si tratta di una polarizzazione generale, che non trova relazioni statisticamente significative con la dimensione aziendale e neppure con la "longevità" della collaborazione con Banco Farmaceutico: si tratta, evidentemente, di culture aziendali radicate.

→ **FIGURA 4.6 Motivazione prevalente della donazione (valori %)**



FONTE: Elaborazioni OPSan su dati rilevati.

→ 4.6 La scelta del Banco Farmaceutico come partner

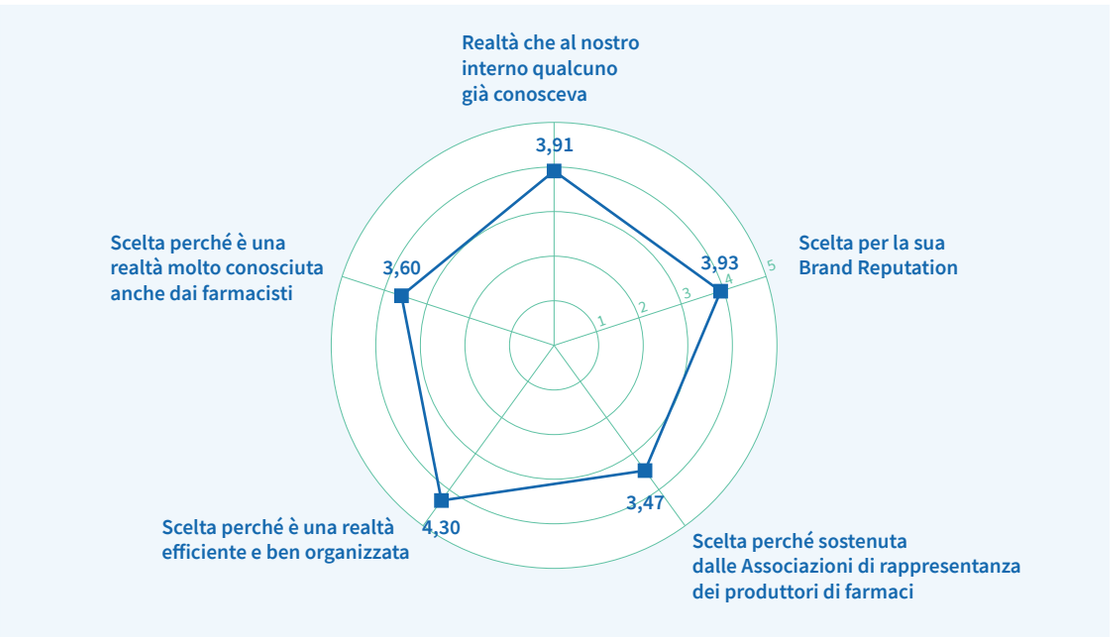
Come si è visto nel paragrafo 1, le aziende intervistate intrattengono rapporti di collaborazione con una pluralità di soggetti e per meno della metà (27) la Fondazione è l'unico partner nel campo delle donazioni aziendali. Proprio per questo risulta di particolare interesse verificare le motivazioni che hanno spinto le aziende ad attivare una relazione operativa con Banco Farmaceutico.

Considerando l'intero campione (→ **FIGURA 4.7**) risalta un elemento piuttosto chiaro: la scelta di Banco Farmaceutico è determinata soprattutto da motivazioni legate alla qualità e alla buona reputazione della Fondazione (in entrambi i casi con un punteggio medio di rilevanza della motivazione molto prossimo o superiore al valore 4).

Il massimo punteggio raggiunto (4,3) è legato al riconoscimento della Fondazione quale realtà ben organizzata ed efficiente: un partner affidabile, quindi, per gestire efficacemente le non semplici operazioni di gestione di un prodotto particolarmente delicato qual è il farmaco. Anche la motivazione relazione è alta, ed è legata evidentemente a rapporti fiduciari (e dunque anch'essi *proxy* di un'immagine positiva del marchio) da parte di dipendenti dell'azienda.

Se isoliamo le aziende che hanno rapporti esclusivi con la Fondazione, il riconoscimento di efficienza organizzativa e gestionale raggiunge il punteggio di 4,2, mentre tutte le altre motivazioni si collocano sotto la media di 3,7.

→ FIGURA 4.7 Motivazioni della scelta della Fondazione come partner (punteggi medi su scala 1-5)



FONTE: Elaborazioni OPSan su dati rilevati.

