



Con il contributo di



Fondazione
Peppino
Vismara



In collaborazione con



Fondazione
PROVALTELLINA
Ente filantropico

OSSERVATORIO PROVINCIALE PER IL CONTRASTO ALLE POVERTÀ E ALLE VULNERABILITÀ

QUADERNO 1/24

La povertà sanitaria in provincia di Sondrio

I Quaderni sono frutto del lavoro dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità. L'Osservatorio è una delle azioni del progetto ProPositivi ed è stato promosso dalla Fondazione ProValtellina. Il progetto è finanziato con il contributo della Fondazione Cariplo, della Fondazione Peppino Vismara e del Fondo di Beneficenza di Intesa Sanpaolo.

Le attività dell'Osservatorio sono coordinate dalle ricercatrici e dai ricercatori di Codici (www.codiciricerche.it). Le ricercatrici e i ricercatori di Codici sono anche responsabili delle attività di redazione dei Quaderni.

I contenuti e i giudizi contenuti nei testi sono espressione del punto di vista delle persone che hanno curato la redazione del Quaderno e non necessariamente coincidono con il punto di vista dei soggetti promotori o finanziatori dell'Osservatorio provinciale. I testi di questo Quaderno sono stati curati da Roberta Marzorati, Jacopo Zappa e da Massimo Conte.

Il Quaderno è stato sottoposto alla review da parte di Simone Sarti, professore associato presso il Dipartimento di Scienze sociali e politiche dell'Università degli studi di Milano, persona esperta sui temi ed esterna al gruppo di lavoro. A lui va il nostro ringraziamento per le critiche costruttive, i suggerimenti bibliografici e i consigli di miglioramento.

Se non indicato diversamente, tutti i contenuti sono rilasciati in Licenza Creative Commons Attribuzione - Condividi allo stesso modo 3.0 Italia.

La redazione del Quaderno 1/24 è stata chiusa nel mese di settembre 2024.

L'attività di ricerca è stata possibile grazie alla partecipazione volontaria di: Michel Del Fedele e le persone delle Acli di Sondrio; Annamaria Cerfoggia e le persone dell'Agenzia per la Pace e della Caritas di Valchiavenna; Gabriella Bertazzini, Serenella Pansoni e le persone dell'associazione Amici di Vita Nuova; Graziella Annulli, Carla Caterina Tomè e le persone dell'Auser di Tirano; Rossana Orio, Giuseppe Palotti, Elisa Palotti e le persone del Cav Odv di Sondrio; Andrea Cerri e le persone del Circolo Acli Giannina Mazzoni di Talamona; Rita Franzini e le persone dell'Ambulatorio di Podologia di Tirano della Cooperativa Forme; Cinzia Tuia e le persone del Punto Prelievi di Grosio della Cooperativa San Michele; Marina Peyronel della Croce Rossa Italiana di Morbegno; Maria Grazia Carrara, Marta Del Dosso, Nadia Della Maddalena, Eliana Del Maffeo, Nicoletta Ghensi, Giuliana Gualteroni, Isabella Gurini, Maurizio Gurini, Alberto Orseniga, Caterina Taddei e le persone della Croce Rossa Italiana di Sondrio; Adele Santaniello e le persone della Farmacia Santaniello Grosotto; Filippo Scopelliti e le persone del Servizio Civile Digitale del Csv; Lucia Allegrucci, Laura Zanelli e le persone dell'associazione Amici di vita Nuova; le persone dell'associazione Oltre La Scuola; le persone dell'associazione Attivamente; Aurora Della Croce; Luciana Cornolti; Martina Simonini; Alessandra Steffanoni; Serena Resta; Corrado Bernardo De Campo.

Sommario

Sommario	2
Introduzione	4
1. La povertà sanitaria.....	7
1.1 Introduzione alla povertà sanitaria	7
1.2 La tenuta del Servizio sanitario nazionale negli anni	9
1.3 La povertà sanitaria e le famiglie	11
1.4 La rinuncia alle cure.....	12
1.5 La povertà sanitaria e le differenze territoriali	14
1.6 La povertà sanitaria e il Terzo settore	16
Sintesi del capitolo	16
2. La ricerca sulla povertà sanitaria in provincia di Sondrio. Il processo di ricerca	18
Sintesi del capitolo	20
3. La ricerca sulla povertà sanitaria in provincia di Sondrio. I risultati della ricerca.....	22
3.1 I profili delle persone che hanno risposto al questionario	22
3.2 I comportamenti di spesa e la povertà sanitaria.....	34
3.3 I profili delle persone in condizione di povertà sanitaria	42
Sintesi del capitolo	58
Sintesi finale e conclusioni	61
Bibliografia	64
ALLEGATI	67
Il questionario utilizzato	67
Principali dati ripartiti per gli Ambiti territoriali	68

Il termine povertà sanitaria indica la condizione di coloro i quali, a causa del reddito basso, non riescono a usufruire delle cure di cui hanno bisogno e che, purtroppo, il Sistema Sanitario Nazionale, non riesce a garantire. Negli ultimi anni, malauguratamente, a causa dell'aumento della povertà assoluta, la difficoltà ad accedere alle cure sanitarie è diventata un fenomeno sempre più sentito, tanto da lambire anche le aree più benestanti del nostro Paese. La spesa sanitaria, dunque, anche in provincia di Sondrio, costituisce un importante indicatore della condizione economica delle famiglie le quali, sempre più spesso, si trovano a dover far fronte a uno scenario difficile il quale, occorre ricordarlo, ha delle ripercussioni sulla vita quotidiana delle persone e delle famiglie, a cui occorre dare delle risposte tempestive.

Il Progetto ProPositivi, fin dal suo inizio, si è posto l'obiettivo di contrastare i crescenti fenomeni di povertà in Valtellina e Valchiavenna, integrando le competenze delle diverse comunità e svolgendo un ruolo strategico a livello di sistema, con la finalità di rispondere in modo sistemico ai bisogni effettivi e concreti delle fasce più deboli della popolazione. In particolare, attraverso le attività dell'Osservatorio provinciale sulle povertà e sulle vulnerabilità, in sinergia con l'attività di ricerca svolta da Codici, è stato possibile indagare e comprendere le radici del fenomeno della povertà sanitaria in ogni ambito della provincia di Sondrio e, conseguentemente, elaborare le soluzioni necessarie per i bisogni emersi. In questa sede, pertanto, la Fondazione ProValtellina, vuole ringraziare dal profondo del cuore i volontari che, con grande impegno e dedizione, hanno distribuito i questionari alla popolazione, permettendoci di fare luce su questo fenomeno e stilare l'accurato report che oggi abbiamo l'onore di poter consultare.

