

# Povert  sanitaria ed inaccessibilit  al farmaco in Italia

di Angela Pacilio

*Dottoressa in Sviluppo Economico, Cooperazione Internazionale Sociosanitaria e Gestione dei Conflitti*

---

*La condizione di indigenza sanitaria in Italia rappresenta una realt  che affligge una quota consistente, anche se invisibile, di persone e mette in evidenza una marcata disparit  nell'accesso ai servizi sanitari che acutizza le disuguaglianze sociali.*

---

## Breve storia delle riforme sanitarie in Italia

Dopo la seconda guerra mondiale l'Organizzazione Mondiale della Sanit  (OMS) per la prima volta nella storia stabil  il diritto alla salute come diritto fondamentale e, nel 1946, ne diede una nuova definizione affermando che questa deve essere *“una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermit .”*<sup>1</sup>

Questo diritto viene fatto proprio da tutti i paesi europei. La Gran Bretagna per prima accoglie il pensiero espresso dall'OMS in materia di salute e nel 1948 stabilisce un nuovo sistema sanitario che si rifa al concetto universalistico dell'accesso alle cure e al diritto alla salute. L'assistenza sanitaria britannica viene cos  garantita gratuitamente a tutti e viene finanziata attraverso fiscalit  generale, dato che fino a quel momento l'assistenza sanitaria era solo riservata ai lavoratori attraverso le cosiddette casse mutue.<sup>2</sup>

L'Italia dedica al “tema salute” l'art. 32 della Costituzione italiana, in cui si afferma che la Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e nell'interesse della collettivit . Si afferma inoltre l'universalit  del diritto alla salute, a prescindere dalla cittadinanza.

In Italia il sistema sanitario si   basato sulle casse mutue fino al 1978, quando l'allora governo col ministro della sanit  Vittorino Colombo, introduce la Legge n. 833/78 che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).<sup>3</sup>

I due principi su cui si fonda il SSN riguardavano:

- la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettivit ;
- la tutela della salute fisica e psichica che doveva avvenire nel rispetto della dignit  e della libert  della persona umana.

Il SSN fu concepito come il complesso delle funzioni, strutture, servizi e attivit  destinati alla promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni personali o sociali e con modalit  che assicurassero l'eguaglianza sostanziale dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del SSN competeva allo stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Il ruolo del governo centrale era quello della programmazione nazionale nel campo delle malattie sia croniche che transitorie e definiva anche quali dovevano essere le risorse da destinare alla sanit , stabilendone il

---

<sup>1</sup> «Salute - Manual for Human Rights Education with Young people - [www.coe.int](http://www.coe.int)». Manual for Human Rights Education with Young people, <https://www.coe.int/it/web/compass/health>.

<sup>2</sup> Le Casse Mutue erano degli enti assicurativi che affondano le loro radici nelle societ  operaie dell'800, quando i lavoratori salariati iniziano ad associarsi e a mettere in comune risorse per assicurarsi dai rischi della vita.

<sup>3</sup> P.Bonanni, G.Bonaccorsi, G.Gavino, Manuale di igiene e sanit  pubblica, Carrocci Faber, 2021, pp. 105-109

budget nella legge finanziaria. Alle regioni spettava un compito meramente organizzativo, mentre il livello gestionale era affidato ai comuni che operavano attraverso le Unità sanitarie locali.<sup>4</sup>

Le USL, secondo la legge n.833/78, avevano una popolazione assistita che variava dalle 50 alle 200 mila persone. Era responsabilità del comune individuare le persone che avrebbero fatto parte del comitato di gestione, all'interno del quale veniva nominato un presidente. Inoltre era previsto un ufficio di direzione che si articolava in ospedali, distretti e dipartimenti per la prevenzione.

Questo modello funzionerà fino al 1992, anno in cui il sistema cambierà radicalmente. In questo anno venne approvata la legge n. 502/92 che modificò il sistema sanitario vigente che era stato istituito con la legge n.833 del 1978. I motivi per cui si scelse di cambiare il sistema adottato fino a quel momento possono essere ricondotti ad una questione di sostenibilità finanziaria. I fondi stanziati dai comuni per il finanziamento annuale delle USL si basavano sulle spese effettive di ciascuna USL nell'anno precedente. Questo meccanismo finiva per premiare le USL meno efficienti e penalizzare le più virtuose che vedevano così ostacolati i propri progetti di ampliamento e miglioramento dei servizi offerti ai cittadini proprio a causa della limitata spesa pregressa.

