Documenti del Comitato Etico della Fondazione Umberto Veronesi

L'impatto delle diseguaglianze socio-economiche sul diritto ad avere eguali opportunità di salute in Italia

AUTORI

CARLA COLLICELLI[1]

DOMENICO DE MASI [2]

ROBERTA CRIALESI [3]

AFFILIAZIONE

[1] Centro Studi Investimenti Sociali (CENSIS)

[2] Sapienza Università di Roma

[3] Istituto di Statistica Nazionale (ISTAT)

INTRODUZIONE[1]

Le disuguaglianze economiche nei paesi Ocse sono oggi più accentuate di quanto non fossero trent'anni fa. Dalla seconda metà degli anni Ottanta, il divario tra ricchi e poveri è aumentato vertiginosamente non solo nei paesi tradizionalmente più disuguali come gli Stati Uniti e il Regno Unito, ma anche nei paesi storicamente più attenti all'equità, come quelli scandinavi. Dal 2008 in poi, la crisi economica, più profonda ed estesa di quanto previsto, ha esacerbato queste tendenze, determinando un incremento nelle diseguaglianze economico-sociali a livello globale.

Tra le conseguenze di questi cambiamenti, alcune delle più rilevanti riguardano l'impatto che le disuguaglianze economiche e sociali hanno per la salute. Studi comparativi tra diversi paesi hanno evidenziato la correlazione tra fattori socio-economici - come l'istruzione, il reddito, la condizione occupazionale, la classe sociale, etc. - e condizioni di salute misurate sia in termini di prevalenza di patologie sia di mortalità. Chi è svantaggiato socio-economicamente, quindi, si ammala più spesso e rischia di morire prima rispetto a chi dispone di risorse economiche adeguate e appartiene a classi sociali più agiate. La riduzione delle disuguaglianze nei confronti della salute passa quindi anche - se non soprattutto - per una riduzione delle diseguaglianze economico - sociali.

In questo documento il Comitato Etico della Fondazione Veronesi intende denunciare il rapporto tra le diseguaglianze socio-economiche e le diseguaglianze di salute in Italia, con particolare riferimento ai cambiamenti emersi negli ultimi dieci anni. Analizzando i dati disponibili, emerge infatti che nel corso dell'ultimo decennio si sono determinate nel nostro Paese diseguaglianze crescenti che segnalano molteplici criticità per un pieno rispetto del diritto alla salute. In un momento storico in cui non vi è mai stata così tanta ricchezza sul pianeta rispetto al numero dei suoi abitanti, è inaccettabile non solo che a molti sia ancora negato il pieno rispetto del proprio diritto alla salute, ma anche che tale diritto si stia progressivamente erodendo per ampie fasce della popolazione, in particolare quelle più deboli, per le quali è sempre più difficile raggiungere lo stato di salute fisica e mentale che sarebbe loro altrimenti disponibile in una società più equa.

LA SALUTE COME DIRITTO UMANO FONDAMENTALE

La salute rappresenta una condizione essenziale affinché sia possibile realizzare il proprio piano di vita e, in generale, il progresso sociale. La Costituzione del 1946 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità recita che "il raggiungimento del più alto standard di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credenze politiche, e condizioni sociali ed economiche". Il "diritto alla salute" è poi stato riconosciuto come fondamentale in altri strumenti internazionali come, ad esempio la Convenzione sui diritti Economici, Sociali e Culturale del 1966. A differenza di altri Paesi, la Costituzione Italiana riconosce questo diritto in modo esplicito all'articolo 32, allorché dice che "La Repubblica tutela la salute come 7 fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti."

L'ottenimento del più alto standard di salute raggiungibile per ciascuno, e cioè il "diritto alla salute", costituisce una precondizione per il raggiungimento e l'estensione di altri diritti umani fondamentali, come ad esempio il diritto a ricevere un'educazione o il diritto a guadagnarsi quanto basta per vivere dignitosamente tramite il proprio lavoro. Dato quindi il ruolo centrale che il diritto alla salute deve e può giocare per guidare le politiche sanitarie e socio-economiche degli Stati, prima di procedere oltre occorre soffermarsi a precisare alcuni dei suoi tratti essenziali:

1. il diritto alla salute è un diritto *inclusivo*, perché implica non solo l'accesso a cure e strutture mediche qualificate e di qualità, ma si estende fino a comprendere molti altri fattori senza i quali non è possibile vivere una vita in piena salute - come ad esempio l'accesso al cibo, all'acqua, ma anche a informazioni corrette e complete in materia di prevenzione e di salute;

2. il diritto alla salute non va confuso con il "diritto a essere sani": a ogni diritto corrisponde infatti un dovere, ma è evidente che nessuno può avere il dovere di assicurare a tutti di essere sani, perché le malattie e le patologie dipendono spesso da fattori che non sono controllabili. Allo stesso modo, il diritto alla salute non va confuso con il "diritto a essere

tutti nello stesso stato di salute", dato che, di nuovo, le differenze biologiche (e non solo) che esistono tra gli individui sono in larga parte indipendenti dalle decisioni che i medici o i politici possono prendere;

3. il diritto alla salute implica sia delle libertà (come quella di poter rifiutare le cure mediche), sia determinati diritti che ne specificano l'estensione (detti *entitlements*). Tali diritti comprendono, tra gli altri, "il diritto alla prevenzione, al trattamento e al controllo delle malattie", "l'accesso a medicine essenziali" e "l'accesso eguale e tempestivo a servizi di salute basilari". In particolare, però, in questo documento ci limiteremo a considerare un *entitlment* specifico, e cioè "il diritto a un sistema sanitario in grado di assicurare *eguali opportunità* per chiunque di godere del massimo livello di salute".

   Anche se "il diritto alla salute" è quindi un diritto che possiede molteplici sfaccettature teoriche e morali, in questa sede l'aspetto che verrà preso in considerazione riguarda solo il diritto più specifico di ciascuno ad avere "eguali opportunità" di salute rispetto ad altri nello stesso Stato, indipendentemente dalle differenze di genere, di appartenenza e provenienza territoriale, di credo religioso e politico, e di condizione socio-economica. Assicurare a tutti "eguali opportunità" in termini di prevenzione, cura e miglioramento della propria salute significa quindi che gli Stati, nel rendere operativo il diritto alla salute tramite le proprie politiche, devono cercare di ridurre - e ove possibile di eliminare - tutte le diseguaglianze di salute che possono esistere all'interno del proprio territorio. Questo comporta, in primo luogo, il dovere di monitorare attraverso studi qualitativi e quantitativi la situazione della salute all'interno dei propri confini al fine di assicurarsi che il peso delle malattie e di altre condizioni svantaggiose per la salute non ricada in modo sproporzionato su alcuni gruppi di persone rispetto ad altri.