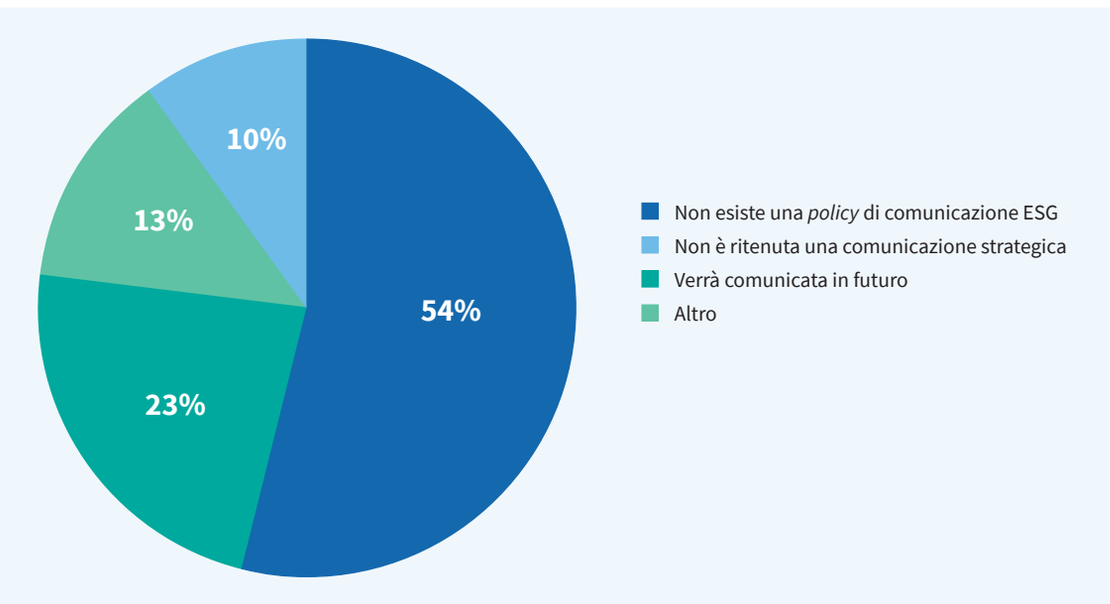
4.6.1 La comunicazione (mancata) della partnership

L'esplicito attestato di stima per la realtà organizzativa di Banco Farmaceutico non si traduce però (sorprendentemente) in attività di comunicazione della partnership. Ben il 66,7% delle aziende intervistate dichiara infatti di non comunicare la propria partnership, né internamente, né esternamente. Soltanto 1/3 del campione effettua campagne di comunicazione: il 24,6% lo fa rispetto ai propri dipendenti, il 15,8% verso un pubblico generalista e solo il 5,3% comunica la partnership ai propri stakeholder.

Il motivo principale dell'assenza di comunicazione è legato, nella maggioranza dei casi, a ragioni di natura strutturale (→ **FIGURA 4.8**): il 53,8% delle aziende di questo gruppo non prevede *policy* specifiche legate agli obiettivi di sostenibilità (ESG), entro i quali rientrano evidentemente anche le attività di donazione di medicinali. Va per altro segnalato che quasi 1/4 di questo sottogruppo (cioè 9 aziende) afferma che la comunicazione dell'attività di donazione è in fase di pianificazione. Nell'arco di alcuni mesi, quindi, si prefigurano forme di comunicazione istituzionale.

Stante il ridotto numero di risposte, appare inopportuno approfondire l'analisi relativa ai canali di comunicazione utilizzati dalle imprese. Su un punto però ci pare necessario soffermarci: nessuna azienda ha introdotto il caso della partnership con Fondazione Banco Farmaceutico nel proprio Bilancio di Sostenibilità. Si tratta di una mancanza per certi versi sorprendente. Tuttavia, in futuro, è forse possibile immaginarne l'inserimento perché, a nostro avviso, darebbe maggior completezza alle strategie di sostenibilità comunicate dall'azienda.

→ **FIGURA 4.8 Motivazioni della scelta di non comunicare la partnership con Fondazione Banco Farmaceutico (valore %)**



FONTE: Elaborazioni OPSan su dati rilevati.