Alla questione economica si rispose così consolidando alcuni aspetti della legge n.833/78, come la globalità degli interventi e il finanziamento attraverso fiscalità generale, ma mettendo in discussione il resto, come il ruolo dei comuni, delle unità sanitarie locali ed il finanziamento a piè di lista.

Le USL furono trasformate in aziende sanitarie locali (ASL) affidando la loro gestione non più ai comuni ma alle regioni. Le ASL dovevano rispettare il pareggio di bilancio e non veniva più concesso un rimborso sulla base della spesa storica, ma in base al numero degli abitanti.

Per ogni ASL si nominò un amministratore, simile all'amministratore-delegato di un'azienda e scomparvero il comitato di gestione e l'ufficio di direzione. Il direttore generale della ASL fu responsabilizzato della nomina delle figure tecniche come il direttore sanitario e il direttore amministrativo.

Fu introdotta un'altra novità: accanto alle ASL, vennero create le Aziende Ospedaliere, strutture sanitarie ad alta specializzazione che generalmente identificate in quelle universitarie.

Poco meno di dieci anni dopo la seconda riforma sulla sanità pubblica, nel 2001 troviamo la cosiddetta riforma del Titolo V della Costituzione in cui venivano modificate le funzioni dello stato e delle regioni.<sup>5</sup> Fino a quel momento le leggi dello stato dovevano essere integralmente applicate dalle regioni che potevano avere un ruolo nell'organizzazione delle ASL, ma non di tipo normativo. Con la modifica titolo quinto cambiarono le funzioni dello Stato e delle regioni. Allo stato fu assegnata l'unica funzione di definire le prestazioni di assistenza e alle regioni quella di decidere come applicarle insieme alla potestà legislativa. Da allora ogni regione si organizza a modo proprio (con le conseguenti note disuguaglianze tra regione e regione in termini sia di efficienza che di prestazione). L'unico intervento che lo stato può fare è sul bilancio. Le regioni in caso di deficit possono essere commissariate, viene imposto il rientro di bilancio e ogni decisione deve essere validata dal Ministero dell'Economia e Finanza.

A seguito della crisi del debito italiano del 2011 che impose drastici tagli alla spesa pubblica, il governo impose un blocco alla spesa sanitaria, centrato sul blocco del personale, che rappresentava la principale spesa del SSN. Le ASL furono costrette a bloccare le nuove assunzioni, sfavorendo così il ricambio di personale. Rispetto ad altri paesi europei, che hanno accresciuto la loro spesa sanitaria pubblica pro-capite nel decennio 2010-2020 l'Italia l'ha lasciata invariata. Il Sistema

---

<sup>4</sup> P.Bonanni, G.Bonaccorsi, G.Gavino, Manuale di igiene e sanità pubblica, Carrocci Faber, 2021 pp. 111-113

<sup>5</sup> P.Bonanni, G.Bonaccorsi, G.Gavino, Manuale di igiene e sanità pubblica, Carrocci Faber, 2021, pp. 115-116

Sanitario Nazionale è arrivato alle soglie della pandemia da SARS-Cov2 già stremato, circa 50 mila lavoratori, tra cui 8 mila medici e 40 mila infermieri.<sup>6</sup>

## Determinanti della salute e disuguaglianze

Per capire a fondo quello cosa produce la disuguaglianza sanitaria dobbiamo ricordare innanzitutto quali sono i determinanti della salute<sup>7</sup>, così come proposti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2005. Per maggior chiarezza, nella figura seguente si presenta la cosiddetta “piramide della salute”.

Figura 1 – I determinanti della salute



Fonte: P.Bonanni, G.Bonaccorsi, G.Gavino, Manuale di igiene e sanità pubblica, Carrocci Faber, 2021, p.117

“I determinanti della salute sono i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo, di una comunità o di una popolazione”.<sup>8</sup> Possono essere raggruppati in varie categorie:

- comportamenti personali e stili di vita
- fattori sociali
- condizioni di vita e di lavoro
- accesso ai servizi sanitari
- condizioni generali socioeconomiche, culturali ed ambientali
- fattori genetici.