Affrontare il tema delle diseguaglianze nelle opportunità di salute permette di evidenziare due aspetti centrali che riguardano la promozione del più generale "diritto alla salute".

Il primo aspetto riguarda il ruolo centrale che il principio di giustizia assume in ambito medico-sanitario. Molte delle malattie e delle morti nella nostra società sono il frutto di ingiustizie che dipendono da politiche sanitarie e socio-economiche inique che privilegiano la difesa e il miglioramento della salute di alcuni a scapito di quella degli altri. Inquadrare la questione della salute attraverso la lente dei diritti umani permette quindi di identificare la complessa relazione tra salute e giustizia come uno degli aspetti sui quali lo stato della salute di un paese deve essere misurato, confrontato e quindi giudicato. Questo porta a focalizzare l'attenzione su quei gruppi sociali spesso più svantaggiati (come le donne, gli anziani o chi soffre di alcune malattie socialmente stigmatizzate) i quali rischiano altrimenti di rimanere ai margini delle decisioni collettive prese in materia sanitaria.

Il secondo aspetto riguarda poi la concreta traducibilità pratica del diritto alla salute e, quindi, degli obblighi che i vari Stati hanno assunto verso di esso. Secondo un comune fraintendimento, il diritto alla salute sarebbe troppo generale e oneroso per gli Stati: esso rappresenterebbe solo un bel principio morale che sarebbe però intraducibile nella pratica, soprattutto in tempi di crisi economica e restrizioni di bilancio. A questa obiezione si può rispondere che le finitezza delle risorse non costituisce mai una scusa accettabile per giustificare una loro distribuzione iniqua. A prescindere dalla situazione economica, quindi, ogni Stato ha comunque il dovere di promuovere il diritto alla salute al meglio delle proprie capacità, garantendo eque opportunità a tutti stante la presente condizione economica. Inoltre, molte misure che possono assicurare eque opportunità a tutti nei confronti della propria salute non implicano maggiori spese da parte degli Stati, ma, piuttosto, la rimozione o il ripensamento di quegli aspetti del proprio sistema sanitario e socio-economico che determinano discriminazioni strutturali e quindi inique tra diversi gruppi e fasce sociali.

Sebbene una piena analisi delle implicazioni teoriche e morali del "diritto alla salute" in Italia vada oltre gli scopi del presente documento, riteniamo tuttavia importante tornare a porre con forza al centro del dibattito la questione della "eguaglianza delle opportunità" nei confronti della propria salute, analizzando i dati disponibili al fine di comprendere (i) quali diseguaglianze esistono oggi in Italia rispetto alla salute; (ii) se tali

diseguaglianze siano cresciute o diminuite nel corso degli ultimi anni di crisi economica; (iii) quali soluzioni possono essere ipotizzate per permettere all'Italia di operare concreti passi in avanti verso un pieno rispetto del diritto alla salute per tutti.

LE DISEGUAGLIANZE ECONOMICHE E DI SALUTE IN ITALIA

Negli ultimi decenni sono cresciute le diseguaglianze economico-sociali nei paesi Ocse. In Italia, la disuguaglianza nella distribuzione di redditi è aumentata nella prima metà degli anni Novanta per poi stabilizzarsi nel decennio successivo. Con l'avvento della crisi economica nel 2008, poi riacutizzatasi nel 2013, il PIL è crollato sotto i livelli del 2001. A questo si è associata una riduzione del reddito disponibile alle famiglie: tra il 2011 e il 2012 le famiglie in condizioni di povertà assoluta sono passate dal 33% al 41% del totale, con un ulteriore peggioramento avvenuto nel 2013[2].

Malgrado il generale impoverimento di ampie fasce della popolazione, però, nel periodo considerato i dati registrano la relativa tenuta del *sistema salute* italiano. Il Rapporto Cnel-Istat sul Benessere Equo e Sostenibile del 2014[3], colloca la salute e la sanità tra i pochi settori che registrano in Italia andamenti in qualche caso migliorativi, spesso stazionari e comunque non peggiorativi.

Il primato italiano in Europa è evidente nella speranza di vita alla nascita, pari a 82,1 anni, di contro a valori progressivamente più bassi – da quello simile al nostro della Spagna a quelli molto lontani della Lettonia o della Bulgaria[4]. Dall'inizio del secolo gli anni vissuti sono costantemente cresciuti e gli uomini hanno guadagnato 3 anni di vita, mentre le donne 2[5]. Anche la speranza di vita a 65 anni è per gli italiani superiore rispetto agli altri paesi: 20,9 % contro una media Ue pari a 19,7 % (dati Eurostat). L'Italia è poi al quarto posto tra i 27 paesi aderenti all'Unione Europea per stato di salute, inteso come indice sintetico costruito sulla base di diversi indicatori, tra cui la speranza di vita alla nascita e a 65 anni, il tasso di mortalità standardizzato, le persone con patologie croniche o problemi di salute, nonché la salute percepita[6].

Secondo questi dati, quindi, negli ultimi dieci anni, nonostante un trend economico negativo che ha impoverito ampie fasce della popolazione, la situazione complessiva della salute in Italia si è mantenuta relativamente stabile, migliorando addirittura sotto alcuni aspetti importanti: migliora la speranza di vita alla nascita, diminuiscono la mortalità infantile e quella per tumori maligni tra gli adulti, si attenua la crescita della mortalità per demenze senili pur in presenza di un progressivo invecchiamento demografico e si riduce lievemente la quota di persone con con limitazioni funzionali.

Questa prima conclusione generale, tuttavia, deve essere interpretata con la dovuta cautela, perché si riferisce allo stato del sistema salute italiano nel *suo complesso* e pertanto offre un dato utile ma pur sempre parziale. Infatti, scegliendo come esempio la ricchezza al posto della salute, è facile immaginare una situazione nella quale molti si sono impoveriti mentre pochi si sono invece arricchiti moltissimo, facendo così risultare alla fine che nel periodo considerato il saldo della ricchezza *media* sia comunque rimasto stabile o sia addirittura cresciuto in positivo. Allo stesso modo, il dato medio rispetto alla tenuta del sistema salute italiano può nascondere disuguaglianze territoriali e sociali che possono essere anche molto rilevanti.

Di conseguenza, per capire a fondo come si è evoluta la situazione delle diseguaglianze di salute in Italia nel corso degli ultimi dieci anni occorre considerare altri dati, i quali permettono di scorporare i dati medi alla luce di altri parametri. Nelle successive sezioni saranno quindi presi in esame diverse categorie di dati che permettono di contestualizzare il generale problema delle diseguaglianze di salute alla luce di fattori quali il territorio di appartenenza, il grado di istruzione, la speranza di vita in buona salute, la salute psicologica e mentale, gli stili di vita, l'accesso a farmaci innovativi per alcune patologie come quelle tumorali, l'accesso alle cure e la prevenzione.