In qualità di Fondazione Comunitaria, da sempre, siamo al fianco di famiglie, comunità e cittadini del territorio della provincia di Sondrio e, ogni giorno, ci adoperiamo senza riserve per dare una risposta di prossimità alle fragilità emergenti, tra cui figura anche la povertà sanitaria. Servono azioni concrete che, in ogni caso, devono sempre mettere al centro la tutela delle persone e lo spirito di altruismo nei confronti di tutti coloro che stanno vivendo un momento di difficoltà. Vogliamo continuare a essere al vostro fianco e, grazie all'impegno del mondo del volontariato e del Terzo Settore nella sua interezza, abbiamo l'opportunità di contribuire alla nascita di un nuovo modello di welfare più partecipativo, affinché nessuno sia lasciato indietro. Ognuno di noi, senza se e senza ma, deve fare la sua parte: oggi abbiamo gettato il primo seme di un futuro più attento e inclusivo in ogni angolo delle nostre bellissime valli, a cui, con spirito solidaristico, dobbiamo pretendere sempre di più.



Marco Dell'Acqua
Presidente della Fondazione ProValtellina



Christian Cabello
Consigliere della Fondazione ProValtellina

Introduzione

Uno degli obiettivi dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità è fare in modo che vulnerabilità e povertà siano termini declinati sempre al plurale. In particolare, lo sforzo collettivo delle persone e delle organizzazioni che danno vita all'Osservatorio è quello di avere ben chiaro che, quando si parla di povertà¹, si sta parlando di una pluralità di condizioni che impattano le vite delle persone e che segnano le loro relazioni sociali. Le visioni più tradizionali della povertà si sono concentrate soprattutto sulla dimensione economica, arrivando a definire il concetto stesso di povertà a partire dalla mancanza o dall'insufficienza di reddito e di risorse finanziarie; una mancanza e una insufficienza che compromettono la possibilità per le persone di soddisfare i propri bisogni di base².

La dimensione economica, però, non è l'unica; alla dimensione economica se ne possono aggiungere altre, alcune delle quali già molto esplorate dalle politiche sociali e dagli interventi in campo sociale. Si pensi alla povertà alimentare, che descrive l'accesso insufficiente non solo al cibo, ma, in modo più significativo ed esteso, a una dieta equilibrata capace di garantire una buona salute fisica e mentale; alla povertà abitativa, che descrive la mancanza di un alloggio che possa essere considerato sicuro, stabile, salubre, certo, adeguato; alla povertà educativa, che descrive l'accesso limitato all'istruzione. L'elenco potrebbe essere ulteriormente arricchito, perché non esistono dimensioni della vita e della società che non siano toccate da elementi di disparità nella distribuzione delle opportunità e delle risorse. Una disparità che arriva a essere talmente accentuata che alcune persone o alcuni gruppi sociali sono sistematicamente esclusi dalla possibilità di vedere realizzati i propri diritti, concretizzati i propri progetti di vita e le proprie aspirazioni, soddisfatti i propri bisogni.

Nell'ottica di allargare la comprensione delle diverse dimensioni che possiamo far ricadere sotto il concetto più ampio di povertà, abbiamo voluto dedicare questo secondo Quaderno dell'Osservatorio al tema della povertà sanitaria. Più avanti dedichiamo un capitolo del Quaderno a definirla in modo articolato, ma in questa introduzione possiamo darne una definizione sintetica come l'accesso limitato a servizi sanitari, tale da poter compromettere i diritti alla cura e alla qualità della vita, dovuto all'incrocio tra le condizioni di accesso, definite dal sistema sanitario, e le condizioni economiche delle persone e delle famiglie.

La scelta di questo approfondimento è stata fatta sulla base di due considerazioni. La prima è che l'attività dell'Osservatorio è orientata a sostenere gli interventi e le misure a livello locale, a partire dal progetto ProPositivi. Illuminare il tema della povertà sanitaria mette a disposizione le evidenze necessarie a progettare su una dimensione oggi meno presente negli interventi degli enti pubblici e del terzo settore valtellinese. La seconda, fortemente collegata alla prima, è che il tema della povertà sanitaria è naturalmente un luogo di

¹ Per una trattazione sistematica del concetto di povertà si può fare riferimento a due testi introduttivi: Paugman S. (2013); Saraceno C., Benassi D., Morlicchio E. (2022)

² A questa dimensione essenzialmente economica fanno riferimento anche le definizioni tradizionalmente utilizzate di povertà assoluta e di povertà relativa. In Italia, la povertà assoluta si riferisce all'incapacità di un individuo o di una famiglia di acquistare un paniere di beni e servizi essenziali per una vita dignitosa. Il paniere, definito dall'Istat, include spese per alimentazione, abbigliamento, abitazione, istruzione, trasporti e altre necessità di base. La soglia varia in base alla composizione del nucleo familiare, alla fascia d'età e all'area geografica in cui si vive. Una famiglia si considera in povertà relativa quando ha un reddito complessivo inferiore al 60% del reddito mediano. I dati italiani sono sistematizzati da Istat nei suoi Rapporti annuali sulla situazione del Paese. Le stime preliminari dell'Istat (2024) calcolano che nel 2023 le famiglie in condizione di povertà assoluta costituivano l'8,5% del totale (con un leggero aumento di 0,2 punti percentuali rispetto al 2022). Nel corso degli ultimi anni la povertà assoluta ha visto una costante crescita (con un aumento di 2,3 punti percentuali dal 2014 al 2023), fatta eccezione per il 2019, dove è stato registrato un calo significativo, probabilmente grazie all'introduzione del reddito di cittadinanza, il cui effetto benefico è stato poi smorzato dallo scenario pandemico dell'anno successivo.