Rispetto alla responsabilità del mantenimento di un buono stato di salute individuale si possono identificare due diversi modelli concettuali da cui derivano due antitetiche strategie di sanità pubblica. Il primo modello<sup>9</sup> è quello più utilizzato nel continente americano. Esso si fonda sull'identificazione di quattro gruppi di fattori che determinano lo stato di salute del cittadino ed a ciascun gruppo vien attribuito un “peso determinante specifico” espresso in percentuale. Si determina così che la responsabilità del mantenimento dello stato di salute individuale è determinato:

- per il 50% dai comportamenti che influiscono negativamente sulla salute (fumo, cibi molto calorici e poco nutrienti, sedentarietà, alcool, droghe, rapporti sessuali a rischio);

<sup>6</sup> P.Bonanni, G.Bonaccorsi, G.Gavino, Manuale di igiene e sanità pubblica, Carrocci Faber, 2021, p.117

<sup>7</sup> P.Bonanni, G.Bonaccorsi, G.Gavino, Manuale di igiene e sanità pubblica, Carrocci Faber, 2021, p. 61

<sup>8</sup> P.Bonanni, G.Bonaccorsi, G.Gavino, Manuale di igiene e sanità pubblica, Carrocci Faber, 2021 p.58

<sup>9</sup> Ibidem

- per il 20% dal contesto, tanto ambientale quanto sociale (povertà);
- per il 20% dal patrimonio genetico, quindi dalla predisposizione genetica a determinate malattie;
- e per il restante 10% dall'inaccessibilità alle cure (sanitarie, ospedaliere, ecc.).

Questo modello tende quindi ad enfatizzare la responsabilità individuale più che del contesto: se ci si ammala è perché non si è saputo gestire la propria salute in modo appropriato.

In Europa ci muoviamo invece lungo una linea concettuale diametralmente opposta: non si prevede una ripartizione percentuale delle responsabilità ma un modello a semicerchi concentrici, con una gerarchia di importanza per cui i cerchi più esterni hanno un peso specifico maggiore rispetto a quelli interni. Al centro troviamo età, sesso e fattori costituzionali, ovvero i fattori non modificabili. Tutte gli altri fattori (i semicerchi via via più esterni) sono invece modificabili: ad esempio nel secondo semicerchio si collocano gli stili di vita individuali, nel terzo le reti sociali e di comunità (che, contrariamente al modello americano, hanno un peso enorme sul nostro benessere psicologico, poiché l'isolamento relazionale produce non solo depressione, ma anche difficoltà nella vita quotidiana). Nel quarto semicerchio troviamo le condizioni di vita e di lavoro, ovvero il reddito e l'istruzione, l'accesso ad acqua sicura ed agli impianti igienici. Nell'ultimo semicerchio troviamo le condizioni socio-economiche, culturali e ambientali generali, per la cui valutazione oggettiva è necessario utilizzare indicatori come il PIL pro capite o il BES<sup>10</sup>.

Figura 2 – Condizioni socioeconomiche e ambientali condizionanti la salute

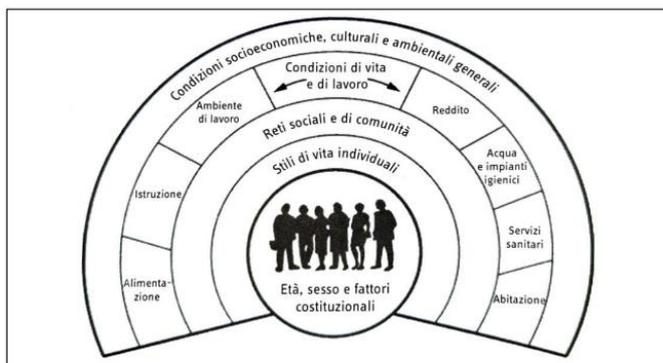
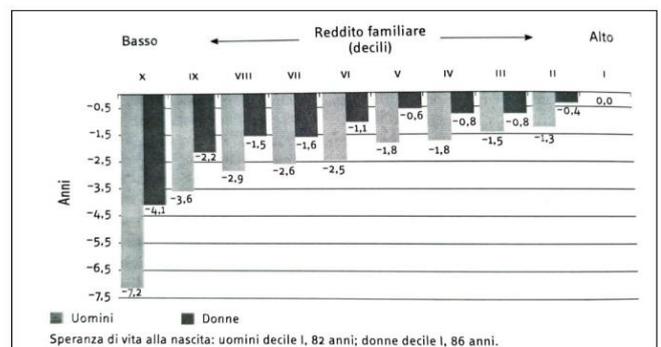


Figura 3 – Disuguaglianze nella speranza di vita alla nascita in relazione a differenti livelli di reddito, nella città di Torino



Fonte: P.Bonanni, G.Bonaccorsi, G.Gavino, Manuale di igiene e sanità pubblica, Carrocci Faber, 2021, p.61

Fonte P.Bonanni, G.Bonaccorsi, G.Gavino, Manuale di igiene e sanità pubblica, Carrocci Faber, 2021, p.58

