

## “TAGLI IN SANITA’: DIMINUIZIONE DELL’ACCESSO ALLE CURE E DUMPING SOCIALE”



*Le conclusioni di questa relazione potrebbero sembrare una ovvietà: la crisi economica, unita alle politiche sanitarie sempre più scellerate di questi ultimi anni, ha profondamente intaccato il diritto alla salute della popolazione nel nostro Paese.*

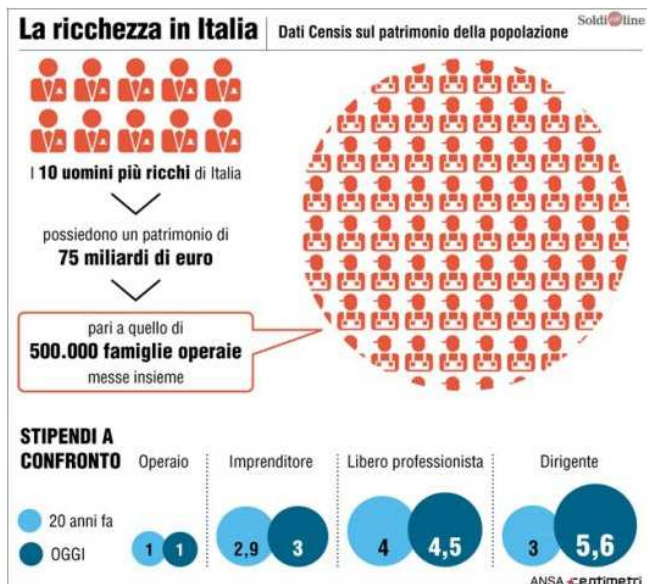
*Abbiamo però qui cercato di analizzare più approfonditamente le cause di questo fenomeno e soprattutto ci siamo soffermati sulle conseguenze che questa progressiva riduzione dell'accesso alle cure avrà sulle classi sociali più basse e sulle generazioni future.*

*I dati che vengono riportati, sono stati estrapolati dai pochi studi presenti in questo campo e prodotti principalmente da fonti non certamente riconducibili a una visione “di parte” del problema.*

### LA DISUGUAGLIANZA SOCIALE E L'IMPOVERIMENTO

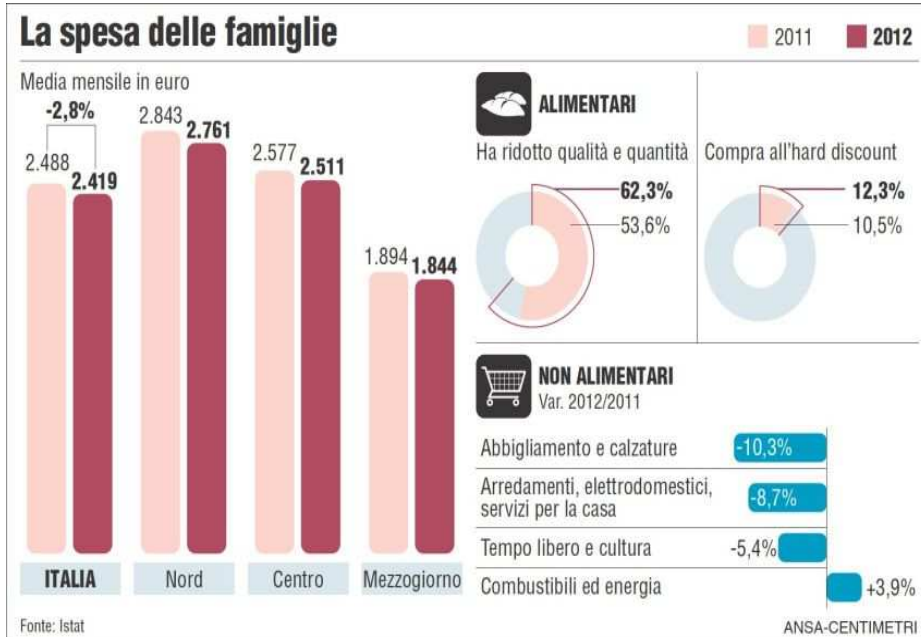
La disuguaglianza sociale è una delle caratteristiche principali di questa fase di crisi economica. Dal 2002 ad oggi i redditi della popolazione italiana sono in generale diminuiti, ma le percentuali variano in maniera considerevole a seconda della classe sociale (-17,9% operai, -12% impiegati, -3,7% imprenditori). E se un dirigente 20 anni fa guadagnava 3 volte il salario di un operaio, oggi il rapporto è di 5,6.