LE DISEGUAGLIANZE DI SALUTE TERRITORIALE TRA NORD E SUD

Il primato italiano come paese dove si vive bene e si gode di buona salute non riguarda tutti gli italiani allo stesso modo. Esistono, infatti, chiare diseguaglianze di tipo territoriale. Un'indagine dell'Università di Gothenburg del 2012 sulla qualità del governo locale in Paesi europei propone elementi interessanti dal punto di vista delle differenze regionali all'interno dei singoli paesi[7].

Prendendo in esame 172 regioni in 18 paesi, tale analisi ha evidenziato che, per quanto riguarda la "qualità della sanità pubblica", esiste un divario profondo tra il valore 9 che viene assegnato alla provincia di Bolzano e il valore 170 che viene invece assegnato alla Calabria.

Tra il 2005 e il 2013, al Sud la percentuale della popolazione che si dichiara in cattive condizioni di salute è aumentata passando dall'8,6% al 12,4%. In questo rispetto, la popolazione più vulnerabile appare quella degli anziani che vivono al Sud in condizioni economiche e sociali svantaggiate[8]. La percezione soggettiva del proprio stato di salute decresce in modo progressivo dal Nord (71,9%), al Centro (69,8%)[9], per arrivare poi al Sud e alle Isole (68,8%). In particolare, mentre tra 2009 e 2013 la quota di persone che dichiara di stare bene è aumentata di oltre 2 punti percentuali al Nord e di quasi un punto percentuale al Centro, ma è diminuita al Sud e nelle Isole dello 0,2%[10].

Considerando il periodo 2000-2013, la dinamica divaricante territoriale è però ancora più evidente: nel 2000 a dichiarare un buono stato di salute era il 72,5% degli intervistati al Nord, il 73,8% al Centro e il 75,3% al Sud, mentre nel 2013 le persone che dichiarano di stare bene sono diminuite al Nord dell'1%, al Centro del 4% e al Sud e nelle Isole di ben il 6,5%.

Uno dei principali indicatori della condizione di salute della popolazione è la speranza di vita in buona salute alla nascita[11]. Da stime riferite al 2012, emerge che chi nasce in Italia può contare su 59,8 anni di vita in buona salute se maschio e 57,3 se femmina. Sebbene dunque le donne siano più longeve, esse trascorrono però circa un terzo della loro vita in condizioni di salute non buone (32,1%), contro un quarto degli uomini (24,9%). Il Mezzogiorno, oltre ad avere una vita media più breve, è svantaggiato anche per una più bassa speranza di vita in buona salute rispetto al Centro e al Nord: nel 2012 il numero di anni in buona salute è pari a 57,5 anni per gli uomini e 54,9 per le donne, rispetto a 60,9 per gli uomini e 58,4 per le donne del Nord, e a 60,5 per gli uomini e 58,6 per le donne del Centro. Nel periodo che va dal 2009 al 2012, il numero di anni vissuti in buona salute è aumentato di 2,1 anni per gli uomini e di 2,2 per le donne. Il miglioramento riguarda tutte le ripartizioni geografiche, a eccezione delle donne del Mezzogiorno tra le quali l'incremento registrato non è statisticamente significativo.

Le stesse disuguaglianze di genere e territoriali si ripropongono se si considera un altro indicatore importante per misurare la qualità della sopravvivenza: la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni. A 65 anni, una donna può aspettarsi di vivere in media altri 21,8 anni, dei quali 9,4 senza limitazioni di autonomia nelle attività quotidiane, per gli uomini il numero di anni da vivere senza limitazioni è simile (9,9 anni), a fronte di un minor numero complessivo di anni ancora da vivere (18,3). Nel Sud e nelle Isole anche la vita media senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni (8,6 e 7,7 anni rispettivamente per uomini e donne) è più breve di oltre due anni rispetto a quella del Centro (10,8 e 10,6 anni), che nel 2012 ha superato il Nord nella graduatoria per ripartizione geografica, a seguito di un incremento di 1,6 anni sia per i maschi sia per le femmine rispetto al 2008.

L'ultimo Rapporto annuale dell'Istat (maggio 2015) evidenzia inoltre che le maggiori criticità si registrano nel Meridione, soprattutto nei cosiddetti territori del disagio, i quali comprendono alcune realtà urbane meridionali (conurbazione napoletana, area urbana di Palermo e, in Puglia, i sistemi locali urbani litoranei a nord di Bari) e nei centri urbani meridionali. La condizione economica svantaggiata e la forte disuguaglianza di reddito che sperimentano i cittadini residenti in queste aree si riflettono pesantemente sulle condizioni di salute e di conseguenza sulla soddisfazione rispetto al contesto di vita. In tali situazioni, le diseguaglianze trovano la loro massima espressione.

Da questi dati appare chiaro che un primo fattore di disuguaglianza nella salute concerne il territorio nel quale si risiede. Naturalmente, a tale fattore si vanno poi a sommare altre variabili, come le diseguaglianze di genere, le risorse culturali o la condizione economica, le quali possono ulteriormente acuire (o controbilanciare) le diseguaglianze che hanno un'origine territoriale.

LIVELLO DI ISTRUZIONE E MORTALITÀ

Il bene salute correla con una molteplicità di altri determinanti socio-economici, tra cui il livello di istruzione. Per quanto riguarda l'Italia, la relazione tra mortalità e istruzione è stata analizzata per la prima volta su scala nazionale attraverso lo studio di *follow up* condotto su un campione di

circa 130.000 individui che sono stati intervistati nel corso dell'indagine Istat del 1999-2000 su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" e poi seguiti fino al 2007, così da agganciare anche le informazioni relative ai decessi, desunte dagli archivi di mortalità dell'Istat. Dai risultati di questo studio è emerso che nella popolazione fra i 25 e i 64 anni lo svantaggio più rilevante nei confronti della salute si osserva tra le donne con livello di istruzione più basso, le quali hanno un rischio di mortalità circa doppio rispetto alle donne della stessa età con titolo di studio più elevato. Fra gli uomini con bassa istruzione di età compresa tra 25 e 64 anni, il rischio di morire è addirittura dell'80% più elevato rispetto ai più istruiti[12].