Il più recente rapporto Istat, pubblicato nel maggio 2024, può essere consultato e scaricato all'indirizzo:

<https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-annuale-2024-la-situazione-del-paese-2/> Ultimo accesso: 15/10/2024

rafforzamento dell'integrazione tra le componenti sociali e quelle sanitarie del welfare locale. Da questo punto di vista, le evidenze raccolte potrebbero sostenere l'avvio di sperimentazioni che si basino proprio sulla dimensione dell'integrazione sociosanitaria. Un aspetto particolarmente importante, soprattutto nella stagione di programmazione che si sta vivendo durante la redazione di questo Quaderno³.

La ricerca che abbiamo condotto si ispira ai lavori di ricerca promossi dall'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria⁴, l'organo di ricerca di Banco Farmaceutico. Dal 2013, anno della sua istituzione, l'Osservatorio rappresenta una delle più rilevanti fonti di conoscenza sul fenomeno della povertà sanitaria. Il principale strumento di diffusione delle conoscenze prodotte dall'Osservatorio è il Rapporto sulla Povertà Sanitaria che, annualmente, mette a disposizione dati e osservazioni sui fenomeni e sugli interventi. Altra fonte di ispirazione è l'indagine multiscopo annuale Aspetti della vita quotidiana, condotta da Istat su un campione rappresentativo di famiglie italiane⁵. A partire dal 1993, l'indagine consente di conoscere le abitudini delle famiglie e i problemi che affrontano ogni giorno, oltre che di rilevare il grado di soddisfazione delle persone verso i servizi di pubblica utilità che dovrebbero contribuire al miglioramento della qualità della vita.

Il quaderno, oltre a questa introduzione, contiene tre capitoli di analisi e un capitolo di sintesi finale e di conclusioni:

- il primo capitolo ricostruisce il concetto di povertà sanitaria, offre una sistematizzazione delle fonti bibliografiche, presenta i principali dati a livello nazionale ed europeo;
- il secondo capitolo presenta la ricerca dal punto di vista metodologico e contiene la descrizione dello strumento di indagine, così come delle strategie messe in atto per incontrare le persone che hanno partecipato;
- il terzo presenta le analisi dei dati raccolti relativi alla prima e alla seconda sezione del questionario, oltre a incroci tra le variabili che aiutano a comprendere meglio quali profili hanno maggiori probabilità di trovarsi in condizioni identificabili come di povertà sanitaria;
- nel capitolo di sintesi finali e di conclusioni sono riportati una sintesi degli elementi emersi dalla ricerca e l'indicazione di future strade di intervento e di approfondimento dei temi emersi.

In Appendice, a chiusura del quaderno, sono pubblicati lo strumento di indagine, alcune tabelle di misure statistiche per chi volesse approfondire la dinamica dei dati, e una raccolta dei principali dati ripartiti per gli Ambiti territoriali che compongono la provincia di Sondrio.

Il lavoro sull'accessibilità e sull'inclusività del linguaggio e dei contenuti è un lavoro per sua natura imperfetto e sempre parziale. Da parte nostra abbiamo fatto alcune scelte che sono frutto della convinzione che l'accesso alle informazioni e al sapere sia un diritto fondamentale delle persone e che sia un dovere di chi produce conoscenza rimuovere ogni possibile barriera che possa negare o limitare la realizzazione di questo diritto. Allo stesso modo siamo convinti che sia compito di chi diffonde informazioni e conoscenze trovare chiavi e modalità per cui la diffusione contribuisca alla lotta agli stereotipi e a ogni forma di discriminazione. Tra le tante scelte di scrittura che abbiamo compiuto per questo Quaderno ne vogliamo citare tre:

³ Per approfondire le indicazioni di Regione Lombardia in merito all'integrazione sociosanitaria nella programmazione sociale si può fare riferimento alla DGR n. 2.167 del 15 aprile 2024, contenente le Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025 – 2027. La DGR e le Linee di indirizzo sono consultabili e scaricabili all'indirizzo: <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/Enti-e-Operatori/sistema-sociale-regionale/piani-di-zona/linee-indirizzo-programmazione-sociale-25-27/linee-indirizzo-programmazione-sociale-25-27>. Ultimo accesso: 15/10/2024

⁴ Il sito dell'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria è ricco di informazioni e consente di consultare e di scaricare tutti i Rapporti annuali. <https://www.opsan.it/> Ultimo accesso: 15/10/2024

⁵ Tutte le informazioni sull'indagine e sulla possibilità di accedere ai microdati sono consultabili alla pagina: <https://www.istat.it/informazioni-sulla-rilevazione/aspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno-2013/> Ultimo accesso: 15/10/2024

- abbiamo scelto di utilizzare un linguaggio definito come people-first per indicare le persone che vivono condizioni di vulnerabilità e che sono possibili oggetto di stigmatizzazione e di inferiorizzazione;
- abbiamo scelto di utilizzare un linguaggio attento alle questioni di genere, per esempio, non facendo ricorso al maschile sovraesteso;
- abbiamo scelto di accompagnare tutti gli elementi di rappresentazione dei dati, come le tabelle o i grafici, da un testo alternativo che consenta di avere consapevolezza dei contenuti rappresentati anche alle persone per cui gli elementi grafici possono rappresentare un fattore di esclusione o che utilizzano sistemi di lettura automatica.

Il Quaderno è uno strumento di disseminazione dei contenuti legati alle povertà e alle vulnerabilità, per questo nel presentare la ricerca sulla povertà sanitaria abbiamo deciso di presentare le elaborazioni dei dati senza accompagnarli dalle misure di significatività o dagli intervalli di confidenza. Per quanto siano importanti elementi per la validazione delle analisi condotte e per corroborare la forza delle argomentazioni che da queste derivano, sono elementi molto tecnici che hanno contenuto informativo solo per persone abituate a maneggiare il linguaggio e la teoria della statistica. Le misure che utilizzeremo e che scoprirete leggendo il Quaderno, dalle regressioni logistiche agli odds ratio, hanno alle spalle il necessario corredo statistico. Le persone che fossero interessate a prendere visione di tutte le misure e a poter avere accesso al database possono farlo prendendo contatto con le ricercatrici e i ricercatori di Codici.