L'impovertimento delle famiglie, correlato alla diminuzione di spesa, comincia così a misurarsi non solo in settori “non indispensabili”, quali abbigliamento libri etc, ma anche nel settore alimentare, con un -3% di consumi tra 2011 e 2012. Mentre aumenta il ricorso ai Discount.



Nel nostro concetto di prevenzione primaria, che considera la salute nel suo complesso e non circoscritta alla sola cura, questo dato non può che allarmarci.

Se in ogni caso ci limitiamo al mero dato della spesa per la salute delle famiglie questa scende del 5,6% dal 2012 al 2013. E' la voce più alta tra le sforbiciate che le famiglie italiane sono costrette a fare. A dimostrazione che quando mancano i soldi si rinuncia sempre alla salute, alla prevenzione e spesso anche alla cura.



### Le sforbiate delle famiglie

Confronto con il 2012

Capitoli di spesa	Calo in euro (mln)	Variazione %
Alimentari e bevande	-3.604	-3,1
Alcolici e tabacchi	-668	-3,3
Vestitario e calzature	-3.187	-5,2
Abitazione, acqua, luce	-5	0,0
Mobili	-2.330	-4,0
Sanità	-1.652	-5,7
Trasporti	-3.078	-3,3
Comunicazioni	-907	-3,2
Ricreazione e cultura	-2.120	-3,1
Istruzione	-181	-2,3
Alberghi e ristoranti	-1.743	-2,1

ANSA-CENTIMETRI

## COMPOSIZIONE DELLA SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria totale corrente ammonta per l'Italia approssimativamente a 138 miliardi di euro nel 2012. Circa l'80% è costituita dalla spesa sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale e il rimanente 20% dalla spesa sanitaria privata sostenuta dalle famiglie. Questa distribuzione appare abbastanza stabile tra il 2003 e il 2012. La spesa sanitaria pubblica subisce infatti una contrazione storica tra il 2010 e il 2012 di circa 400 milioni di euro. Nello stesso biennio, la spesa sanitaria privata mostra prima un incremento nel 2011 e poi una riduzione nel 2012, in linea con l'oscillazione del PIL.

In generale, la spesa sanitaria privata appare infatti più sensibile al reddito.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Spesa Sanitaria Totale</b>										
Millardi di euro	106,1	116,1	121,8	125,4	130,0	134,4	136,9	138,3	138,9	137,9
In % del PIL	7,9	8,2	8,4	8,5	8,2	8,6	9,0	9,0	8,8	8,9
<b>Spesa sanitaria pubblica corrente(*)</b>										
Millardi di euro	82,3	91,2	96,8	99,6	103,8	107,1	110,2	111,3	111,3	111,0
In % della spesa sanitaria totale	77,5	78,5	79,5	79,4	79,8	79,7	80,5	80,5	80,1	80,5
In % del PIL	6,1	6,5	6,7	6,7	6,7	6,8	7,2	7,2	7,0	7,1
<b>Spesa sanitaria delle famiglie</b>										
Millardi di euro	23,8	24,9	25,0	25,8	26,2	27,2	26,7	27,0	27,6	26,9
In % della spesa sanitaria totale	22,5	21,5	20,5	20,6	20,2	20,3	19,5	19,5	19,9	19,5
In % del PIL	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7
<b>Spesa generale delle famiglie</b>										
Millardi di euro	801,9	830,3	857	891,9	920,9	940,7	923,3	950,5	979,9	965,8
In % del PIL	59,8	59,4	59,7	59,7	59,3	59,7	60,8	61,2	62,1	61,7

Nota: (\*) Le stime della spesa sanitaria pubblica corrente sono rilevate dalla RGSEP ed escludono gli ammortamenti.

Fonte: Elaborazione OCPS su dati ISTAT (Contabilità Nazionale) e RGSEP 2012

Tabella 2.4 Copertura pubblica della spesa sanitaria (%) (1995, 2000, 2005, 2009-2011)