## Covid-19 e disuguaglianze

La pandemia da Covid-19 ha inciso sulla popolazione italiana in modo tutt'altro che democratico.<sup>11</sup> Essa ha colpito in maniera diversa a seconda delle diverse collocazioni sociali. Si può quindi individuare una correlazione tra disuguaglianze preesistenti allo scenario pandemico e distribuzione del disagio sanitario nella fase storica della diffusione del virus. Le figure più fragili economicamente hanno avuto più probabilità di infettarsi sia a causa della maggiore difficoltà nel procurarsi dispositivi di sicurezza sia per l'inadeguatezza dei contesti abitativi, o ancora per il fatto di svolgere attività lavorative precarie e poco retribuite, spesso in nero, che non permettevano di adempiere alle mansioni assegnate con le dovute misure di sicurezza. Le persone più svantaggiate, inoltre, se infettate, avevano una maggiore probabilità di andare incontro a conseguenze più gravi derivanti dalla malattia a causa della maggior incidenza di patologie pregresse, di un'alimentazione

<sup>10</sup> PIL e BES: gradienti dell'economia rispettivamente definiti come prodotto interno lordo e benessere economico-sociale.

<sup>11</sup> Osservatorio delle Povertà e delle Risorse diocesane della Caritas di Lucca, 2022, p.54

inadeguata o di ritardi nella diagnosi. Si può affermare dunque che esiste un circolo vizioso tra povertà, scarsa salute, difficoltà lavorative, isolamento e processi di emarginazione che interessa in maniera significativa persone che dispongono di bassi livelli di risorse economiche, culturali e sociali<sup>12</sup>

Il contrasto alle disuguaglianze sanitarie costituisce un ambito di lavoro fondamentale per la promozione della giustizia sociale. Godere di un buon stato di salute e poter accedere in maniera tempestiva alle cure necessarie è un aspetto fondamentale per la definizione del livello di benessere di un singolo individuo come di una comunità. Esso permette di raggiungere migliori risultati sul fronte formativo, lavorativo, economico e sociale. In questo senso la preservazione dello stato di salute riduce in maniera significativa il rischio di cadere in povertà.

Il tema delle disuguaglianze sanitarie si ripercuote sul benessere della società nel suo insieme, per questo la riflessione intorno alla costruzione di sistemi sanitari in grado di non lasciare indietro nessuno assume importanza centrale. Il livello delle disuguaglianze di salute registrato in un dato territorio, al pari delle altre forme di disuguaglianza, può essere considerato come un indicatore di maggiore o minore coesione sociale e della capacità di garantire adeguati livelli di benessere e sicurezza alla popolazione.<sup>13</sup>

### **L'accesso ai farmaci in Italia**

Un aspetto particolare del diritto alla salute è rappresentato dall'accesso ai farmaci. Il concetto è stato definito come «l'equa disponibilità ed accessibilità economica di medicinali nel processo della loro acquisizione».<sup>14</sup>

La disciplina che ruota attorno all'accesso al farmaco risulta complessa per una molteplicità di ragioni. Innanzitutto, è da rilevare la natura *composita* del bene-farmaco, strumento di primaria importanza per la tutela della salute.

L'Agenzia Italiana del Farmaco, AIFA, è un ente pubblico competente per l'attività regolatoria dei farmaci in Italia. Essa opera sotto la direzione del Ministero della Salute e la vigilanza del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e Finanza. L'Agenzia è stata istituita attraverso la Legge n.326/03 che gli attribuisce personalità giuridica e autonomia organizzativa, patrimoniale, finanziaria e gestionale. L'AIFA governa la spesa farmaceutica e monitora il ciclo di vita dei medicinali per garantire efficacia, sicurezza e appropriatezza sul mercato nazionale.<sup>15</sup> Oltre ad occuparsi della gestione delle sperimentazioni cliniche, della produzione di medicinali e di attività ispettive, AIFA si occupa di definire il regime di rimborsabilità dei medicinali e anche della negoziazione con le aziende farmaceutiche del prezzo dei farmaci a carico del Sistema Sanitario Nazionale. Se l'entrata in commercio di un farmaco generico o similare certamente aumenta la disponibilità di una determinata formulazione, al contempo ne beneficerà anche l'accessibilità economica da parte dei pazienti (e dei sistemi sanitari), in un circolo virtuoso alimentato dalla pluralità di attori e dunque dalla concorrenza.