L'attività di ricerca non sarebbe stata possibile senza la partecipazione attiva delle volontarie e dei volontari che hanno dedicato le proprie energie a distribuire e a raccogliere i questionari, a diffondere l'informazione sulla ricerca, a sollecitare la partecipazione di altre persone. La loro dedizione ha reso questa ricerca una ricerca partecipata dalla comunità valtellinese! A tutte e a tutti loro va il nostro più sentito ringraziamento. La lista completa (speriamo!) delle persone delle volontarie e dei volontari è contenuta nei crediti del Quaderno.

Un analogo ringraziamento va fatto a tutte le organizzazioni e a tutte le istituzioni che hanno sostenuto il percorso di ricerca, mettendosi a disposizione. In particolare, oltre alle organizzazioni partner del progetto ProPositivi, vogliamo ringraziare l'Ats Montagna e l'Asst Valtellina e Alto Lario per il sostegno costante all'attività di ricerca.

Infine, un ringraziamento affettuoso a Viola Breveglieri per avere imputato tutti i questionari nel database utilizzato per condurre le analisi. Senza il tempo e la cura che ci ha dedicato non avremmo potuto generare nulla di quello che presentiamo nel Quaderno.

1. La povertà sanitaria

Il capitolo ha lo scopo di introdurre il tema della povertà sanitaria. Dopo un primo paragrafo introduttivo in cui si esaminano rapidamente gli intrecci tra povertà e salute e si definisce il concetto di povertà sanitaria, si descrive brevemente l'andamento nel tempo di alcuni indicatori relativi al Servizio sanitario nazionale. Successivamente, si valutano in modo più approfondito gli effetti della povertà sanitaria sulle scelte delle famiglie, si esamina il tema della rinuncia alle cure e si analizzano le differenze territoriali nelle manifestazioni del fenomeno della povertà sanitaria. Gli ultimi due paragrafi sono, rispettivamente, dedicati al ruolo del terzo settore nella risposta al fenomeno della povertà sanitaria e a una riflessione conclusiva.

1.1 Introduzione alla povertà sanitaria

La complessità delle relazioni tra povertà e salute è nota nella letteratura interdisciplinare, collocandosi all'intersezione tra epidemiologia, sociologia, antropologia, psicologia ed economia. La povertà (o meglio, quell'insieme di condizioni, relazioni, esperienze che vengono ricondotte alla categoria "povertà") agisce in modo diretto e indiretto sulla salute delle persone, non solo limitando la possibilità di accedere a cure efficaci, ma anche esponendo a maggiori rischi di sviluppare patologie, influenzando i percorsi di sviluppo fisiologico e neurocognitivo (Subramian & Kawachi 2004; Murray 2006; Marmot 2016; Reche *et al.* 2019). La povertà, quindi, si configura come uno dei più importanti «determinanti sociali della salute» (Wilkinson & Marmot 2003)⁶. Trovarsi in uno stato di povertà influisce sia sulla vulnerabilità ai fattori di rischio presenti nell'ambiente di vita delle persone – ad esempio, incidendo sulla condizione abitativa (Rauh *et al.* 2008) o influenzando il rischio di esposizione a sostanze inquinanti (Thind *et al.* 2019) e a spazi sociali caratterizzati dalla presenza di comportamenti violenti (Ewart & Suchday 2002) – sia sui fattori comportamentali – ad esempio, aumentando il rischio di consumare alcol o sigarette (Layte & Whelan 2009) e ostacolando i tentativi di cessarne l'uso (Fernandez *et al.* 2001) o inibendo l'accesso a una dieta sana (Drenowski & Specter 2004) e a uno stile di vita attivo (Hawes *et al.* 2019).

È, comunque, importante osservare che anche quando parliamo di fattori comportamentali, non dovremmo intendere queste pratiche come delle libere scelte compiute nel vuoto sociale, in quanto le condizioni socioeconomiche, che si impongono sui soggetti indipendentemente dalla loro volontà, circoscrivono e contribuiscono a strutturare le possibilità di scelta individuali, orientandole verso certe direzioni socialmente definite (Williams 1995; Cockerham 2005).

Inoltre, per quanto la povertà influenzi lo stato di salute lungo tutto il tratto biografico di un individuo, i suoi effetti sono molto più marcati durante le fasi di sviluppo (dallo stato fetale nell'ambiente uterino fino alla tarda adolescenza) e queste ripercussioni possono conservarsi in modo durevole per tutto il corso di vita (Aber *et al.* 1997; Shonkoff *et al.* 2012; Jensen *et al.* 2017; Lacagnina 2020), rendendo gli interventi di contrasto alla povertà infantile ancora più urgenti.

In effetti, la relazione tra condizioni socioeconomiche e compromissione dello stato di salute non assume una forma lineare e unidirezionale, ma tende a generare un rapporto ciclico (Reumers *et al.* 2022; 2024). Non si contano solamente, infatti, gli effetti della posizione socioeconomica sullo stato di salute, ma anche la salute stessa contribuisce a rafforzare e a riprodurre nel tempo i vantaggi e gli svantaggi socioeconomici. Un cattivo stato di salute (fisica e mentale) può, ad esempio, ostacolare una piena partecipazione al mercato del

⁶ Più precisamente, le disuguaglianze di salute si articolano lungo un gradiente sociale (Marmot 2015): lungi dall'essere qualcosa di riducibile a una contrapposizione dicotomica tra persone in condizione di povertà e persone non in condizione di povertà (tenendo a mente che queste categorie sono costruzioni statistiche e burocratiche, e non andrebbero pertanto intese come delle essenze immutabili, tantomeno come delle etichette portatrici di qualche giudizio di valore dal carattere normativo), queste disuguaglianze coinvolgono tutti le persone in base alla loro posizione socioeconomica. In linea generale, se si discende lungo la scala delle posizioni sociali, gli stati di salute che corrispondono a ciascuna posizione tendono progressivamente a peggiorare (e il rischio di mortalità ad aumentare). In questo capitolo, tuttavia, ci concentreremo primariamente sulle persone in stato di povertà assoluta

lavoro (Ahrenfeldt & Möller 2021) con effetti negativi sul reddito, compromettendo ulteriormente la possibilità di curarsi. Parallelamente, tanto la povertà quanto la cattiva salute possono rafforzare l'isolamento sociale, che, a sua volta, può mediare la relazione tra posizione socioeconomica e stato di salute (Algren *et al.* 2020). Per questo motivo sviluppare interventi egualitari diventa fondamentale per rompere il circolo vizioso tra povertà e salute.

