

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
3 febbraio 2015

Traccia dell'intervento del dr. Salvatore Geraci
(*Caritas di Roma, Area sanitaria*)

Premessa

L'approccio è di chi opera (da diverso tempo) direttamente sul campo del bisogno sanitario più o meno nascosto, con esperienza nel management specifico in un'ottica di sanità pubblica e con lavoro di rete locale e nazionale. La riflessione è limitata alla problematica nazionale (non si affronta il tema di cooperazione internazionale).

Una possibile vision

Il sistema sanitario italiano è un **sistema di prossimità** tra utenti e professionisti, tra bisogno e possibile tutela (nei limiti della problematica affrontata: cura, guarigione, mantenimento, riduzione del danno, ...). Il farmaco è strumento di tutela, spesso di soluzione adeguata definitiva o di mantenimento di salute.

L'incontro (non sempre mediato) tra utente e farmaco dipende da:

- riconoscimento (percezione) del bisogno;
- accesso alla decodificazione del bisogno (in alcuni casi automedicazione);
- prescrizione del farmaco (in alcuni casi automedicazione);
- ottenimento del farmaco.

Ognuna di queste fasi per persone che vivono in condizioni di marginalità (non solo economica ma anche sociale, giuridica e culturale) può essere problematica se non induce ulteriore esclusione e evidenti disuguaglianze nelle possibilità di tutela.

La società civile (nelle forme più virtuose in collaborazione con il SSN) ha messo in campo uno specifico **sistema recettoriale** che permette di intercettare, riconoscere e rispondere (almeno in parte) a un bisogno di salute inevaso o inespresso o non completamente preso in carico dal SSN.

Premessa indispensabile è che il SSN non arretri nella sua definizione universalistica ed equa e possa rimuovere gli ostacoli (barriere) che il sistema recettoriale intercetta. In questo senso l'azione di supplenza o integrazione della società civile nelle sue forme organizzate di assistenza sanitaria oltre che rispondere concretamente (e temporaneamente) a bisogni inevasi, deve promuovere soluzioni politiche, organizzative, gestionali ai bisogni stessi.

Le proposte di legge in esame da una parte possono fornire strumenti di risposta concreta alle organizzazioni impegnate sul campo nel rispondere a bisogni presenti, ma dall'altra, se non accompagnate da una visione condivisa di rimozione delle barriere strutturali, possono indurre

un aumento di richiesta inappropriata in particolare se non si prevede una presa in carico organizzata e competente del bisogno sanitario (attraverso il SSN).

Alcune problematiche sul tappeto

Senza dimora "cronici" o "cronicizzati" o "incipienti"

- Non percezione del problema di salute (mancanza *illness* e disinteresse alla *disease*).
- Mancanza di "residenza" (spesso è negata anche quella fittizia) che rende complicato anche il tentativo di presa in carico.
- Rischio di uso *compulsivo* o non attento dei pochi beni a cui possono accedere (coperte, panini, ... medicine, ...).
- Gestione assente del post ricovero (spesso per urgenza) sia in termini di accoglienza che di continuità assistenziale e di terapia.

Impoveriti dalla crisi attuale

- Impossibilità di automedicazione con farmaci da banco per costi eccessivi e/o continui.
- Impossibilità di sostenere spese dei ticket.
- Alcune protocolli terapeutici prevedono farmaci non dispensati gratuitamente dal SSN.
- Utilizzo terapie a basso costo "per conoscenza" e non validate.

Problema dei ticket

E' urgente rimodularli in modo unitario a livello nazionale tenendo conto che ci sono oggi delle esclusioni gravi: inoccupati italiani, minori stranieri non accompagnati, richiedenti protezione internazionale (dopo i primi 6 mesi), comunitari in condizione di fragilità sociale, alcune esenzioni per malattia sono vanificate dal costo ricetta

Accesso e fruibilità del SSN per cittadini stranieri

Nonostante normative sanitarie nazionali inclusive e il recente tentativo di uniformare le politiche sanitarie locali attraverso un Accordo Stato Regioni (n. 255 CRS del 20 dicembre 2012), ancora oggi troppe diversità regionali per garantire la tutela sanitaria agli stranieri attraverso il SSN (interpretazioni restrittive delle norme in particolare per gli "stranieri temporaneamente presenti" e "europei non iscritti").

Nel merito

La proposta della normativa in oggetto è interessante ma non deve avere l'obiettivo del contenimento della spesa (come scritto nella premessa delle due proposte di legge – forse si pone nell'ottica di una riduzione degli sprechi – a meno che la riduzione dei costi di smaltimento di farmaci formalmente non utilizzabili da parte delle case farmaceutiche possa trasferirsi su una riduzione dei costi dei farmaci per il SSN) in quanto non si deve porre in

alternativa a quanto dispensato dal SSN ma la redistribuzione di farmaci, altrimenti distrutti, deve essere considerata "occasione" per dare una risposta concreta (e temporanea) ad un bisogno reale oggi, per le ragioni sopra esposte, non sempre soddisfatto.

Ogni intervento assistenziale di erogazione farmaci attraverso personale sanitario formato alla specifica utenza, deve avere l'obiettivo, magari lavorando in rete con altre organizzazioni, di non fermarsi alla risposta puntuale della richiesta ma "ascoltare" (prendere in carico) il bisogno complessivo e, quando possibile, ri-orientare l'utente verso i servizi più appropriati (re-inclusione nel SSN) con una stretta collaborazione con il servizio pubblico.

In questo senso la legge dovrebbe prevedere l'attivazione di collaborazioni (protocolli d'intesa) con le Aziende sanitarie territorialmente competenti che dovrebbero avere un ruolo di vigilanza ma anche di programmazione (nell'ottica della riduzione delle disuguaglianze) e di verifica.

Occasioni

La nuova norma può:

- Sostenere e responsabilizzare le Onlus già impegnate nel campo socio assistenziale sanitario.
- Implementare collaborazioni tra i servizi sanitari pubblici e le Onlus specificatamente impegnate.
- Rafforzare (o creare) reti territoriali tra il privato sociale, il volontariato, l'associazionismo, vari enti e organizzazioni e il settore pubblico.
- Monitorare un bisogno sanitario, eventuali problematiche emergenti e la capacità di risposta istituzionale e non.
- Ridurre le disuguaglianze d'accesso ai farmaci di una parte fragile della popolazione.

Rischi

La nuova norma può:

- Creare una difformità applicativa regionale anche in rapporto alla vision politica locale (sussidiarietà versus delega) con un aumento delle disuguaglianze e riduzione delle tutele pubbliche.
- Favorire un sistema parallelo di servizi per la gestione ed erogazione farmaci.
- "Ipertrofizzare" un "privato sociale" che è più flessibile e intraprendente del settore pubblico e può creare un sistema autonomo di presa in carico più o meno professionale e completa.
- Indurre una organizzazione che non ha sistemi di garanzia, verifica, controllo e oggettività che sono alla base di interventi validi ed equi anche nella erogazione di farmaci (sia da banco che prescritti).
- Sollevare (e forse deresponsabilizzare) il SSR dalle situazione sociali più critiche.
- Aumentare l'offerta che alimenta un aumento del bisogno (cosa che in alcune situazioni si sta già creando).
- Stimolare la creazione di organizzazioni ad hoc non sempre con fini trasparenti (vedi gestione abiti usati a Roma).