Paesi	1995	2000	2005	2009	2010	2011	Differenza 2011-1995	Differenza 2011-2000
Austria	15,1	15,1	16,8	15,9	15,9	16,3	1,2	1,2
Belgio	19,6	21,2	18,6	18,9	19,4	19,1	-0,5	-2,1
Danimarca	16,3	14,7	14,0	13,2	13,2	13,2	-3,1	-1,5
Finlandia	22,7	22,3	18,5	18,5	19,2	19,2	-3,5	-3,2
Francia	7,6	7,1	6,6	7,4	7,4	7,5	-0,1	0,4
Germania	10,0	10,4	12,2	11,8	11,9	12,4	2,4	2,0
Grecia	45,9	37,8	37,9	34,3	36,4	36,7	-9,2	-1,1
Irlanda	10,7	8,2	14,1	12,3	15,2	14,5	3,9	6,4
<b>Italia</b>	<b>26,6</b>	<b>24,5</b>	<b>20,5</b>	<b>19,7</b>	<b>19,6</b>	<b>19,9</b>	<b>-6,7</b>	<b>-4,6</b>
Lussemburgo	6,2	11,8	11,6	11,6	11,4	11,4	5,3	-0,4
Olanda	9,6	9,0	7,1	5,7	5,5	5,1	-4,6	-3,9
Portogallo	23,9	24,3	23,9	25,9	26,0	27,3	3,4	3,0
Spagna	23,5	23,6	22,1	19,1	19,7	20,1	-3,4	-3,5
Svezia	13,3	13,8	16,7	16,4	16,8	16,9	3,6	3,2
UK	10,9	11,4	9,8	9,1	8,9	9,2	-1,7	-2,2
Norvegia	18,9	16,8	15,7	14,6	13,7	13,6	-5,3	-3,2
Svizzera	33,1	33,0	30,6	24,7	25,1	25,0	-8,1	-8,0
Repubblica Ceca	9,1	9,7	10,7	14,4	14,9	15,1	6,0	5,4
Repubblica Slovacca	11,5	9,5	22,6	25,3	25,7	26,2	14,7	16,7
Polonia	27,1	30,0	26,2	22,9	22,5	22,9	-4,3	-7,1
Ungheria	16,0	26,3	25,0	25,3	26,2	26,2	10,1	-0,1
U.S.A.	14,6	14,5	13,2	12,0	11,8	11,3	-3,3	-3,2
Canada	16,0	15,9	14,6	14,2	14,2	14,4	-1,6	-1,5
Brasile	38,7	38,0	37,6	32,3	30,6	31,3	-7,4	-6,6
Russia	16,9	30,0	31,3	27,2	36,3	35,4	18,5	5,4
India	67,6	68,0	70,3	62,7	61,8	59,4	-8,2	-8,6
Cina	46,4	59,0	52,2	37,5	35,3	34,8	-11,6	-24,2

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2013

## LA NEGAZIONE DEL DIRITTO ALL'ACCESSO

Quello che si sta verificando è quindi una rapida quanto drammatica negazione del diritto all'accesso alle cure mediche per fasce sempre più larghe di popolazione. La situazione inizia a peggiorare drasticamente con il DL 98/2011 che introduce il «superticket» di 10 €.



Nel 2012 oltre 9 ml di italiani non hanno avuto accesso alle cure mediche per ragioni economiche (4 ml al Sud e 2,4 ml tra gli anziani) . Nel corso dello stesso anno i ticket dei farmaci sono aumentati del 40% e quelli sulle varie prestazioni +187 € all'anno (con una previsione di + 84 euro per il 2014). Complessivamente il caro ticket pesa sulle tasche degli italiani per 5 MLD (compartecipazione per farmaci/visite/esami diagnostici). Le previsioni per il 2014 sono di un ulteriore aumento di altri 2 MLD.

Tabella 3.6 **Composizione della spesa per il Welfare nei quattro paesi, in € pro-capite per l'anno 2011**

€ pro-capite, 2011	Italia		Regno unito		Francia		Germania	
	€	%	€	%	€	%	€	%
Non autosufficienza e Invaldità	558	7,91	963	13,19	841	8,40	912	10,16
Interventi per famiglie e minori	219	3,10	486	6,66	899	8,98	997	11,07
Interventi per esclusione sociale e povertà	371	5,26	525	7,19	239	2,39	19	0,21
Pensioni	3.755	53,22	2.623	35,92	4.255	42,50	3.629	40,29
<b>Spesa Sanitaria</b>	<b>1.534</b>	<b>21,74</b>	<b>2.449</b>	<b>33,53</b>	<b>2.644</b>	<b>26,41</b>	<b>2.847</b>	<b>31,60</b>
Lavoro, Disoccupazione e Incidenti sul lavoro	613	8,69	170	2,32	871	8,7	419	4,65
Politiche abitative	6	0,09	87	1,19	262	2,62	184	2,05
Spesa complessiva per il Welfare	7.055	100	7.303	100	10.011	100	9.008	100