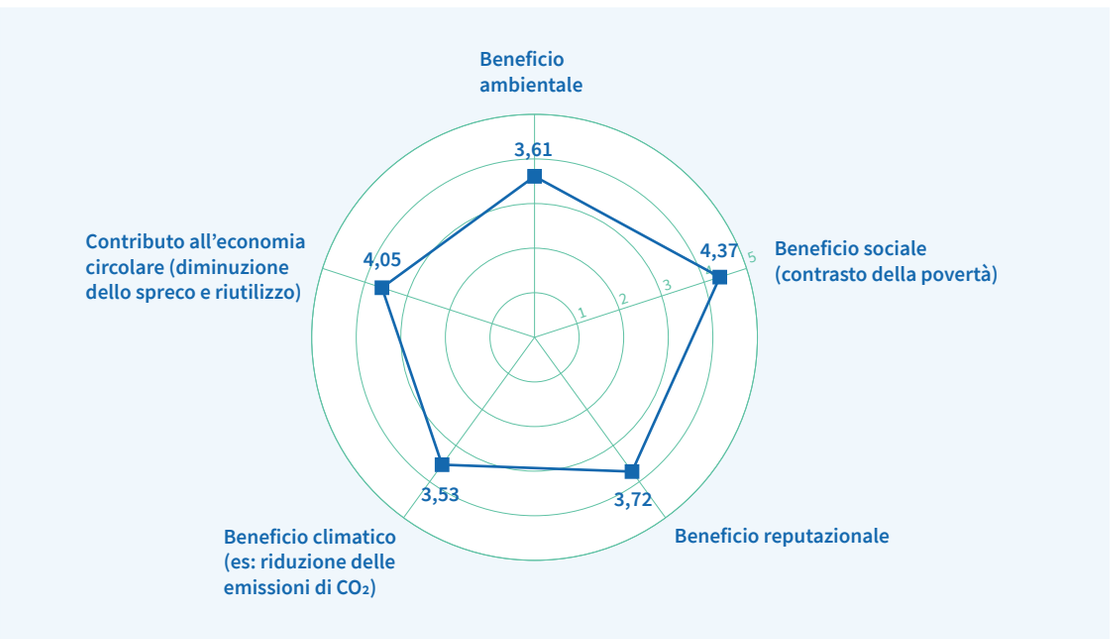
4.6.2 I benefici delle donazioni

Il basso livello di comunicazione determina anche una scarsa attenzione alla quantificazione dei benefici prodotti dalla partnership, che di fatto nessuna azienda riesce a identificare con chiarezza.

Appare dunque ancora più interessante effettuare una valutazione del beneficio percepito da parte delle aziende, proponendo anche in tal caso di esplicitare un punteggio di rilevanza su una scala da 1 a 5 (→ **FIGURA 4.9**).

In perfetta continuità con quanto osservato in precedenza (si veda per esempio la → **FIGURA 4.3**), il principale beneficio percepito è di natura sociale; riguarda, cioè, la capacità di contribuire alla difficile battaglia per contrastare la povertà (punteggio medio 4,37). È, inoltre, interessante il superamento del punteggio 4 in relazione alla motivazione legata al contributo alla lotta contro lo spreco (4,05) e dunque all'impegno della società per lo sviluppo di forme di economia circolare. Non si tratta di una risposta banale e scontata: l'economia circolare è infatti concepita di regola come un meccanismo di riutilizzo dentro logiche di acquisto-utilizzo-rivendita, mentre poco o nessuno spazio hanno di solito i meccanismi di circolarità esterna alle dinamiche di mercato, determinate dallo spostamento di un bene dal mercato delle merci al circuito del dono e della carità. Sembra dunque esserci una specifica cultura della circolarità, che incorpora al proprio interno anche la carità. Meno rilevanti, dal punto di vista degli intervistati, sono invece i benefici reputazionali (coerentemente con la mancata comunicazione delle attività di donazione) e quelli legati all'ambiente (in tutti e tre i casi il punteggio medio è inferiore a 3,8).

→ **FIGURA 4.9 Benefici percepiti dall'attività di donazione (punteggi medi su scala 1-5)**



FONTE: Elaborazioni OPSan su dati rilevati.

4.6.3 L'impatto della pandemia

Come ultimo aspetto di approfondimento, la ricerca ha indagato l'impatto determinato dalla pandemia sulle modalità di gestione delle donazioni. Si è trattato di un momento delicato, che ha messo alla prova molte organizzazioni (soprattutto del terzo settore, come abbiamo segnalato nel Rapporto 2020), ma che pare non abbia avuto impatti rilevanti sulle aziende, che nella stragrande maggioranza dei casi (50 aziende su 57) hanno dichiarato di essere riusciti a mantenere intatte le consuete modalità di gestione (le altre aziende, invece, hanno dovuto rivedere la frequenza delle donazione e i destinatari).

Nel caso dell'industria farmaceutica, quindi, è stato necessario ripensare la procedura, i controlli si sono fatti più accurati, oppure sono cambiati i processi di autorizzazione. Ma, come si è detto, il sistema si è dimostrato ampiamente resiliente.

→ 4.7 Considerazioni finali

A conclusione di questa prima, seppur parziale, esplorazione nel mondo delle aziende donatrici, il quadro che emerge è sfaccettato.

Dal punto di vista organizzativo, la partnership con Banco farmaceutico appare molto solida, particolarmente apprezzata non solo per la sua reputazione, ma anche per le sue caratteristiche di efficienza operativa. Ciò appare particolarmente significativo dopo il passaggio complicatissimo determinato dalla pandemia. La Fondazione è dunque considerata un partner affidabile, specialmente (come indicano i valori di gradimento più elevati) per le aziende che hanno in essere anche altri rapporti di collaborazioni con realtà di terzo settore attive nell'ambito della povertà sanitaria.

Dal punto di vista delle aziende traspare invece un'importante area di sviluppo della partnership nell'ambito delle policy sia di responsabilità sociale (CSR) sia di sostenibilità (ESG). Le motivazioni addotte per giustificare l'impegno rispetto alle donazioni profilano queste aziende con un tratto di reale interesse alla riduzione dello svantaggio sanitario determinato dalla povertà: se le aziende comunicassero questa sensibilità, probabilmente contribuirebbero a rendere la società italiana ancora più consapevole della povertà sanitaria e dei propri sforzi (compiuti insieme al mondo delle farmacie) per alleviarla.