L'AIFA deve quindi garantire l'equilibrio economico del sistema e lo fa attraverso la creazione dei tetti di spesa e altre misure di contenimento dei costi poiché la spesa farmaceutica rappresenta una

---

<sup>12</sup> P.Renzi, A.Franci, Le disuguaglianze di salute e le politiche socio-sanitarie, Maggioli, 2021, pp. 20-21

<sup>13</sup> Osservatorio delle Povertà e delle Risorse diocesane della Caritas di Lucca, estratto da Perché nulla vada perduto, 2022, pp 55-56

<sup>14</sup> L. Albano, La cura della salute. Quali prospettive per un più equo accesso al farmaco, oggi? In BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, n. 3/202, p.350

<sup>15</sup> <https://www.aifa.gov.it/accesso-al-farmaco>.

parte importante delle risorse che lo Stato impiega per la sanità. A questo scopo sono stati introdotti diversi strumenti di monitoraggio della spesa:

- Tetti della spesa farmaceutica (territoriale ed ospedaliera)
- Monitoraggio della spesa farmaceutica
- Budget per ogni azienda titolare di AIC<sup>16</sup>
- Ripiano degli sfondamenti tramite payback a beneficio delle Regioni<sup>17</sup>

La spesa farmaceutica a carico del SSN si articola in due componenti che fanno rispettivamente riferimento alla spesa farmaceutica convenzionata (farmaceutica territoriale) e alla spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera). Al finanziamento della spesa farmaceutica è destinata una quota del finanziamento complessivo ordinario del SSN, ovvero il Fondo Sanitario Nazionale. Secondo quanto riportato nel Rapporto sull'uso dei farmaci in Italia, "la spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) è stata nel 2021 pari a 32,2 miliardi di euro, (in aumento del 3,5% in confronto al 2020) e rappresenta un'importante componente della spesa sanitaria nazionale che incide per l'1,9% sul Prodotto Interno Lordo (PIL). La spesa pubblica, con un valore di 22,3 miliardi, tiene conto del 69,2% della spesa farmaceutica complessiva e del 17,4% della spesa sanitaria pubblica ed è in lieve crescita rispetto al 2020 (+2,6%). Nel 2021 la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è stata pari a 21,2 miliardi di euro con un aumento del 3,2% rispetto all'anno precedente.<sup>18</sup>

Nell'ultimo decennio la crisi economica del 2008-09 prima e soprattutto quella sanitaria iniziata al principio del 2020, hanno obbligato lo Stato italiano a degli interventi economici e finanziari che hanno riguardato anche la gestione della tutela della salute pubblica. La necessità di razionalizzazione della spesa sanitaria - in costante aumento per vari fattori eterogenei, come ad esempio il progressivo invecchiamento della popolazione e il progresso tecnologico - è un tema centrale nel dibattito politico fin dagli anni '90.

Il farmaco e la sua dispensazione è paragonabile ad altri beni riconducibili alla definizione di servizio universale introdotta dal libro verde sui servizi di interesse generale della Commissione Europea del 2003<sup>19</sup>. Tale documento delinea il concetto di servizio universale attraverso una serie di principi che devono essere rispettati quando si tratta dell'erogazione di particolari tipologie di beni e di servizi. Le caratteristiche necessarie dei beni dispensati sono ad esempio la continuità, la qualità, l'accessibilità delle tariffe, la tutela degli utenti e dei consumatori. Sebbene con la legge n. 33/1978 il legislatore avesse ideato un sistema in cui tutti i cittadini potevano accedere gratuitamente alle prestazioni sanitarie, l'attuazione del principio universalistico ha incontrato nel tempo un crescente numero di vincoli che ne hanno impedito una costante applicazione.

La nuova Lista dell'Oms dei farmaci essenziali include numerosi nuovi prodotti dal prezzo difficilmente sostenibile. Per molti nuovi farmaci antitumorali, ad esempio, o per i nuovi farmaci contro il virus dell'epatite C perfino nei paesi ad economia avanzata si rende necessaria un'accurata

---

<sup>16</sup> Autorizzazione alla messa in commercio

<sup>17</sup> 21 O.Ciani, C.Federici, G.Fornaro, C.Rognoni, Value-based healthcare: Il nuovo approccio di AIFA alla determinazione multidimensionale del valore: AIFA's new approach to multidimensional value determination, 2020.

<sup>18</sup> Il "Rapporto OsMed" fornisce dal 2001 una descrizione analitica ed esaustiva dell'assistenza farmaceutica. Il Rapporto, ha l'obiettivo di ricomporre l'assistenza farmaceutica nella sua interezza, erogata sia in ambito territoriale che ospedaliero, a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e tramite l'acquisto privato da parte del cittadino.