Rispetto alle specifiche cause di morte, le differenze sociali più importanti si registrano per tumori e cause violente. Tra i 25 e i 64 anni, il rischio relativo di morire per tumore è oltre due volte superiore per chi ha a un livello di istruzione basso rispetto a chi ha un titolo di studio elevato (RR = 2,13). Nella stessa fascia di età, il rischio di morte per cause violente è quasi quadruplo per gli uomini con un basso livello di istruzione (RR = 3,92), riflettendo così anche la differente esposizione a fattori di rischio legati a condizioni lavorative e stili di vita più a rischio[13].

LA SALUTE PSICOLOGICA E MENTALE

Uno svantaggio nella posizione sociale individuale influenza la salute in tutte le sue dimensioni, fisica, funzionale, ma anche psicologica e mentale. L'indagine Istat sulle condizioni di salute ha utilizzato strumenti di tipo psicometrico costruiti sulla base del questionario SF-36 (*Short Form Health Survey)* per studiare aspetti della qualità della vita legati alla salute mentale. Ciò ha consentito di costruire, tra gli altri, l'indice sintetico di stato psicologico (*MCS-Mental Component Summary*) e l'Indice sintetico Mental Health (MHI) il quale misura principalmente aspetti legati alla depressione (*Psicological distress*). All'aumentare dei punteggi degli indici corrispondono valutazioni migliori delle condizioni di salute psicologica e mentale.

Le differenze di status sociale sono rilevanti anche per l'indice di stato psicologico. È tra le donne anziane residenti nel Mezzogiorno (Mcs pari a 43,1) che si evidenziano le disuguaglianze più nette, sia rispetto al Nord, sia rispetto agli uomini. Il benessere psicologico è particolarmente compromesso anche tra le persone in cerca di nuova occupazione, tra le quali si registra inoltre un ulteriore peggioramento, con il punteggio medio dell'indice Mcs che si riduce di 1,5 punti rispetto al 2005. Anche tra quanti sono in cerca di un primo lavoro si evidenzia un peggioramento del benessere psicologico (indice Mcs pari a meno 1,9 punti). È comunque tra le donne di 45-64 anni che cercano di entrare nel mondo del lavoro che si rileva il più basso punteggio medio dell'indice di stato psicologico, pari a 43. Rispetto agli anni precedenti la crisi, l'indice di salute mentale si è ridotto soprattutto tra i giovani fino ai 34 anni (-2,7), in misura maggiore tra i maschi, e tra gli adulti di 45-54 anni (-2,6). Un calo ancora maggiore si rileva per le persone straniere residenti in Italia: l'indice si riduce di 4,7 punti tra le donne straniere e la diminuzione è in media di 5,4 punti. Nella popolazione con più di 14 anni l'Indice MHI è pari a 70,2, più basso in media di 5 punti tra le donne (68,3 contro 72,3 tra gli uomini) indicando così peggiori condizioni di salute mentale[14].

Tra gli eventi avversi che influenzano negativamente l'indice di salute mentale assume un ruolo preponderante la presenza di gravi problemi economici (MHI pari a 54,1), il cui impatto è secondo solo alla diagnosi di una malattia (53,8), seguono le difficoltà con i figli o altri familiari (58,0), la perdita del lavoro proprio o di un familiare (62,1), la rottura del rapporto di coppia (62,2) e il decesso di un familiare (66,7). Nel confronto con il 2005, tenuto conto del periodo di congiuntura economica sfavorevole, quasi raddoppia la quota di chi riporta tra i problemi dolorosi da affrontare quello della perdita del lavoro, che passa da 4,3% a 7,4% e raggiunge una percentuale dell'11,7% tra chi ha risorse scarse o insufficienti.

STILI DI VITA

La probabilità d'insorgenza di molte delle malattie croniche responsabili della maggior parte delle morti non è riconducibile alla solo realtà biologica. Secondo l'Oms, ben l'80% dei casi di malattie cardiache, ictus e diabete si possono efficacemente prevenire attraverso il contrasto di fattori di rischio quali il fumo, la sedentarietà e l'obesità. La diversa propensione degli individui ad adottare stili di vita insalubri presenta a sua volta una relazione particolarmente stretta con la loro appartenenza agli strati economicamente più deboli della gerarchia sociale.

Per quanto riguarda l'**obesità** è noto che l'eccesso ponderale costituisca un importante fattore di rischio per l'insorgenza di patologie metaboliche, cardiovascolari e tumorali. In un recente studio dell'Istat si è stimato che nel 2013, a parità di altre caratteristiche individuali, chi è obeso ha un rischio tre volte maggiore di sviluppare almeno una di queste patologie rispetto a chi è normopeso.

In Italia, l'11,2% della popolazione adulta è obeso mentre il 34,3% è in sovrappeso[15]. L'obesità è in aumento sia rispetto al 2000 (+2 punti percentuali), che al 2005 (+1). La prevalenza di persone obese aumenta al crescere dell'età (da 2,8% nella classe 18-24 anni a 18% nella classe 65-69 anni), ed è più elevata tra gli uomini (12,1% contro 10,5% delle donne), a eccezione degli over 75. Anche qui le disuguaglianze geografiche sono marcate: il Sud continua ad aggiudicarsi il primato negativo con il 13,2% di persone obese, aumentando ulteriormente la distanza dal Nord-ovest dove la quota è pari invece al 9,6%. A destare preoccupazione è soprattutto la diffusione dell'obesità tra i minori che rischia per la prima volta dal XIX secolo un'inversione nel trend della speranza di vita. I dati Istat più recenti confermano che circa il 30 per cento di bambini e ragazzi è in eccesso di peso, più di un bambino su 3 tra i 6 e i 10 anni - nel Sud addirittura 1 su 2 nella stessa fascia di età. Questi dati collocano l'Italia tra i Paesi europei con il più alto tasso di obesità e sovrappeso infantile. Il gradiente Nord-Sud è particolarmente accentuato con punte massime in Campania, Calabria, Molise e Sicilia. Inoltre, se entrambi i genitori sono in sovrappeso, nel 36% dei casi lo sono anche i figli. La pratica sportiva gioca un ruolo fondamentale nel contrastare l'eccesso di peso, ma solo il 23% dei ragazzi in sovrappeso pratica uno sport con continuità e quasi 1 ragazzo su 3 non fa alcuna attività fisica[16].

