

**Audizione informale**  
**nell'ambito dell'esame dei disegni di legge n. 1092 e 1495**  
**in materia di riutilizzo di farmaci**  
**Commissione Igiene e Sanità**  
**Senato della Repubblica**

## **Alcune premesse**

Appare evidente che i provvedimenti in esame partono da alcuni assunti che è necessario esplicitare:

- la contingenza della crisi economica che sta producendo fenomeni di povertà e impoverimento mai raggiunti nel paese
- la consapevolezza che il mix di politiche pubbliche di contenimento della spesa in ambito sanitario e di minori risorse delle famiglie, sta producendo effetti anche sull'accesso ai servizi sanitari sui percorsi di cura.

In particolare è noto che la previsione della legge 537/1993 e successive modificazioni interviene sul costo dei ticket relativo alle prestazioni di diagnostica, laboratorio e prestazioni ambulatoriali, lasciando alle regioni l'onere di eventuali interventi esentivi sui medicinali; tutto questo rappresenta certamente un disincentivo alla cura, nella misura in cui vi è una previsione da parte dei cittadini, di dovere affrontare un iter diagnostico – anche gratuito – ma che produce un costo farmaceutico potenzialmente insostenibile. Andrebbe indagato se vi possa essere una qualche correlazione tra *non aderenza al trattamento e condizioni socio-economiche*, non solo motivata da minore consapevolezza dei target con bassi livelli socio-culturali, ma di forme di “non-recours”, dovuta a insostenibilità economica e incompatibilità di condizioni di vita rispetto ai percorsi di cura.

Nei dati provenienti dai Centri di ascolto Caritas relativi al primo semestre 2014, emerge nei colloqui una percentuale di oltre l'8% di richieste in ambito sanitario, che evidentemente vengono orientate verso altre strutture o prese in carico con interventi pure a carattere economico.

La consapevolezza di una contingente non piena presa in carico da parte del SSN dei bisogni di salute della popolazione, è il dato da cui partire: se questo fosse un dato condiviso si tratta di operare scelte – anche transitorie – che consentano di rafforzare tutte le modalità di presa in carico di questi bisogni – diritti, non abbassando i livelli di garanzia dell'utenza e certamente l'appropriatezza terapeutica, ma operando nella direzione di non ostacolare le realtà che sono nelle condizioni di raggiungere alcuni target di popolazione a maggiore rischio di esclusione sanitaria con presidi territoriali in grado di sostenere alcune tipologie di soggetti in appropriati percorsi di cura.

Vi sono analogie – non casuali – tra questo dibattito e la questione della donazione dei beni alimentari ed delle politiche di intervento pubblico di livello europeo in questo ambito (in

**Audizione informale  
nell'ambito dell'esame dei disegni di legge n. 1092 e 1495  
in materia di riutilizzo di farmaci  
Commissione Igiene e Sanità  
Senato della Repubblica**

particolare la questione dal Pead al Fead e la sua concreta applicazione): spesso il confronto contrapponeva un modello di presa in carico delle famiglie con forme più avanzate di intervento sociale - in particolare di reddito minimo - rispetto ad una modalità "arcaica" di sostegno dei nuclei in difficoltà, quale certamente è l'aiuto alimentare.

Ma se non si parte dalla consapevolezza che non vi è una forma di tutela dal rischio di povertà per le famiglie italiane - pure auspicabile - e che l'unica misura universalistica di contrasto alla povertà è rappresentata oggi dalla rete sussidiaria degli enti caritativi, si rischia di sviluppare un dibattito che non parte dalla realtà, dai bisogni delle persone e dalle risposte effettivamente possibili.

### **Il merito delle questioni**

La rete Caritas esprime sul territorio soprattutto forme di intervento sociale nel contrasto alla povertà delle famiglie: il tema della salute viene affrontato come questione connessa alla tutela di condizioni dignitose di vita. Non casualmente la rete di servizi vocati alla salute promossa dalle Caritas è rilevante soprattutto per quanto riguarda i bisogni sanitari della popolazione immigrata, maggiormente esposta negli scorsi anni a fenomeni di esclusione. La questione relativa alla raccolta dei farmaci non è un ambito prioritario di intervento della rete Caritas, che risulta sicuramente meno significativa rispetto ad altri soggetti particolarmente impegnati in questo settore, come nel caso della Fondazione Banco Farmaceutico.