Uno dei sottotemi che, più nello specifico, concernono la relazione tra povertà e salute, per quanto relativamente poco indagato, è quello della povertà sanitaria. Questo fenomeno riguarda quella fascia della popolazione che non può accedere, per motivi economici, alle prestazioni e ai servizi sanitari necessari per soddisfare i propri bisogni di cure mediche (Osservatorio sulla Povertà Sanitaria⁷ 2023).

Di fronte a un contesto di progressivo indebolimento del Ssn e della sua spinta universalistica, la povertà sanitaria emerge come un fenomeno che richiede attenzione nel campo politico, imponendo una riflessione sui modi in cui le decisioni politiche di taglio dei costi e di compartecipazione mettono a rischio sia l'applicazione di principi di uguaglianza, sia, in modo sproporzionato secondo linee di stratificazione sociale, la salute delle persone. L'esercizio del diritto alla salute, tutelato e riconosciuto dall'articolo 32 della Costituzione è, nei fatti, avversato dal fenomeno della povertà sanitaria, che mina le possibilità dei gruppi più marginalizzati di costruire e mantenere una buona salute per se stessi e gli altri. La povertà sanitaria non va intesa come un fenomeno statico e cristallizzato: le sue perturbanti manifestazioni nel presente rischiano di produrre degli effetti *feedback* capaci di autoalimentarsi, compromettendo ulteriormente la salute futura e la povertà dei gruppi che ne sono interessati, così che i costi – economici ma anche extraeconomici in termini di benessere, qualità della vita e uguaglianza – siano suscettibili a vertiginosi aumenti nel tempo (Wang 2015; Raghupathi & Raghupathi 2020).

In Italia, in effetti, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è attraversato da una pronunciata tensione interna (rafforzata negli ultimi anni a causa dei tagli ai finanziamenti che hanno interessato questo settore): nonostante la sua impostazione marcatamente universalistica (che dovrebbe garantire, in linea di principio, un accesso virtualmente equo ed indiscriminato alle prestazioni sanitarie a tutte le persone di cittadinanza italiana e, con maggiori restrizioni, alle persone di cittadinanza non italiana⁸), il fatto che una parte della spesa sanitaria venga fatta ricadere sulle persone culmina nella parziale esclusione dei soggetti e delle famiglie economicamente più deboli (Rovati & Accolla 2021). In particolare, le persone sono chiamate a sostenere *out of pocket* (letteralmente, “di tasca propria”, con l'espressione si indicano le spese che le persone sostengono direttamente, senza ricevere alcun rimborso):

⁷ D'ora in avanti OPSan

⁸ Più precisamente, le persone non di cittadinanza italiana ma provenienti dalle nazioni dell'Unione Europea o da alcune nazioni non-UE che hanno stabilito specifici accordi con lo Stato italiano sono titolate alle medesime prestazioni sanitarie a cui hanno diritto le persone di cittadinanza italiana. Le persone di cittadinanza non italiana provenienti da nazioni extra-Eu che non hanno stipulato accordi con l'Italia possono, comunque, registrarsi gratuitamente, se in possesso di permesso di soggiorno, al Servizio sanitario nazionale. Le persone di cittadinanza non italiana prive di permesso di soggiorno (classificati come Stranieri Temporaneamente Presenti e identificati nei sistemi di monitoraggio della spesa come Stp) sono, in linea di principio, costretti a pagare privatamente le tariffe regionali relative alle prestazioni sanitarie (limitate però alle cure “urgenti” ed “essenziali”), tuttavia è possibile, se necessario, sottoscrivere una “dichiarazione di indigenza” che garantisce l'esenzione dal pagamento dei ticket. Per quanto riguarda le persone di cittadinanza non italiana non in regola con le leggi sul soggiorno la fruizione delle prestazioni sanitarie avviene senza l'obbligo di denuncia. Questi soggetti sono, però, esclusi dall'accesso al medico di famiglia, in quanto non residenti. In una condizione simile si trovano le persone che vivono in condizione di *homelessness* le quali, essendo prive di una residenza fissa anche solo dal punto di vista burocratico, non possono essere registrate al servizio sanitario e accedere, perciò, al medico di medicina generale. A ben guardare, quindi, anche sulla carta il Servizio sanitario italiano non offre un accesso pienamente indiscriminato a tutte le persone indipendentemente dalla loro cittadinanza e dal loro *status* burocratico (Toth 2016). Le persone di età minore di cittadinanza non italiana, incluse quelle che vivono la condizione definita dalla legge di minore straniero non accompagnato e quelle prive di permesso di soggiorno, hanno diritto all'iscrizione obbligatoria al Servizio sanitario nazionale, in accordo con il principio del superiore interesse del minore, secondo l'art. 14, comma 1 della legge 47/2017

- le spese relative ai ticket regionali (dove i criteri tesi a definire l'entità della spesa sono altamente frammentati e variabili tra regioni) ⁹ che possono riguardare sia i costi associati alla dimensione farmaceutica, sia quelli legate alle prestazioni specialistiche ambulatoriali¹⁰;
- i costi relativi all'acquisto di farmaci non rimborsati dal Servizio sanitario e perciò interamente a carico della persona in cura (OPSan 2022);
- le spese per l'acquisto presso esercenti autorizzati di prodotti per la cura e il benessere che non rientrano nell'ambito farmaceutico, come l'acquisto di articoli sanitari e di attrezzature ortopediche;
- le prestazioni sanitarie parzialmente o totalmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza (Lea; vale a dire prestazioni che il Ssn è tenuto, per legge, ad offrire in modo uniforme a tutti i pazienti) e perciò non coperte (o solo sotto certe condizioni) dal sistema sanitario. Tra queste figurano tutte le forme di medicina classificate come non convenzionali e pertanto non riconosciute dal Ssn (totalmente escluse), le cure odontoiatriche (parzialmente escluse) e gli interventi di chirurgia estetica (totalmente esclusi) (Toth 2016).