<sup>19</sup> P. Logroscino, M. Salerno, "La distribuzione dei farmaci tra libertà economiche e tutela della salute", in Rivista Federalismi.it, 2019; A. Monica, "I regimi di autorizzazione e la libera circolazione dei servizi nell'Unione Europea", in D.U. Galetta (a cura di), Diritto amministrativo nell'Unione Europea: argomenti e materiali, Torino, 2014.

valutazione del rapporto costo-efficacia. Tant'è vero che le prescrizioni vengono limitate a sottogruppi ristretti della popolazione che ne hanno maggiormente bisogno.

Questo è il motivo per cui il prezzo deve essere l'obiettivo prioritario di qualsiasi politica che voglia rendere davvero accessibili i farmaci oggi ritenuti essenziali.<sup>20</sup>

Questo obiettivo può essere solo affidato a iniziative spontanee delle parti in causa o a dinamiche del mercato, nonostante anche le leggi n. 648/1996 25 e la legge n.94/98, nota come "Legge Di Bella",<sup>21</sup> che regolano tuttora l'accesso ai farmaci. Nonostante i 3.286.494.950 Euro utilizzati per la spesa farmaceutica<sup>22</sup> a livello nazionale, si riscontrano forti limitazioni nell'accesso alle cure ed ai farmaci essenziali per tutti.

In primis ricordiamo che 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 una incoraggiante parabola discendente in termini assoluti e relativi. 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. 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.<sup>23</sup>

Si alimenta così quella specifica dimensione della povertà che va sotto il nome di "povertà sanitaria" riconducibile ad accessibilità alle cure sanitarie che restano a carico degli indigenti per via della mancata esenzione totale dai ticket sanitari, dagli alti costi di terapie non in convenzione con il SNN o ai farmaci "da banco" (quelli senza obbligo di prescrizione medica ma non coperti dal SNN). 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. Nel Sud e nelle Isole la spesa sanitaria dei poveri è superiore alla media 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 dall'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. 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 al di sotto della soglia di povertà e chi al di sopra. Una simile misura sarebbe invece

---

<sup>20</sup> V.Bertelè, S. Garattini, Farmaci inaccessibili? Crimini contro l'umanità ,pag 2, 2015

<sup>21</sup> È una norma che autorizza i medici a prescrivere medicinali per usi diversi da quelli ufficiali a condizione che non esista una valida alternativa terapeutica e che i medicinali siano inseriti in un elenco predisposto dalla Commissione unica del farmaco. La legge si applica ai medicinali innovativi, non ancora autorizzati o autorizzati in altri Stati, ma non in Italia.

<sup>22</sup> Monitoraggio ufficiale AIFA della spesa farmaceutica nazionale e regionale nel trimestre gennaio-maggio 2023

<sup>23</sup> Decimo rapporto sulla povertà sanitaria a cura di OPSan - Osservatorio Povertà Sanitaria, 2022, pag 12

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.<sup>24</sup>

**Figura 4 – Povertà assoluta e povertà relativa in Italia**



Fonte: Decimo rapporto sulla povert  sanitaria a cura di OPSan - Osservatorio Povert  Sanitaria, 2022, pag 13

## Conclusioni

Di qui ne consegue che 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 pi  economici. Nel 2021 hanno cercato di ridurre le spese sanitarie oltre 4 milioni 750 mila famiglie, di cui 640 mila in povert  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 pi  difficile da perseguire, non solo per l’oggettiva carenza di offerta, ma anche perch  richiede informazioni a cui pochi utenti riescono ad accedere. La rinuncia alle cure   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 pi  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.<sup>25</sup>

“Non esiste salute pubblica senza la salute dei migranti e dei rifugiati”<sup>26</sup>. Ultima non per importanza emerge la questione degli immigrati. Se fino ad ora abbiamo dato per scontato che le persone con difficolt  di accesso al farmaco siano state italiane con cittadinanza valida, con diritto quantomeno ad una tessera sanitaria, dobbiamo ricordare che l’immigrato ha spesso difficolt , per questioni logistiche, a ricevere un immediato accesso alle cure per via della lentezza nel processo burocratico di attribuzione di codice fiscale. In Italia, che ha conosciuto il fenomeno immigratorio a partire dai primi anni Settanta, vivono attualmente 5,5 milioni di stranieri, di cui 1,2 milioni ha

<sup>24</sup> Decimo rapporto sulla povert  sanitaria a cura di OPSan - Osservatorio Povert  Sanitaria, 2022, pag 13

<sup>25</sup> Decimo rapporto sulla povert  sanitaria a cura di OPSan - Osservatorio Povert  Sanitaria, 2022, pag 14