Sul piano generale esprimiamo apprezzamento per i due progetti di legge che vanno nella direzione di razionalizzare l'iter delle donazioni di farmaci attraverso l'equiparazione dell'ente assistenziale a consumatore finale. Questa prospettiva normativa, correttamente riferita a enti che abbiano al loro interno un armadio farmaceutico, personale medico sanitario in grado di detenere e dispensare il farmaco e meccanismi di tracciabilità della donazione, favorirebbe un sistema maggiormente fluido e sostenibile.

Nello specifico esprimiamo perplessità circa l'introduzione della obbligatorietà della figura del farmacista all'interno dell'ente assistenziale: questo inserimento rappresenterebbe un serio ostacolo all'obiettivo che si pone la legge, impedendo di fatto a buona parte degli enti assistenziali questo tipo di servizio, a partire dal dato della significativa presenza di un volontariato medico-sanitario diffuso a livello nazionale, ma la più difficoltosa reperibilità di disponibilità di farmacisti, soprattutto nei piccoli centri e nelle regioni con minore propensione a forme di impegno professionale gratuito.

In questo senso si esprime maggiore condivisione rispetto al Progetto di Legge n. 1495 della Senatrice Bianconi, su questo aspetto. Pur condividendo le preoccupazioni riguardo alla

**Audizione informale**  
**nell'ambito dell'esame dei disegni di legge n. 1092 e 1495**  
**in materia di riutilizzo di farmaci**  
**Commissione Igiene e Sanità**  
**Senato della Repubblica**

responsabilità professionale nella dispensazione dei farmaci, si sottolinea la questione di una sostanziale insostenibilità organizzativa per le Onlus di quella previsione.

Si ritiene che questa scelta sia fondamentale: l'opzione per la obbligatorietà depotenzia fortemente la portata della modifica normativa e – tornando alla premessa – vanifica un potenziale contributo di presenze territoriali attraverso forme di intervento sussidiario e di comunità nella tutela della salute che, in una fase drammatica per la vita del paese come l'attuale, rappresentano presidi importanti nel contrasto alla povertà, all'esclusione sociale, al potenziale non accesso alle cure.

Pur comprendendo la necessità di tenere nel dovuto conto le previsioni normative che imputano a diverse figure professionali la prescrizione, dispensazione e somministrazione dei farmaci, sarebbe auspicabile:

- la costruzione di un sistema di controlli modulato e sostenibile sulla base delle funzioni delle Onlus (se necessario differenziando le previsioni se si tratta di centri di raccolta o di mera prescrizione/somministrazione)
- la connessione con il sistema del SSN, sia per quanto attiene la vigilanza sulla attività, che per la doverosa collaborazione sussidiaria circa la presa in carico beneficiari, in una logica di doverosa collaborazione, che evidenzia tipologie di soggetti le quali – per ragioni diverse, soggettive o oggettive – non riescono ad accedere.

La minore densità delle reti territoriali di salute, gli endemici nodi della medicina territoriale, soprattutto nella sua capacità di presa in carico dei soggetti più fragili, hanno certamente bisogno di interventi di sistema che non sembrano possibili in un orizzonte temporale di brevissimo periodo. Senza modificare il paradigma universalistico del SSN, evitando la creazione di sottosistemi di salute che rafforzino i meccanismi di esclusione, vanno pertanto sperimentate modalità di intervento che garantiscano la effettiva presa in carico dei bisogni di salute e offrano informazioni circa coloro che rischiano fenomeni di esclusione sanitaria.

Questo è un nodo che riguarda tutti i sistemi di protezione sociale (scuola, lavoro, assistenza): sviluppare metodologie che mettono insieme vocazione universalistica delle politiche e meccanismi di tipo sussidiario e comunitario è una prospettiva non solo possibile e sostenibile, ma capace di offrire strade nuove di *garanzie a responsabilità diffusa dei diritti*. In questo senso questa prospettiva normativa può rappresentare un tassello – né risolutivo, né definitivo, ma sperimentale e potenzialmente incrementale - di un approccio comunitario al welfare.