1.2 La tenuta del Servizio sanitario nazionale negli anni

Come noto, nel corso degli anni il sistema sanitario è stato oggetto di interventi di tagli alla spesa che ne hanno compromesso il funzionamento. Come rileva la Fondazione Gimbe (2020), se è vero che nel corso del decennio 2010-2019 i finanziamenti del Ssn sono debolmente aumentati, con una media dello 0,9% annuo, dall'altro lato, l'inflazione media annua dell'1,07% ha annullato questa crescita, causando un definanziamento di circa 37 miliardi di euro (cfr. anche Samarani 2020). Gli aumenti del Fondo Sanitario Nazionale (Fsn) nell'ultimo decennio, quindi, non sono neppure stati «sufficient[i] a mantenere il potere di acquisto» (Gimbe 2020: 3). Se nel periodo precedente alla crisi del debito sovrano (intorno al 2010), i finanziamenti del Ssn erano caratterizzati da una crescita annua considerevole (Samarani 2020), è proprio in seguito alla crisi dell'Eurozona e alle conseguenti misure di *austerità* che i finanziamenti del sistema sanitario sono stati bruscamente e intensamente erosi. In particolare, sono gli anni collocati a ridosso della crisi che hanno visto i tagli più marcati, con una «riduzione [della spesa sanitaria pubblica, ndr] del 1,47% nel 2011, del 1,48% nel 2012 e dello 0,63% nel 2013» (*Ibidem*: 27). Come osservano gli studiosi della Fondazione Gimbe nel loro report (2020), i tagli rispondono a decisioni politiche effettuate da governi appartenenti ai diversi colori politici che si sono susseguiti nel corso del decennio ¹¹.

A questo programma di tagli si aggiunge un notevole calo del numero di posti letto: un crollo pari a 32.508 unità dal 2020 al 2022, che si aggiunge al precedente taglio di quasi 37mila unità nel decennio 2010-2019 (Cimo-Fesmed 2024; Quotidiano Sanità 2024).

La tabella successiva riporta i posti letto per 100.000 abitanti per ogni regione italiana e la media nazionale. I dati sono riferiti all'anno 2010 e all'anno 2021. Dalla tabella appare evidente la disparità di posti letto nel confronto tra regioni e l'impatto del calo del numero di posti letto tra i due anni presi in considerazione.

Tabella 1. Posti letto per 100.000 abitanti in Italia per regione e variazione tra l'anno 2010 e l'anno 2021

REGIONE	Anno 2010	Anno 2021	Differenza 2021-2010
PIEMONTE	393,47	350,22	-43,25

⁹ Dal 2002 le Regioni possono, in effetti, decidere autonomamente le dimensioni dei costi di compartecipazione a carico delle persone in ambito sanitario (Sarti *et al.* 2014). Questo implica, ad esempio, che lo stesso farmaco può assumere un costo differente a seconda della regione di residenza a causa dell'effetto esercitato dal ticket regionale sul prezzo finale del prodotto

¹⁰ Esistono, tuttavia, criteri di esenzione dai costi per i ticket di compartecipazione, ma anche questi sono fortemente frammentati lungo le regioni italiane e assumono un carattere perlopiù residuale

¹¹ Solo la legge di bilancio votata sotto il secondo Governo Conte ha previsto un aumento dei finanziamenti al FSN di 2 miliardi di euro

VALLE D'AOSTA	378,78	375,84	-2,94
LIGURIA	379,80	331,93	-47,87
LOMBARDIA	396,59	328,52	-68,07
ABRUZZO	357,93	318,74	-39,19
MOLISE	438,50	315,12	-123,38
CAMPANIA	299,16	250,41	-48,75
PUGLIA	353,26	289,10	-64,16
BASILICATA	319,00	319,80	0,80
CALABRIA	321,90	220,13	-101,77
SICILIA	302,61	291,51	-11,10
SARDEGNA	373,37	304,46	-68,91
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	407,55	341,16	-66,39
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	420,44	368,01	-52,43
VENETO	358,72	307,75	-50,97
FRIULI-VENEZIA GIULIA	362,76	327,94	-34,82
EMILIA-ROMAGNA	409,79	362,56	-47,23
TOSCANA	329,91	288,82	-41,09
UMBRIA	300,08	292,18	-7,90
MARCHE	370,71	273,87	-96,84
LAZIO	419,46	356,09	-63,37
ITALIA	364,35	312,39	-51,96

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della tabella

Tabella 1. Posti letto per 100.000 abitanti in Italia per regione e variazione tra l'anno 2010 e l'anno 2021

Descrizione della tabella

Nella tabella è presentato l'andamento nel tempo dei posti letto ospedalieri per 100.000 abitanti nelle regioni italiane tra il 2010 e il 2021. Per ciascuna regione è anche presentata la differenza nei posti letto per 100.000 abitanti tra il 2021 e il 2010. Le righe corrispondono alle singole regioni di cui si presentano i dati, l'ultima riga riporta i dati nazionali. Le colonne corrispondono, in ordine, ai posti letto per 100.000 abitanti nell'anno 2010, ai posti letto per 100.000 abitanti nell'anno 2021, alla differenza nel numero dei posti letto per 100.000 abitanti tra il 2021 e il 2010.