L'**esercizio fisico regolare** comporta, infatti, effetti positivi sulla salute fisica, e svolge una funzione protettiva da malattie cardiovascolari, osteoarticolari, cerebrovascolari, delle patologie del metabolismo, e anche sulla salute mentale. Nonostante la lotta alla sedentarietà sia entrata a far parte dell'agenda europea per promuovere la prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari, nel 2013 in Italia uno stile di vita sedentario caratterizzava ancora il 41,3% delle persone con più di 14 anni, percentuale che, dopo un andamento sostanzialmente stabile fino al 2012, cresce nell'ultimo anno (era del 39,6% nel 2012). Permangono marcate differenze territoriali, con una percentuale di sedentari che varia tra il 31,4% nel Nord, il 39,8% nel Centro e il 55,5% nel Mezzogiorno[17]. La quota di persone che svolge attività sportiva nelle regioni del Sud e delle isole è pari al 15%, di contro a quasi il 27% del Nord-Est e a valori superiori al 23% nel Centro e nel Nord-Ovest[18]. Le regioni con la quota più alta di sedentari rimangono comunque la Campania e la Sicilia, con circa il 61% della popolazione di 14 anni e più che non pratica alcuna attività fisica nel 2013. Anche le differenze di genere a svantaggio delle donne sono stabili nel tempo; nel 2013 la percentuale di sedentari è pari al 45,3% tra le donne e al 37,1% tra gli uomini.

Il **fumo** rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di malattie, non solo di tipo oncologico. Nel 2013 si conferma un lieve trend in diminuzione della quota di fumatori, iniziato nel 2009: la percentuale si riduce di 1 punto rispetto all'anno precedente e di oltre 2 punti rispetto al 2009. La quota di fumatori diminuisce in particolare tra gli uomini (26,6% nel 2013 contro il 27,9% nel 2012), attenuando ulteriormente le differenze di genere. La categoria sociale con la più alta quota di fumatori è quella degli uomini disoccupati, nella quale si registra tuttavia un'importante riduzione: dal 45,3% del 2010 al 39% al 2013 Per gli uomini fino a 64 anni di età, la quota più alta di fumatori si ha sempre tra coloro che hanno titoli di studio più bassi. Per gli over 65 le differenze per livello di istruzione si registrano solo tra le donne, ma secondo una relazione inversa che vede penalizzate le più istruite: infatti nel 2013 tra le più istruite la percentuale di fumatrici è circa del 15%, contro il 5,4% delle coetanee meno istruite.

MALATTIE ONCOLOGICHE E ACCESSO AI FARMACI SPERIMENTALI PER TUMORI

In un momento in cui ampie fasce della popolazione si sono impoverite, appare particolarmente critica la situazione delle famiglie colpite da una malattia cronica o fortemente invalidante. L'insorgere di una patologia come il tumore, genera infatti un flusso di costi annuali per il paziente e i familiari elevato, che può protrarsi per anni e che è destinato ad aumentare, penalizzando i pazienti con reti familiari più fragili o che vivono in contesti più toccati dal taglio dei servizi[19].

Concentrando l'attenzione sulle persone malate di tumore con diagnosi a cinque anni, il costo sociale totale annuo ascrivibile a pazienti e ai *caregiver* è stato stimato per il 2013 pari a 36,4 miliardi di euro annui, di cui oltre 5,8 miliardi di spese dirette e oltre 30 miliardi di costi indiretti, tra i quali oltre 12 miliardi costituiscono il valore monetario delle attività di assistenza e/o sorveglianza direttamente erogate dal *caregiver*. Per i pazienti con una diagnosi di tumore a due anni il costo sociale annuo totale per pazienti e *caregiver* è stato stimato pari a 19,1 miliardi di euro, mentre per quelli per i quali dalla diagnosi è trascorso un periodo compreso tra 2 e 5 anni il costo sociale totale è pari a 17,2 miliardi di euro. Il costo sociale pro-capite per i pazienti con diagnosi a 2 anni e relativi caregiver è invece stimato pari a 36,1 mila euro. Per quelli con diagnosi tra 2 e 5 anni a 30,7 mila euro e per il totale dei pazienti per i quali è intercorso un massimo di 5 anni dalla diagnosi di tumore e relativi *caregiver* è pari a 34,2 mila euro annui.

La stessa efficacia delle cure in ambito oncologico, che accelera in molti i casi tempi di guarigione e recupero per molte forme tumorali, è messa spesso a repentaglio dai costi ingenerati dalla patologia in assenza di sostegni socio-lavorativi e di sussidi economici adeguati. Una recentissima indagine condotta da Censis e Favo (Federazione degli organismi di volontariato in oncologia) ha verificato l'esistenza di limitazioni nell'accesso alle cure farmacologiche da parte dei pazienti oncologici nei diversi territori italiani, misurando la durata del percorso autorizzativo di 16 farmaci oncologici innovativi che hanno completato l'iter autorizzativo negli ultimi due anni, dalla valutazione centralizzata europea dell'Ema all'immissione nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) per 10 regioni, e dunque all'effettiva disponibilità del farmaco per i pazienti[20]. L'analisi ha mostrato che per il completamento del percorso autorizzativo trascorrono per i farmaci studiati in media 1.070 giorni, ovvero tre anni e quindi un tempo per molti lunghissimo[21].

Per quanto riguarda l'iter territoriale, le forti disuguaglianze rilevate rimandano a varie criticità locali di origine economica, organizzativa e pratica, come ad esempio la cadenza temporale delle riunioni delle Cts regionali, che spesso avvengono con scarsa frequenza. Dalle interviste realizzate presso medici oncologi è emerso che, nelle regioni che non hanno il PTOR, i farmaci innovativi sono resi disponibili in maniera più tempestiva ai malati. Si è rilevato inoltre che spesso il passaggio dall'Aifa ai singoli PTOR regionali comporta un taglio delle indicazioni terapeutiche.

Nel complesso, da questa indagine emerge una situazione di razionamento e di negazione e/o ritardo nell'accesso ad alcune cure già previste dalla normativa europea e nazionale per pazienti oncologici di alcuni territori e di alcune forme tumorali, più volte segnalata dalle associazioni dei pazienti. In generale, rispetto alla situazione di altre categorie di disabili, l'indice regionale di offerta per disabilità e cronicità, calcolato dal Censis su dati Istat, mostra che, a esclusione del Molise, presentano una *performance* positiva quasi tutte le regioni appartenenti all'area Centro-nord, mentre presentano valori inferiori alla media nazionale le regioni del Sud e delle Isole, fatta eccezione per il Friuli Venezia Giulia e la Liguria[22].

ACCESSO ALLE CURE, CONTRIBUZIONE E SPESA SANITARIA *OUT OF POCKET*

Accanto alle disuguaglianze di salute, anche le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e alle cure sanitarie, fortemente interrelate con fattori di tipo socio-economico, costituiscono un importante problema di *policy* in campo sanitario. Negli anni della crisi economica e delle politiche di austerità la riduzione delle prestazioni a carico del settore pubblico sono state spesso compensate da quello privato che è a carico dei cittadini. Tuttavia, le spese *out-of-pocket* sono un importante deterrente negli accessi ai servizi sanitari e portano quindi a un ulteriore diseguaglianza in termini di salute.