Le “conseguenze” di questi numeri sono :

- Riduzione dell'accesso ai servizi
- Minori entrate per le casse delle ASL
- Ricorso alla sanità privata spesso più conveniente
- Rinuncia alle cure dei non esenti trasformati dalla crisi in nuovi poveri

### QUANTE VOLTE I CITTADINI PAGANO LA SANITA' PUBBLICA?

- Con la fiscalità generale
- Ticket
- Tasse e contributi regionali (2008-2012 le Regioni hanno raccolto 5 MLD . Quelle in piano di rientro ulteriori 2,2 MLD)

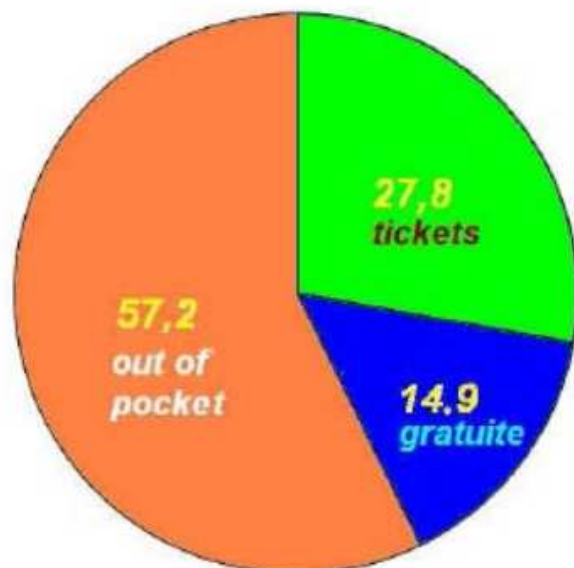
## LA SPESA OUT OF POCKET: DEFINIZIONE E QUANTIFICAZIONE

Un nuovo termine è entrato purtroppo a far parte del lessico sanitario di questi ultimi anni : spesa “Out of Pocket”, espressione traducibile in “di tasca propria”.

Vengono così considerate tutte le spese per prestazioni sanitarie completamente a carico della persona o della famiglia (non sono incluse le spese assicurative pagate direttamente dai privati). In Italia la spesa sanitaria privata è pari al 23,7% della spesa totale (OCSE, 2008) , il 13,7% è coperto da fondi integrativi e il 3,3% da assicurazioni private. In Italia, si stima che la spesa Out-of-Pocket sia intorno ai 28-30mld di euro anno. Questo vuol dire che il 55% degli assistiti paga da sé le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici, sia per aggirare le lunghe liste d’attesa, sia perché i ticket sono ormai così alti da spingere verso un privato sempre più conveniente (Rapporto OASI 2012). Per effetto della crisi la spesa sanitaria privata out of pocket delle famiglie si è ridotta del 7,6%, più della media dei consumi (-6,8%) (ISTAT – consumi della famiglie).

In una situazione di crisi economica generalizzate e di progressivo impoverimento di vasti settori sociali, anche quote di ceti medio che prima facevano ricorso a prestazioni private “convenienti”, rinunciano a curarsi sia nel pubblico che nel privato. Mentre negli anni passati ad una diminuzione della spesa sanitaria pubblica corrispondeva un aumento di quella privata, negli ultimi due anni la diminuzione riguarda tutti e due i settori. Se analizziamo il dato dal punto di vista regionale, le regioni meridionali, i cui sistemi difficilmente potrebbero essere considerati come i più efficaci ed efficienti nel contesto nazionale, sono anche quelle che in cui si spende di meno in sanità privata. Questo genera il sospetto che, soprattutto nelle regioni sottoposte a misure più drastiche di contenimento della spesa, inizino a manifestarsi situazioni di under treatment.

### Visite specialistiche per tipo di pagamento



Il 57% delle visite specialistiche è finanziato interamente dalla famiglia

Quello che ci interessa dimostrare è se in generale ad un aumento della spesa privata corrisponde una migliore capacità di cura. In sostanza l'accesso alla sanità privata è sicuramente più rapido, ma è altrettanto efficace in termini di cura e risultati?