Presentazione dei dati

I posti letto per 100.000 abitanti in Piemonte erano 393,47 nel 2010 e sono decresciuti a 350,22 nel 2021, con una perdita di 43,25 posti. Per la Valle d'Aosta i posti letto erano 378,78 nel 2010 e 375,84 nel 2021, con una perdita di 2,94 posti. In Liguria erano 379,80 nel 2010 e 331,93 nel 2021, con una perdita di 47,87 posti. In Lombardia erano 396,59 nel 2010 e 328,52 nel 2021, con una perdita di 68,07 posti. In Abruzzo erano 357,93 nel 2010 e 318,74 nel 2021, con una perdita di 39,19 posti. In Molise erano 438,50 nel 2010 e 315,12 nel 2021, con una perdita di 123,38 posti. In Campania erano 299,16 nel 2010 e 250,41 nel 2021, con una perdita di 48,75 posti. In Puglia erano 353,26 nel 2010 e 289,10 nel 2021, con una perdita di 64,16 posti. In Basilicata erano 319,00 nel 2010 e sono leggermente aumentati a 319,80 nel 2021, con un guadagno di 0,80 posti. In Calabria erano 321,90 e sono decresciuti a 220,13 nel 2021, con una perdita di 101,77 posti. In Sicilia erano 302,61 nel 2021 e 291,51 nel 2021, con una perdita di 11,10 posti. In Sardegna erano 373,37 nel 2010 e 304,46 nel 2021, con una perdita di 68,91 posti. Nella Provincia Autonoma di Bolzano erano 407,55 nel 2010 e 341,16 nel 2021, con una perdita di 66,39 posti. Nella Provincia Autonoma di Trento erano 420,44 nel 2010 e 368,01 nel 2021, con una perdita di 52,43 posti. In Veneto erano 358,72 nel 2010 e 307,75 nel 2021, con una perdita di 50,97 posti. In Friuli-Venezia Giulia erano 362,76 nel 2010 e 327,94 nel 2021, con una perdita di 34,82 posti. In Emilia-Romagna erano 409,79 nel 2010 e 362,56 nel 2021, con una perdita di 47,23 posti. In Toscana erano 329,91 nel 2010 e 288,82 nel 2021, con una perdita di 41,09 posti. In Umbria erano 300,08 nel 2010 e 292,18 nel 2021, con una perdita di 7,9 posti. Nelle Marche erano 370,71 nel 2010 e 273,87 nel 2021, con una perdita di 96,84 posti. Nel Lazio erano 419,46 nel 2010 e 356,09 nel 2021, con una perdita di 63,37 posti. In Italia (media nazionale) erano 364,35 nel 2010 e 312,39 nel 2021, con una perdita di 51,96 posti.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione di dati Eurostat da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Occorre peraltro tenere a mente che la distribuzione territoriale dei posti letto in Italia continua a essere fortemente iniqua, dal momento che tende a privilegiare le regioni del Centro-Nord a scapito di regioni meridionali come la Calabria o la Campania, dove si registra il numero più basso di posti letto per abitante. In aggiunta, circa un quinto dei posti letto ospedalieri in Italia appartiene a strutture ospedaliere private, limitando ulteriormente il numero di unità effettivamente fruibili da tutte le persone senza discriminazioni economiche¹². Ed è proprio in Calabria e Campania che si osservano le percentuali più alte (36,79% e 36,81%) di posti letto privati sui posti letto totali.

Parallelamente nel periodo 2010-2020 si è assistito a una perdita di 29.284 unità di personale sanitario, una perdita pari al 4,52% della totalità del personale, fenomeno a sua volta parte di una tendenza di lunga durata (Cimo-Fesmed 2024).

1.3 La povertà sanitaria e le famiglie

Anche a causa dell'acuirsi delle difficoltà di budget del Ssn e del correlativo scaricamento dei costi sulle famiglie, negli ultimi anni la percentuale della spesa sanitaria privata sulla spesa sanitaria totale ha visto una stabile crescita, passando dal 38,5% del 2017 al 44,1% del 2022 (OPSan 2023). Tra i costi che le persone sono tenute a sostenere, la parte più consistente è quella legata alla spesa farmaceutica (OPSan 2022), anche a causa del fatto che il Ssn non riconosce in modo sistematico, ma solo molto frammentato e residuale, delle agevolazioni per i soggetti più marginalizzati, prevedendo, in linea generale, due regimi di rimborsabilità paralleli: o i farmaci (se di classe A) sono interamente rimborsati dal Ssn, oppure (se di classe C) sono interamente lasciati ricadere sulle finanze dell'acquirente¹³. Queste dinamiche implicano che la spesa sanitaria in generale, e la spesa farmaceutica in particolare, siano altamente stratificate sulla base delle possibilità economiche delle famiglie. Ciò che emerge dai report annuali dell'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria sono le marcate differenze nella spesa sanitaria media mensile tra le famiglie classificate come assolutamente povere e quelle situate al di fuori dello stato di povertà assoluta¹⁴. In particolare, la spesa delle famiglie in povertà assoluta è, in modo stabile nel tempo, significativamente inferiore rispetto alla spesa sostenuta dalle altre famiglie (Sarti, Terraneo & Tognetti Bordogna 2014; Rovati & Accolla 2021; OPSan 2022), le quali spendono circa sei volte di più rispetto alle prime. È, tuttavia, evidente che queste differenze nel budget allocato alla spesa sanitaria non possono essere spiegate a partire da un presunto minore bisogno di cure sanitarie da parte delle famiglie in condizione di povertà rispetto a quelle economicamente più avvantaggiate. Piuttosto, le famiglie in povertà, a causa della loro situazione marcatamente precaria, appaiono costrette a adottare delle strategie di contenimento della spesa sanitaria a breve termine, anche a costo della propria salute sul lungo termine.

Queste strategie assumono tre principali direttive: la rinuncia alle cure (differendo il più possibile gli interventi e astenendosi dall'acquistare i farmaci, soprattutto quelli relativi a patologie i cui sintomi sono meno debilitanti), secondariamente, la ricerca di medici o centri più economici (OPSan 2022) e, se possibile, la stipulazione di prestiti finanziari per coprire le spese mediche (Toth 2016). Tra queste, la seconda e la terza strategia sono quelle meno praticate, in quanto richiedono, rispettivamente, l'accesso a fonti di informazione (come le reti sociali) e a garanzie finanziarie (necessarie per ottenere la concessione di prestiti da parte delle banche) che spesso i soggetti più marginalizzati faticano ad acquisire.