A fronte di maggiori spese che occorre sostenere per usufruire degli stessi servizi, le fasce economicamente svantaggiate soffrono naturalmente di più rispetto alle altre. Dal punto di vista socio-economico, nel 2012 oltre il 78,5% delle persone con ottima disponibilità di risorse economiche dichiarava di essere in buona salute, contro il 67,4% di quelle con risorse scarse e il 64,8% di quelle con risorse familiari assolutamente insufficienti. Le differenze percentuali sono pari a 13,7 punti di svantaggio delle persone con minori disponibilità di risorse economiche.

L'aumento dell'incidenza della difficoltà a sostenere le spese per cure mediche necessarie è confermata anche dai dati Eusilc e riguarda, in

particolare, gli individui residenti nel Mezzogiorno, con un aumento di quasi 4 punti percentuali (dal 16,4% nel 2012 al 21,7% nel 2013); i single non anziani, che fanno registrare un aumento di quasi 3 punti (dal 7% al 9,9% se di età inferiore ai 35 anni, dal 10,3% al 13,1% se di età inferiore ai 65 anni); le persone in famiglie con due o più minori (dal 13,3% al 16,0%) o in famiglie con a capo una persona in possesso al massimo della licenza media inferiore (dal 15,6% al 18,4%), in cerca di occupazione (dal 30,5% al 33,2%) o occupata a tempo parziale (dal 18,1% al 20,5%) (fonte: Eusilc).

Altri dati relativi alle modalità di accesso e di contribuzione/pagamento mostrano ulteriori difficoltà e disuguaglianze crescenti, con forme di razionamento più o meno implicito dell'offerta, trasferimento sui cittadini di una parte dei costi delle prestazioni (attraverso ticket, intramoenia e *delisting*), peso della spesa *out of pocket* delle famiglie, mobilità territoriale alla ricerca delle prestazioni necessarie e di qualità adeguata, rinuncia a prestazioni anche essenziali per motivi economici e di accesso, allungamento dei tempi di attesa. Ad esempio, oltre il 27% di cittadini dichiara, nel 2013 un costo del ticket superiore al costo da sostenere nel privato e la quota è più alta tra gli abitanti delle regioni del Sud e delle Isole (quasi il 41%), nelle regioni sottoposte a Piano di rientro (oltre il 36%)[23]. Oltre 12,2 milioni di italiani hanno così fatto ricorso più frequentemente alla sanità a pagamento, privata e intramoenia, di quanto non accadesse in precedenza. Già nel biennio 2010-2011, secondo dati Istat, d'altra parte, la spesa sanitaria out of pocket delle famiglie era aumentata in percentuale rispetto alla spesa sanitaria totale, passando dal 19,5% nella media nazionale nel 2010, al 20,6% del 2011. Anche qui forti si evidenziano forti disparità: tra il 15% della Basilicata e il 28% del Friuli Venezia Giulia. Come pure tra 2007 e 2011 l'andamento della medesima spesa privata delle famiglie risultava in crescita ovunque tranne che nelle regioni a statuto ordinario del Centro Nord.

Contemporaneamente, cala per effetto della crisi il ricorso di altre fasce di popolazione (5 milioni nel 2013 secondo le stime) alla sanità a pagamento, a causa della penuria di risorse economiche da spendere per l'87%, motivazione che tra coloro che hanno più di 64 è indicata dal 95,2% degli intervistati. L'indagine Istat del 2013 rileva anche la diminuzione della spesa *out of pocket* per le visite specialistiche, ma l'aumento di quella per il ticket e per gli accertamenti diagnostici (compresi quelli per immagini). Se si tratta di una prestazione non urgente, o che nasce da sintomi considerati non così stringenti, secondo le stime, almeno 9 milioni di italiani tendono a rinviarla a una data futura da definire.

SALUTE E PREVENZIONE

Le diseguaglianze sanitarie riguardano non solo la filiera delle cure in senso stretto, ma anche la prevenzione e la promozione della salute. I dati mostrano come la crisi abbia portato il 23% degli italiani a rinunciare a prestazioni sanitarie di tipo preventivo e il 42% a sottostare nel settore pubblico a tempi di attesa più lunghi per visite, accertamenti ed esami. Anche nella prevenzione, cioè, si registra una ri-articolazione delle scelte sanitarie legate alla disponibilità dei redditi familiari, con una contrazione che riguarda soprattutto i ceti meno abbienti.

Il 36,6% degli italiani con reddito inferiore a 1.000 euro ha rinunciato a una o più prestazioni sanitarie preventive per ragioni economiche nell'ultimo anno, quota che si riduce al 26% per le famiglie con reddito tra 1.000 e 2.000 euro e al 22,8% per quelle con reddito tra 2 mila euro e 4 mila euro, mentre i redditi più alti dichiarano di non aver dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie per ragioni economiche nell'ambito della prevenzione[24]. Circa il 51% delle famiglie con reddito netto mensile familiare fino a 2.000 euro ha deciso di accettare tempi di attesa più lunghi per accedere a prestazioni di prevenzione, che in altri tempi avrebbe invece effettuato privatamente; questa quota scende al 44,6% tra le famiglie con reddito mensile tra duemila e quattromila euro ed al 45% per i redditi più alti.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

La sanità, come altri settori sociali, è oggi l'epicentro di processi di crescenti diseguaglianze socio-economiche, territoriali e di genere. Tali diversità stanno già determinano distanze e traiettorie divaricanti sotto il profilo delle opportunità di vita per le persone.

Rispetto agli anni immediatamente precedenti la crisi persistono forti diseguaglianze sociali nella salute. Il rischio di soffrire di almeno una malattia cronica grave è, infatti, più elevato a parità di altre variabili per coloro che hanno il livello di istruzione più

basso (10 % superiore a quello di un diplomato o laureato), i residenti nelle regioni del Mezzogiorno (10% in più rispetto al Nord-ovest). In particolare, il rischio di ammalarsi per chi è povero è del 60% superiore rispetto a chi può disporre di risorse economiche ottime o adeguate. Solo il 7,3% della popolazione con più di 14 anni dichiara di stare male o molto male, ma tale quota raddoppia tra coloro che hanno risorse economiche scarse o insufficienti rispetto a quanti vivono in condizioni più agiate. Rispetto al 2005 persiste un chiaro gradiente sociale nella distribuzione del bene salute, si accentuano le differenze di genere a svantaggio delle donne e aumenta il divario tra i più abbienti e i meno abbienti[25]. Questo peggioramento interessa in particolare le fasce più deboli e vulnerabili della popolazione, come ad esempio gli anziani, le donne poco istruite, i disoccupati, e chi soffre di una malattia cronica[26].