Tabella 6.6 I consumi privati in sanità: un quadro d'insieme

	Servizi	Beni	Spesa sanitaria totale delle famiglie
<i>Copayment (ticket)</i>	2,1 (17%)	1,3 (8%)	4,5
PUBBLICO			
Intramoenia	1,1 (9%)		23,4
PRIVATO	9,0 (74%)	14,4 (92%)	
Spesa sanitaria totale delle famiglie	12,2 (100%)	15,7 (100%)	27,9

Spesa sanitaria «libera»  
24,5 miliardi  
87% della spesa sanitaria totale delle famiglie

Fonte: Elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sui Consumi delle Famiglie), Agenas, Ministero della Salute, Farindustria

A questo proposito uno studio dell'OASI ha incrociato il dato di spesa out pocket e la mortalità. Con riferimento al 2011, nei 27 Paesi analizzati, ad ogni punto percentuale di spesa out-of-pocket corrisponde una mortalità negli adulti più elevata dell'1,68%<sup>8</sup>, supportando l'ipotesi che un carico maggiore di spesa sui cittadini si traduca anche in un sistema sanitario dagli esiti complessivamente inferiori. L'evidenza complementare riguarda la copertura pubblica della spesa sanitaria, al cui aumentare di un punto percentuale corrisponde una riduzione dell'1,9% della mortalità negli adulti.

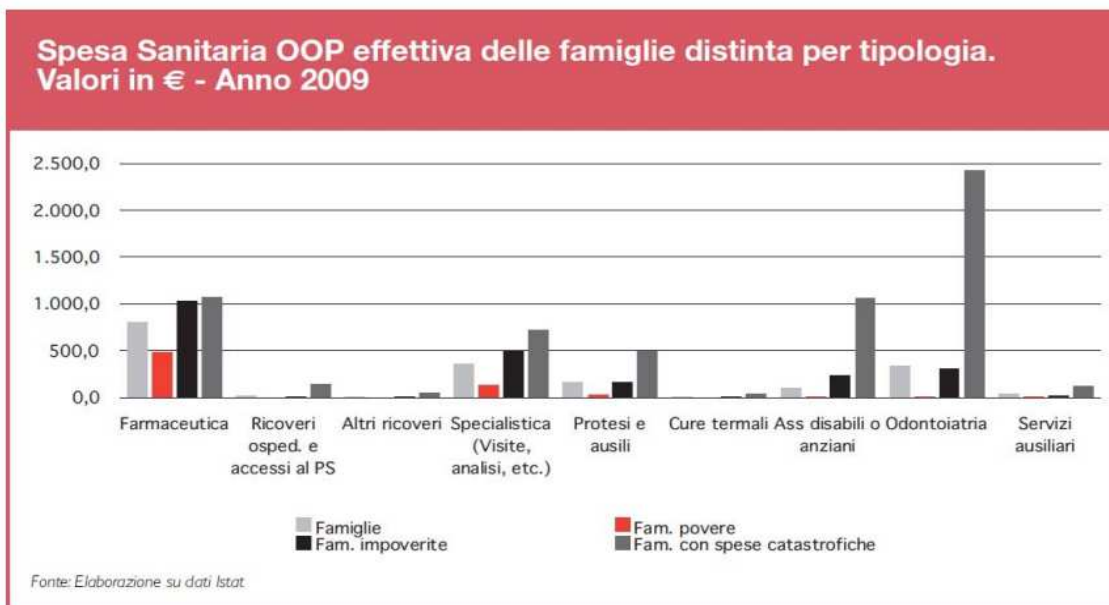
IL PRIVATO GARANTISCE SICURAMENTE PROFITTO, NON NECESSARIAMENTE SALUTE!

### LA DELEGA ALLE FAMIGLIE

Dal punto di vista sociale le conseguenze della crisi economica e dei tagli in sanità sono enormi. La «delega alla famiglia» sta diventando ormai pesantissima e incide sulle scelte di cura. Cartina di tornasole sono le prestazioni odontoiatriche, che il 35% delle famiglie con reddito medio-basso o basso ha ridotto all'essenziale. A pagare il conto più salato sono le famiglie-caregiver che devono far fronte a situazioni di cronicità e non autosufficienza: per le sole spese dirette, l'esborso annuo oscilla tra i 6.043 euro per l'ictus, i 6.884 euro per accudire un caro malato di tumore e i 10.547 euro da destinare a un anziano con Alzheimer. Emergenze cui fino a oggi ha supplito la rete parentale: il 59,4% delle famiglie dichiara di aver dato o ricevuto nell'ultimo

