

## **Donare per curare**

Povert  Sanitaria e Donazione Farmaci

RAPPORTO 2014

### **DON FRANCESCO SODDU (Direttore Caritas Italiana)**

Riflettere sul tema della Povert  sanitaria e la Donazione dei farmaci, evidenzia due aspetti purtroppo convergenti:

- la contingenza della crisi economica che sta producendo fenomeni di povert  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 e sui percorsi di cura.

Dai dati provenienti dai Centri di ascolto Caritas relativi al primo semestre 2014, emerge che nei colloqui con le persone e le famiglie in difficolt , una percentuale di oltre l'8% di richieste riguarda l'ambito sanitario, le quali evidentemente vengono orientate verso altre strutture o prese in carico con interventi anche a carattere economico.

Tutto questo conferma la consapevolezza di una contingente non piena presa in carico da parte del SSN dei bisogni di salute della popolazione. Questo   il dato da cui partire con responsabilit  e realismo; rifuggendo da ogni demagogia e semplificazione si tratta di operare scelte – anche transitorie – che consentano di rafforzare tutte le modalit  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 realt  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 e delle politiche di intervento pubblico di livello europeo in questo ambito (in particolare la questione del passaggio dal precedente programma Pead al nuovo fondo Fead e la sua concreta applicazione): spesso il confronto contrapponeva un modello di presa in carico delle famiglie con forme pi  avanzate di intervento sociale - in particolare di reddito minimo – rispetto ad una modalit  "arcaica" di sostegno dei nuclei in difficolt , quale certamente   l'aiuto alimentare.

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

## Donare per curare

Povert  Sanitaria e Donazione Farmaci

RAPPORTO 2014

La rete Caritas esprime sul territorio soprattutto forme di intervento sociale nel contrasto alla povert  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   rilevante soprattutto per quanto riguarda i bisogni sanitari della popolazione immigrata e per persone in condizioni di povert  estrema, maggiormente esposte negli scorsi anni a fenomeni di esclusione.

La questione relativa alla raccolta dei farmaci non   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.

La minore densit  delle reti territoriali di salute, gli endemici nodi della medicina territoriale, soprattutto nella sua capacit  di presa in carico dei soggetti pi  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 modalit  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   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   una prospettiva non solo possibile e sostenibile, ma capace di offrire strade nuove di *garanzie a responsabilit  diffusa dei diritti*, nella direzione di costruire comunit  territoriali sempre pi  in grado di includere e sostenere le fragilit .

In questo senso il Rapporto rappresenta un esempio importante di un approccio comunitario al welfare, ove cittadini, categorie professionali, imprese produttrici e distributrici, soggetti del privato sociale si fanno carico di un problema, senza la pretesa della soluzione, ma a partire da una responsabilit  comune di fronte ai problemi sociali, nella consapevolezza del *“dovere inderogabile di solidariet ”* proveniente dalla nostra Costituzione repubblicana, nonch  dalla mozione che nella coscienza di ognuno provoca il dolore dell’altro.

Un Rapporto che cresce in termini scientifici, un fenomeno solidale che diviene nel paese sempre pi  rilevante: in questo senso appare sempre pi  necessaria una nuova cornice istituzionale e legislativa, tale da regolare in maniera pi  efficace questo ambito, nella prospettiva di fare crescere comportamenti solidali e maggiore presa in carico dei bisogni. Un paese che sapr  valorizzare meglio il proprio capitale sociale e solidale, sprecare meno, utilizzare pi  efficacemente tutte le proprie risorse   l’auspicio che condividiamo con la Fondazione Banco Farmaceutico in questa giornata.