<sup>26</sup> WHO- World Health Organisation, Region Office for Europe, 2018

ricevuto il riconoscimento della cittadinanza italiana<sup>27</sup>, che appartenevano in origine ai paesi come Romania, Albania, Marocco e Cina. Abbiamo già ricordato il diritto alla salute che prescinde dalla cittadinanza, ma solo nel 2007, anno della Conferenza di Lisbona<sup>28</sup> sono stati organizzati incontri tecnico-scientifici e prodotti documenti che identificano questo tema come centrale e specifico concentrandosi anche sugli aspetti etici e dei diritti umani.<sup>29</sup> Il diritto alla tutela delle persone non appartenenti all'Unione Europea è garantito dal D.Lgs.n.286 del 25 luglio 1998, dal titolo "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", trovando maggiore concretezza in Italia con l'emanazione del Regolamento di attuazione previsto dalla circolare 24 marzo 2000, n.5 del ministero della Sanità, dove si includono gli immigrati in "condizioni di regolarità giuridica"<sup>30</sup> prevalentemente presenti con permessi di media e lunga durata nel sistema dei diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni e di opportunità con il cittadino italiano. Si sottolinea quindi l'obbligatorietà di possedere un documento valido, che sia esso permesso di soggiorno rilasciato a seguito di lavoro stabile o la richiesta d'asilo per chi emigra per ragioni politiche, affinché si possa godere degli stessi diritti di un cittadino italiano.

Tuttavia, per chi non si trovasse a possedere queste caratteristiche peculiarità, può comunque usufruire del SNN attraverso la possibilità di accesso alle cure urgenti ed essenziali, grazie ad un tesserino di validità sei mesi che li identifica come straniero temporaneamente presente (STP). Nel 2008 questo tipo di varco aperto agli immigrati clandestini ha destato non poche perplessità all'interno dell'opinione pubblica italiana: nello stesso anno la Lega guidata da Matteo Salvini propose un disegno di legge secondo il quale il medico era obbligato a segnalare alle autorità locali la presenza nella struttura sanitaria di un clandestino, negandogli le cure necessarie ed andando contro i principi del giuramento di Ippocrate e del codice deontologico. Il Senato approvò il disegno legge n.733, il "pacchetto sicurezza", con la soppressione del divieto di denuncia da parte del personale medico e sanitario nel caso di cure prestate a cittadini stranieri in condizioni di soggiorno irregolare<sup>31</sup>, ma grazie alla reazione unanime del mondo socio-assistenziale (tutti gli ordini professionali, società scientifiche, enti locali, singoli operatori, società civile) la proposta fu stralciata e quindi la norma n.286 (vedi sopra) è rimasta invariata. Rimane però centrale che affinché il diritto formale (possibilità di accesso) di tale norma si trasformi in diritto reale (fruibilità delle prestazioni) è indispensabile un'efficace politica sanitaria a livello locale: è a livello regionale, considerato anche l'avanzato federalismo proprio in sanità, che bisogna guardare affinché delle buone norme nazionali diventino prassi e il diritto dalla carta si realizzi nella quotidianità.

L'immigrato, oltre che alle barriere economiche, deve fare i conti anche con quelle legali legate alla continua incertezza delle norme. Quelle barriere organizzative, legate ad una diffusa mancanza di flessibilità dei servizi, tale da poterne garantire l'apertura nei giorni e nelle fasce orarie in cui possano realmente accedervi i fruitori previsti: è il caso dell'accessibilità ai Consultori materno-infantili per le ragazze e le signore che lavorano come collaboratrici domestiche o nella cura domiciliare alla persona.

Tutto questo si traduce nella conseguente incapacità di accedere ai farmaci con continuità (si ricordi la temporaneità del tesserino STP) e nella disperata ricerca di una possibilità che permetta loro di

---

<sup>27</sup> P.Bonanni, G.Bonaccorsi, G.Gavino, Manuale di igiene e sanità pubblica, Carrocci Faber, 2021, P.350

<sup>28</sup> Definita sulla Salute e migrazione nell'UE: una migliore salute per tutti in una società inclusiva, dove hanno preso parte 47 paesi del Consiglio d'Europa