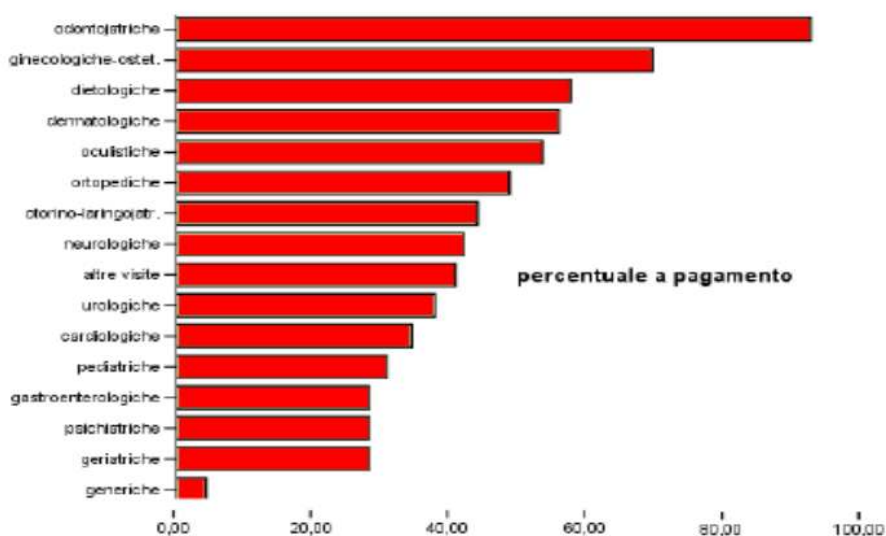
anno almeno un aiuto. Le badanti (774000) superano i dipendenti di ASL e ospedali (664000)

## La spesa out of pocket e il rischio di povertà



Sono le spese per cure odontoiatriche e quelle per l'assistenza agli anziani quelle più "catastrofiche", ma anche farmaceutica e specialista hanno rilievo, in particolare per le famiglie povere.

## LE VISITE OUT OF POCKET PER SPECIALITÀ



Le visite che più interamente sono a carico delle famiglie sono quelle odontoiatriche (92%), ostetrico-ginecologiche (65%), dietologiche (57%), dermatologiche (53%) oculistiche (51%).

## IL PROGRESSIVO IMPOVERIMENTO DEI LEA

Nel corso degli anni abbiamo assistito ad una progressiva e costante eliminazione delle prestazioni garantite dal SSN.

Prestazioni parzialmente escluse dai LEA

- a) assistenza odontoiatrica
- b) densitometria ossea
- c) medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale
- d) chirurgia refrattiva con laser

Ci sono poi delle prestazioni che da un precedente regime di ricovero (e quindi gratuite) sono passate ad un regime ambulatoriale, soggetto al pagamento del ticket (Es: artroscopia, ernia, patologie non maligne della mammella etc...)

Il SSN sta progressivamente spostando risorse finanziarie dall'ambito del ricovero ospedaliero acuto, agli ambiti ambulatoriali, delle cure intermedie e delle cure primarie (c.d. «sanità leggera»). Le evidenze disponibili mostrano che quanto è più alta l'intensità medico-specialistica tanto maggiore è la componente pubblica, mentre quanto meno sono specialistici e intensivi i servizi tanto più essi sono gestiti da erogatori privati accreditati. In altri termini, nell'ambito degli ospedali per acuti prevale «la produzione» pubblica, mentre quanto più ci si sposta verso le cure intermedie e primarie, tanto più «la produzione» è interamente esternalizzata.

Al momento sono, quindi, in campo due forze, in contrasto tra loro, che agiscono sul grado di esternalizzazione della spesa del SSN. Nel medio-lungo periodo, però, non è difficile prevedere il prevalere della seconda, a meno che il SSN non inizi a re-internalizzare quote delle cure intermedie e primarie.

## IL LORO SISTEMA SANITARIO “SOBRIO”

Non possiamo dire che la politiche di contenimento della spesa sanitaria in questi ultimi due decenni, ed in particolare i tagli operati, non abbiano prodotto “risultati”. In una logica di mercificazione della salute e di aziendalizzazione del SSN gli obbiettivi raggiunti, da governi di tutte le parti politiche, sono tutt'altro che insignificanti.