A fronte di questi dati, il Comitato Etico della Fondazione Umberto Veronesi intende denunciare con forza il crescente stato delle diseguaglianze relative alle opportunità di salute in Italia. Come si evidenzia in questo documento, sebbene la situazione complessiva del sistema Paese non abbia registrato un evidente peggioramento a livello complessivo dal 2005 a oggi, un'analisi più attenta dei dati rivela però chiaramente che oggi, in Italia, chi appartiene a una delle fasce vulnerabili della popolazione ha, rispetto al periodo pre-crisi, prospettive decisamente peggiori per quanto riguarda l'ottenimento del migliore stato di salute che sarebbe per lui/lei altrimenti raggiungibile.

A fronte di questa situazione, il Comitato Etico della Fondazione Veronesi intende ribadire che:

1. lo Stato Italiano ha il dovere di promuovere il rispetto effettivo del "diritto alla salute" per tutti i propri cittadini tenendo ben presenti le diseguaglianze che si sono approfondite negli ultimi anni, così come previsto dalle diverse Convenzioni e Dichiarazioni internazionali che sono già state sottoscritte, oltre che dall'articolo n. 32 della Costituzione Italiana;

2. il rispetto del generale "diritto alla salute" prevede il rispetto di altri diritti più specifici che sono a esso connessi; in particolare, rispettare il "diritto alla salute" comporta per gli Stati il dovere di garantire a tutti "eguali opportunità nei confronti del proprio stato di salute", indipendentemente dalla loro collocazione e provenienza geografica, dal sesso, dal credo religioso o politico, e dalla condizione socio-economica;

3. al fine di garantire a tutti il diritto ad avere "eguali opportunità" nei confronti della propria salute, tra i doveri degli Stati rientra l'obbligo di monitorare le diseguaglianze di salute presenti sul proprio territorio, adoperando le risorse al momento disponibili al fine di assicurare una più equa distribuzione dei servizi e dell'accesso al bene salute in generale.

In particolare, sul piano delle possibili iniziative volte a promuovere un sempre più esteso e fattivo rispetto del diritto a eguali opportunità di salute, si evidenzia la necessità dei seguenti interventi:

A. misure volte alla piena realizzazione del principio della presa in carico completa, efficiente ed efficace di ciascun paziente lungo tutto l'arco della patologia quali la diffusione dei Pua (Punto unico di accesso alle prestazioni) e delle Case della salute (o altre denominazioni in uso per indicare i luoghi della sanità interdisciplinari e plurifunzionali deputati al primo contatto tra individuo bisognoso di cure e assistenza e strutture), la revisione migliorativa del modello di medicina territoriale in uso nei diversi territori e l'implementazione dei Distretti socio-sanitari e dei servizi per la disabilità, la non autosufficienza e la *Long Term Care;*

B. azioni compensative per indigenti, categorie fragili e cittadini di origine straniera, attraverso un rafforzamento del ruolo dell'Inmp (Istituto per la medicina della povertà e delle migrazioni del Ministero della Salute) e l'introduzione diffusa del criterio della verifica dei mezzi economici familiari (Isee e altri strumenti analoghi) per la definizione della quota di compartecipazione alla spesa da parte dei malati e delle famiglie (ticket) e per la modulazione personalizzata dell'intensità del supporto socio-sanitario da offrire a seconda della casistica clinica e della situazione sociale;

C. sviluppo della prevenzione primaria e secondaria, in particolare attraverso modelli di medicina di iniziativa e di assistenza proattiva a favore delle fasce a mag-

giore rischio di non aderenza ai protocolli, con azioni volte ad una maggiore qualità della medicina di base;

D. interventi mirati per l'infanzia e l'adolescenza, specie nelle famiglie meno abbienti e/o numerose, e in particolare implementazione di un'adeguata e completa educazione civica in materia di prevenzione sanitaria e salute, la quale include, tra gli altri aspetti, anche la promozione delle vaccinazioni secondo le linee-guida delle società scientifiche, la cura del benessere psicologico dei minori e la lotta agli abusi e ai maltrattamenti;

E. rafforzamento delle iniziative di tipo organizzativo ed economico all'interno della sanità pubblica volte a combattere gli sprechi (ad esempio, l'elaborazione dei costi standard in sanità), la lunghezza dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, in particolare a quelle diagnostiche, così come delle forme di mancato rispetto della dignità dei malati e delle loro famiglie;

F. promozione del rispetto del diritto alla salute in tutti i comparti della vita collettiva e in tutte le politiche pubbliche, attraverso azioni mirate in ambito lavorativo, nelle politiche ambientali, in campo industriale, scolastico, etc;

G. rafforzare la capacità di misurazione e di valutazione di politiche ed interventi volti a contrastare le disuguaglianze sociali nella salute attraverso un sistema di monitoraggio nazionale fondato su registri, dati amministrativi e indagini di popolazione che mettano a disposizioni informazioni sul grado di equità nei livelli di salute e nei percorsi dell'assistenza sanitaria.

NOTE

1 Il documento è stato redatto da Carla Collicelli e Domenico De Masi, entrambi componenti del Comitato Etico della FUV, e da Roberta Crialesi dell'ISTAT. Hanno collaborato alla revisione dei testi Cinzia Caporale, presidente del Comitato Etico, e Marco Annoni, segretario scientifico del Comitato.

2 Altri fattori concorrono ad approfondire e dilatare le differenze economiche e sociali. Alle disuguaglianze nei risultati socio-economici, infatti, si aggiungono le criticità del mercato del lavoro italiano, le minori opportunità di occupazione e lo svantaggio retributivo delle donne e l'instabilità del lavoro, generalmente associata a retribuzioni inferiori alla media. L'Italia, pur avendo registrato in passato un'alta mobilità assoluta, è oggi un paese caratterizzato da una scarsa fluidità sociale, per cui la classe sociale di origine determina rilevanti disuguaglianze nelle opportunità offerte agli individui. Al netto degli effetti strutturali, i cambiamenti di classe sono tanto meno frequenti quanto più grande è la distanza sociale che le separa; l'effetto del livello della famiglia di origine risulta discriminante nel determinare sia gli esiti scolastici, sia i percorsi d'inserimento nel mercato del lavoro. Il sistema di istruzione, che dovrebbe essere lo strumento principale per sostenere la mobilità sociale, non appare poi oggi in grado di contrastare queste rigidità.

3 Cnel-Istat, Il benessere equo e sostenibile in Italia, 2014.

4 Nel 2014, la speranza di vita alla nascita è ancora tra le più elevate a livello europeo: 84,9 anni per le donne e 80,2 per gli uomini.