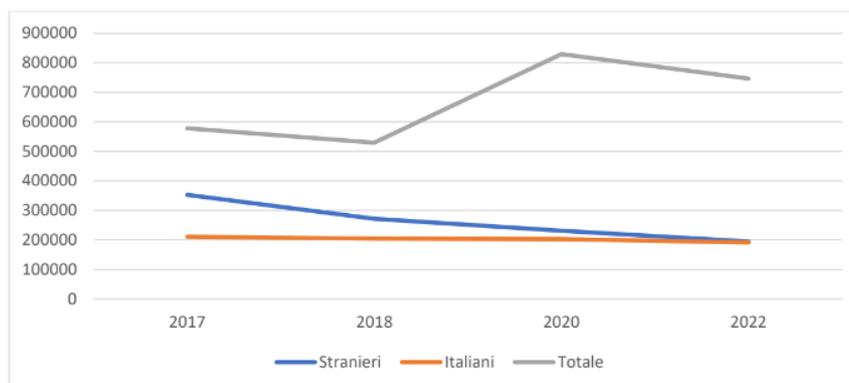
<sup>29</sup> P.Bonanni, G.Bonaccorsi, G.Gavino, Manuale di igiene e sanità pubblica, Carrocci Faber, 2021, p.360

<sup>30</sup> P.Bonanni, G.Bonaccorsi, G.Gavino, Manuale di igiene e sanità pubblica, Carrocci Faber, 2021, p.364

<sup>31</sup> S. Geraci, I. El Hamad, Italian Journal of Public Health, Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre, 2011, p.3

alimentare ancora quella speranza che li aveva spinti a lasciare i loro paesi d'origine. Una delle ancore di salvezza che tanti indigenti (italiani e stranieri) possono trovare sul territorio nazionale, è identificabile nelle organizzazioni come il Banco Farmaceutico (BF)<sup>32</sup> che da più di due decenni si occupa di attenuare le disuguaglianze sanitarie. Lo stesso BF fornisce dati attendibili sull'inaccessibilità al farmaco, non solo a livello nazionale ma anche in ogni regione. Nell'anno 2020 BF ha raggiunto il picco assoluto di persone assistite mai registrato<sup>33</sup> pari a 829,340.

**Figura 6 - Numero di Assistiti dal Banco Farmaceutico in Italia**



Fonte: elaborazione propria su dati forniti dal Banco Farmaceutico

L'inaccessibilità ai farmaci richiede una risposta globale, interdisciplinare e multilivello. Sono necessarie azioni immediate per affrontare le barriere economiche, le politiche dei brevetti e promuovere un approccio più equo e collaborativo per garantire che tutti possano accedere ai farmaci essenziali per mantenere e migliorare la propria salute.

Per quanto riguarda la riuscita del progetto Farmadono nell'arco dei tre anni di progetto si ritiene che esistano i presupposti:

- per facilitare l'accesso ai farmaci alle categorie sociali vulnerabili;
- per migliorare i rapporti con gli enti pubblici locali e le associazioni del territorio;
- per avere cittadinanza informata e sensibilizzata sul diritto alla salute e sulla cultura del farmaco
- per ampliare il bacino di utenza delle attività dell'associazione-

Tuttavia si devono tenere di conto delle ipotesi che si possono verificare a sfavore della riuscita di alcune attività del progetto.

Innanzitutto, è essenziale contare sulla mancanza di complicazioni legali legate a eventuali modifiche nel contesto normativo attuale in merito alla distribuzione dei farmaci validi destinati agli assistiti.

Inoltre si deve fare in modo che non sussistano atti amministrativi o pressioni che ostacolino le politiche e le attività di Farmadono con i suoi soci, in particolare è necessario che le istituzioni locali non impediscano né la realizzazione degli eventi di divulgazione sulla cultura del farmaco e

<sup>32</sup> Banco Farmaceutico nasce nel 2000, quando un gruppo di giovani farmacisti riconosce e sente la necessità di rispondere al problema della povertà sanitaria, fino ad allora, sottovalutata, che grazie all'aiuto Federfarma getta le fondamenta dell'Organizzazione, che attualmente vede le sue sedi principali a Milano e Torino.

<sup>33</sup> Dati ufficiali forniti dall'ufficio generale di monitoraggio del BF

sui diritti sanitari né la realizzazione di eventi formativi ed informativi destinati ai componenti delle associazioni che partecipano al coordinamento che nel territorio si occupano di salute pubblica,.

In più si deve fare in modo tale che le associazioni aderenti al coordinamento si mantengano attive e coese al proprio interno durante tutta la durata del progetto e che le associazioni del territorio collaborino attivamente all'identificazione delle famiglie più indigenti, bisognose di assistenza sanitaria e di accesso al farmaco in particolare.

Infine ci si deve assicurare che i membri delle associazioni aderenti al coordinamento territoriale rispettino gli impegni assunti e partecipino attivamente alle riunioni programmate e alla formulazione e implementazione del piano di incidenza istituzionale.