Alcune linee guida hanno delineato il percorso di contenimento della spesa sanitaria:

- Tagli lineari a posti letto, assunzioni, stipendi, spesa farmaci e servizi
- Forte contenimento degli investimenti per il rinnovo e lo sviluppo tecnologico ed infrastrutturale

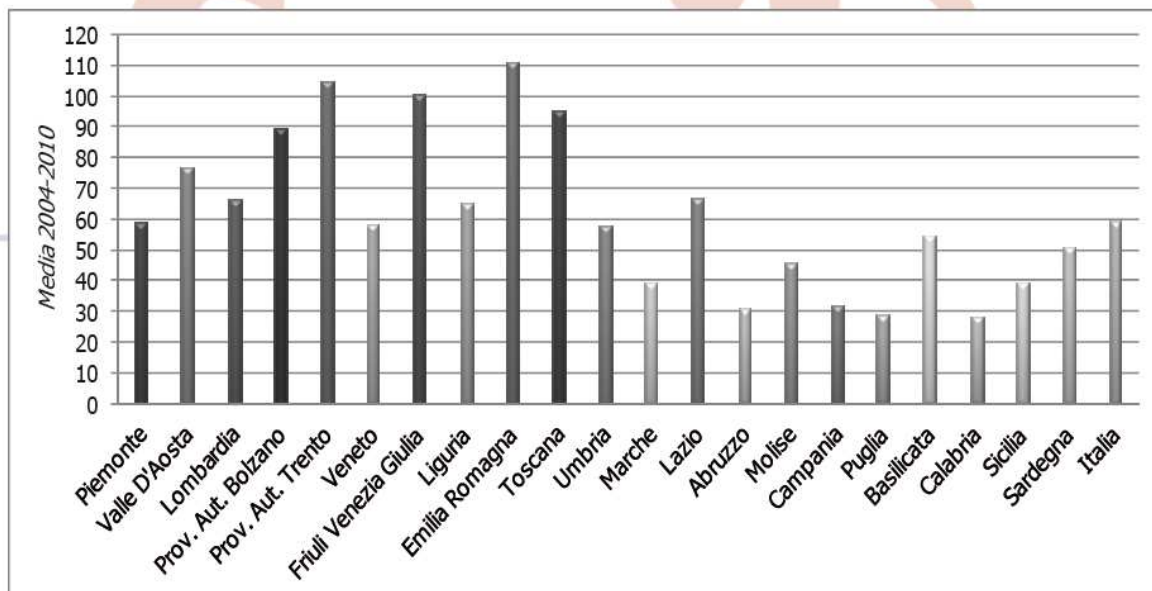


- Utilizzo della dilatazione dei tempi di pagamento (media di 236 giorni per i farmaci e 274 per attrezzature)

I risultati sono stati:

- Il disavanzo del SSN nel 2012 si è attestato a 1,04 miliardi di Euro. Pari allo 0,9% della spesa sanitaria pubblica corrente (nel 2004 era 6,2%).
- Disavanzo nelle Regioni con Piano di Rientro: Campania è 1/10 del 2005, Lazio 1/5, Sicilia azzerato
- Spesa sanitaria pro capite a parità di acquisto 2419 dollari (3318 in Germania, 3133 Francia , 2747 UK)

Figura 3. Investimenti netti medi pro-capite per il periodo 2004-2010 per singola regione



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

## MA A QUALE PREZZO?

Il vecchio slogan la salute non è una merce ma un diritto non è mai stato così attuale.

### **Si allarga il Gap tra Nord /Sud / Regioni soggette al Piano di Rientro.**

Nella storica dicotomia tra Nord e Sud si inserisce un altro gruppo di Regioni quelle soggette ai Piani di Rientro e quindi costrette ad ulteriori tagli e controlli. Il Grado di insoddisfazione sanitaria verso i servizi sanitari pubblici è del 53,5% al centro, 62,2 % al sud . Media italiana 43,9%. Nelle regioni sottoposte ai piani di rientro è del

57,8%. Il gap degli investimenti è ancora più marcato: sono meno di 30 euro pro capite in Calabria, a fronte dei quasi 110 dell'Emilia Romagna.

**Le Regioni sottoposte ai piani di rientro risultano "inadempienti o parzialmente inadempienti" nel mantenimento dei LEA.** Attualmente le Regioni in Piano di Rientro sono: Abruzzo, Campania, Calabria; Lazio, Molise, Puglia e Sicilia. La criticità dei differenziali di performance, e quindi di equità complessiva nel confronto interregionale, rimane alta. Essa è resa ancora più problematica dal periodo di crisi, che oltre a disincentivare la spesa privata, rallenta anche la mobilità interregionale, i cui costi sociali sono interamente sostenuti dalle famiglie

**La dilatazione dei tempi di pagamento** espone le Aziende a costi futuri e crea debito sommerso (prezzi più alti, interessi, obsolescenza tecnologica e inadeguatezza infrastrutturale) all'**Undertreatment**:

### L'UNDERTREATMENT E' L'IMPOSSIBILITA' DI FAR FRONTE ALLE NECESSITA' DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE.