5 Questi guadagni sono stati ottenuti grazie alla riduzione di mortalità per patologie per le quali la prevenzione secondaria, l'efficacia e la tempestività delle cure sono decisive. Il contributo maggiore all'aumento della speranza di vita proviene infatti dalla diminuzione della mortalità per le malattie circolatorie e per i tumori. Per esempio, la riduzione della mortalità per le patologie circolatorie ha permesso di guadagnare 141 giorni di vita agli uomini e 131 alle donne, quella per i tumori 115 giorni agli uomini e 29 alle donne.

6 Solo Lussemburgo, Spagna e Irlanda mostrano valori dell'indicatore sintetico migliori di quello italiano; ma paesi tradizionalmente celebrati come virtuosi, come la Francia, la Svezia, il Regno Unito e la Germania, si collocano in posizioni peggiori di quella italiana.

7 QoG - The Quality of Government Institute, University of Gothenburg, Sweden.

8 La popolazione anziana del Sud in situazione economica svantaggiata rappresenta il gruppo di popolazione più vulnerabile in quanto dichiara un cattivo stato di salute nel 34,8% dei casi (33,5% nel 2005), contro il 19,4% dei più abbienti, mentre nelle Isole tale quota raggiunge il 36,0%.

9 Accanto a questo dato è interessante anche rilevare che la differenza più profonda si registra tra i sessi, con oltre il 74% degli uomini che dichiara di stare in buona salute e meno del 67% delle donne, più longeve ma meno soddisfatte della propria condizione di salute.

10 Istat, *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 2014.

11 Tale parametro integra l'informazione riguardo la sopravvivenza con quella sulla salute percepita dai cittadini.

12 Inoltre, tra le persone anziane, le differenze nei rischi di mortalità non sono in generale significative: solo per gli uomini si osserva un'associazione significativa della mortalità con una istruzione media o bassa, con un incremento del 30% nel rischio di morte rispetto ai più istruiti.

13 Il confronto con altri studi europei mostra che la relazione tra titolo di studio e mortalità generale per le donne italiane giovani-adulte è simile a quello osservato nel Nord Europa, mentre il gradiente nella mortalità per cause tumorali della popolazione maschile giovane-adulta è coerente con quello evidenziato nell'area dei paesi sud europei.

14 Essendo correlato alla presenza di disturbi depressivi e di cattive condizioni di salute, il valore dell'indice si riduce con l'età, raggiungendo tra gli ultraottantenni il punteggio di 57,7. Tra chi soffre di depressione l'MHI è pari a 50,1.

15 L'obesità sta aumentando rapidamente in tutto il mondo sviluppato, tanto che l'Organizzazione mondiale della sanità parla oramai di una silente epidemia globale. In alcuni paesi i tassi sono raddoppiati nel giro di pochi anni. Negli Stati Uniti, i tre quarti della popolazione è in sovrappeso, e quasi un terzo sono obesi. Nel Regno

Unito, due terzi degli adulti sono in sovrappeso e più di un quinto sono obesi.

16 Fattori di tipo genetico e fisiologico predispongono all'insorgenza dell'obesità, ma a essi se ne associano altri di tipo ambientale e comportamentale, inclusa la carenza di un'adeguata attività fisica. A parità di altre condizioni, essere inattivi aumenta del 60% il rischio relativo di eccesso di peso rispetto a chi pratica un'attività fisica adeguata. Anche il titolo di studio costituisce una componente significativa: il rischio di essere sovrappeso raddoppia tra chi è in possesso di un titolo di studio basso rispetto a chi è invece più istruito.

17 In particolare, l'incremento della sedentarietà che si osserva rispetto al 2012 è concentrato nelle ripartizioni del Nord e del Mezzogiorno, con la Liguria, il Piemonte e la Calabria che registrano gli incrementi più marcati (dal 33,5% al 41,2% in Liguria, dal 29,6% al 34,9% in Piemonte e dal 47,5% al 52,7% in Calabria).

18 Istat, Condizioni di salute ecc., vedi nota 3.

19 Favo-Censis, 5° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, 2013. Per quanto riguarda i costi, occorre rilevare che qui si parla di voci di spesa tra loro molto diversificate, alcuni diretti di tipo medico (per visite specialistiche, farmaci, ecc.) e non medico (trasporti, ecc.), altri indiretti (per i redditi da lavoro venuti a mancare ed i servizi in natura che i caregiver familiari).

20 Favo-Censis, "Avere i nuovi farmaci al momento giusto", in: 6° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, 2015.

21 Questo tempo complessivo si distribuisce nel modo seguente: fase europea 400 giorni; fase di invio all'Aifa 40 giorni; fase nazionale 530 giorni (290 per il lavori della Cts, 90 per il lavori della Cpr, 150 per la pubblicazione in Gazzetta); fase regionale 100 giorni per l'inserimento (ove presente) nei prontuari regionali.

22 Le Regioni che si collocano in cima alla graduatoria sono il Veneto (168), la Lombardia (130) e l'Emilia Romagna (127), mentre all'opposto quelle che sono posizionate in fondo alla graduatoria sono la Basilicata (70), la Sicilia (75) e le Marche (76). La dinamica temporale (2006–2009) di alcune regioni meridionali non hanno prodotto un riavvicinamento tra regioni. È il caso di Puglia e Sardegna, che pur a fronte di un aumento del valore dell'indicatore di ben 13 punti percentuali, sono ancora lontane dal valore medio nazionale (dati Istat e Ministero della Salute).

23 Censis, Monitor biomedico 2013.

24 Censis-Farmafactoring, Le politiche di prevenzione come elemento di sostenibilità per l'Ssn, Bari 2013.

25 Analoghe disuguaglianze sociali nella salute auto-riferita sono comuni a quasi tutti i Paesi dell'Europa occidentale. Uno dei più completi studi comparativi che ha confrontato 11 Paesi europei ha mostrato che il rischio di cattiva salute auto-riferita è tra una volta e mezzo a due volte e mezzo superiore alla metà inferiore della scala socioeconomica rispetto alla metà superiore (Mackenbach et al., 2002). Nel corso degli anni 1980 e 1990, le disuguaglianze sociali nella salute percepita sono state piuttosto stabile nella maggior parte dei paesi europei (Mackenbach, 2005).

26 Ad esempio, le persone anziane con risorse economiche ottime o adeguate che dichiarano di stare male o molto male nel 2013 sono il 14,5%, in diminuzione rispetto al 2005, quando erano il 16,1%; mentre quelli economicamente svantaggiati sono il doppio (29,3%) e stabili rispetto al 2005.