La responsabilità dell'attuale undertreatment di sempre più larghi settori della popolazione è delle scellerate politiche sanitarie degli ultimi anni che hanno distrutto il concetto stesso di salute come diritto esigibile ed universale.

Se vogliamo limitarci ad un'analisi degli ultimi anni, una linea va tracciata nel 2011, quando fu introdotto il Super ticket di 10 Euro. Dal 1° semestre del 2011 al 1° semestre del 2012 si osserva un calo dell'8,5% nei consumi di prestazioni specialistiche del SSN senza relativo aumento del privato. La riduzione della spesa pubblica non è più neanche compensata da un aumento di quella privata che segue il ciclo economico e il reddito disponibile dei consumatori. Media italiana è 463 Euro pro capite (707 Euro in Trentino e 239 in Campania)

Assistiamo ad un progressivo allargamento dell'undertreatment a settori storicamente a bassa copertura pubblica. Già nel 2011, l'11% delle famiglie (20% al sud), dichiarava di non avere soldi per spese di malattia. Più di 3 milioni di italiani hanno avuto problemi economici a causa delle spese sanitarie, e oltre 2,5 mln hanno dovuto rinunciare a visite, analisi o cure odontoiatriche.

Ultima conseguenza, ma non meno importante, è l'avanzata delle Catene low cost sulla salute, che secondo il Censis cresceranno del 25% l'anno. Con tutti i rischi del caso.

C'era una volta il Welfare, un sistema dove lo stato garantiva una serie di servizi a fronte della contribuzione fiscale dei cittadini. Oggi potremmo dire che esiste il Paradosso del Welfare:

- Il pubblico offre sempre meno
- Molte famiglie spendono di più per avere sempre meno
- Aumentano le famiglie senza copertura

Le conseguenze sociali di questo paradosso pesano sulla vita e le decisioni delle famiglie, che iniziano ad auto-organizzarsi con dinamiche di consumo sanitario

sempre più complesse ed articolate (ricerca continua dell'offerta migliore). Spesso a scapito della qualità e del risultato. Questo spostamento di spese fuori dal pubblico crea una dicotomia tra chi riesce a coprire le prestazioni , in vari modi, e chi finisce per rinunciarci .

Chi, come questa Federazione, ha avuto l'opportunità di confrontarsi durante i Forum Europei e Mondiali sulle tematiche sanitarie, non può dimenticare gli anni nei quali il SSN italiano era al considerato tra i migliori del mondo (al 2° posto nel 2000 per il The World health report). Un modello con il quale confrontarsi e dal quale attingere (pensiamo solo al Brasile di Lula e al 1° Forum mondiale sulla salute) . Anche se per noi non era mai stato scevro da critiche, anche dure.

Oggi (2015) siamo al 22° posto in Europa. In pochi anni sono stati distrutti in nome della logica di mercato un patrimonio di diritti conquistati con anni di lotte.

### PER CONCLUDERE

- I tagli in sanità e la crisi economica dell'ultimo periodo, hanno ulteriormente impoverito il diritto alla salute dei cittadini e soprattutto hanno acuito le differenze di classe.
- Diritto alla salute che era già fortemente minato dalla politiche di privatizzazione della sanità pubblica e dalla progressiva riduzione dei LEA.
- Pur in una situazione di totale impoverimento è ulteriormente aumentato il divario tra nord, sud e Regioni con piano di rientro
- Le conseguenze delle politiche di contenimento delle spese sanitarie e sociali hanno costretto le famiglie a rinunce sia in termini di prestazioni sanitarie che in termini di qualità della vita.
- Queste scellerate politiche sanitarie e sociali avranno un impatto sullo stato di salute e sulla qualità della vita dei cittadini, che saranno ancora più evidenti negli anni a venire.

**LOTTARE PER INVERTIRE QUESTA ROTTA E' UN COMPITO STORICO CHE COME FEDERAZIONE COBAS SANITA' UNIVERSITA' E RICERCA NON POSSIAMO RIMANDARE ULTERIORMENTE AVENDO BEN CHIARA LA NECESSITA' DI COINVOLGERE IN QUESTA LOTTA PER IL DIRITTO ALLA SALUTE TUTTE LE REALTA' SOCIALI CONDIVIDENDO MOBILITAZIONI E CONCRETIZZANDO OBIETTIVI.**