¹² Secondo i dati Eurostat nel 2022 i posti letto privati erano il 22,9% dei posti letto disponibili. La percentuale varia molto tra le Regioni, con picchi oltre il 35% per Campania e Calabria. In Lombardia i posti letto privati erano il 23,69% del totale dei posti letto disponibili

¹³ Vi è poi una terza classe di farmaci, detti di classe H, erogabili esclusivamente in contesti ospedalieri e pertanto non acquistabili da privati

¹⁴ Per la definizione di povertà assoluta si veda la nota 2, a pagina 4

A quanto detto si deve aggiungere il fatto che anche il peso relativo della spesa farmaceutica sulla spesa sanitaria totale (la percentuale di spesa mensilmente dedicata all'acquisto di farmaci rispetto alla spesa totale dedicata alla sanità per una famiglia) si presenta in modo differente sulla base dello status economico delle famiglie: nel 2021 le spese mensili relative alle medicine costituivano per le famiglie in condizione di povertà assoluta il 59% della spesa sanitaria totale, contro il 39,4% per le altre famiglie (OPSan 2022).

Come dicevamo, queste disuguaglianze nella spesa non sono tanto dovute a differenze nei bisogni, ma a iniquità nelle possibilità di sostenere i costi che costringono le famiglie più vulnerabili a comprimere il più possibile le spese, dirigendo le poche risorse economiche disponibili verso l'acquisto dei beni e servizi più economici – almeno sul breve termine – e impellenti a scapito di tutto il resto (e soprattutto delle prestazioni legate alla prevenzione).

Uno degli ambiti che vede il maggior numero di rinunce da parte dei soggetti in condizione di povertà è quello delle cure odontoiatriche e per i servizi di igiene dentale che, a causa della bassa copertura da parte del sistema sanitario pubblico¹⁵, diventa un importante spartiacque tra chi può curarsi adeguatamente e chi è privato di questa possibilità.

Un ulteriore ambito dove si registrano significative iniquità di accesso riguarda la salute mentale. Nel 2022 la spesa nazionale destinata alla salute mentale ammontava al 2,98% dei fondi totali allocati nel Fondo Sanitario Nazionale (Siep 2024), tra i valori più bassi dei paesi Ocse. In effetti, il sottofinanziamento dell'ambito della salute mentale¹⁶ si configura come una tendenza di lungo termine nello scenario italiano (Starace 2022). I dati sull'entità della domanda insoddisfatta di servizi di salute mentale in Italia sono poco aggiornati – i dati Eurostat fanno riferimento al periodo pre-pandemico, precedente al vertiginoso aumento di disagi psichici dovuti agli effetti della pandemia (De Girolamo *et al.* 2022) – ma un'indagine dell'Istituto Piepoli condotta per conto del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (Cnop)¹⁷ ha osservato che il 10% del campione¹⁸ lamentava di non aver potuto accedere alle cure psicologiche private a causa di difficoltà economiche¹⁹. La Società Italiana di Psichiatria (2021) stimava che, durante il periodo pandemico, la percentuale di popolazione che non è riuscita ad accedere ai servizi di salute mentale si attestava intorno al 5% (pari a quasi 4,5 milioni di persone). La forte dipendenza dal settore privato (che, come abbiamo visto, introduce disuguaglianze nell'accesso alle cure) è probabilmente legata al sottofinanziamento e alla carenza di personale nel settore pubblico (da cui dipendono rilevanti liste di attesa e difficoltà ad accedere alle terapie e all'assistenza sul territorio²⁰) (*Ibidem*; Starace 2023).

1.4 La rinuncia alle cure

Il tema della rinuncia alle cure, strettamente intrecciato con quello della povertà sanitaria, merita un inciso specifico. La rinuncia alle cure è intesa come la «percentuale di persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno

¹⁵ Le prestazioni odontoiatriche sono, infatti, parzialmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza, e perciò erogabili solo a specifiche categorie di soggetti o in specifiche condizioni di urgenza

¹⁶ Secondo la *Lancet Commission on global mental health and sustainable development* (2018) le nazioni ad alto reddito come l'Italia dovrebbero dedicare circa il 10% della spesa sanitaria totale ai servizi salute mentale

¹⁷ Disponibile all'indirizzo:

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=113621 (Ultimo accesso: 15/10/2024)

¹⁸ Note metodologiche relative alla composizione del campione e alle tecniche di campionamento utilizzate non sono presenti

¹⁹ In aggiunta, Starace (2023) osserva che mentre «[i]l più recente rapporto del GBD [*Global Burden of Disease*, ndr] stima per l'Italia una prevalenza di disturbi mentali pari al 15% della popolazione», «il Rapporto Salute Mentale del Ministero della Salute, segnala che il numero di persone in contatto con i servizi del sistema di cura per la salute mentale è pari a 778.737, cioè circa l'1,6% della popolazione», segnalando un chiaro abisso tra bisogni di cura e capacità erogativa da parte del SSN.

²⁰ Il report Siep osserva che la dotazione di personale psichiatrico (60,4 operatori ogni 100.000 abitanti) è «inferiore di oltre il 25% rispetto a quanto previsto dagli atti di programmazione nazionali», ovvero «83 operatori per 100.000 abitanti, al netto di quello necessario per le attività residenziali e delle reti specialistiche sovrazionali» (Siep 2024)

dichiarato di aver rinunciato a qualche visita specialistica o a esame diagnostico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno» (Istat 2023). In questo senso, la condizione di povertà sanitaria è una delle cause della rinuncia alle cure, spesso in interazione con altri fattori associati alla condizione di indigenza. Specificamente, Istat individua, oltre alla povertà sanitaria, anche cause associate alla lunghezza delle liste d'attesa o alla scomodità dell'accesso alle cure (a causa, ad esempio, degli spostamenti richiesti per accedere alle cure o alla difficoltà di far quadrare gli impegni – lavorativi o meno – della vita quotidiana con gli orari delle prestazioni sanitarie). La scomodità dell'accesso alle cure è anche una conseguenza dei progetti definiti di razionalizzazione dell'offerta del servizio sanitario avviati negli ultimi vent'anni. Spesso queste pratiche, presentate nella retorica come delle misure di ottimizzazione dell'equilibrio di domanda e offerta sanitaria, sono state orientate al ridimensionamento orizzontale e indiscriminato della spesa sanitaria attraverso la contrazione qualitativa e quantitativa delle prestazioni e dei servizi sanitari offerti sul territorio (a cominciare dai posti letto e dal personale), culminando nella chiusura o nella riduzione dell'efficienza degli ospedali situati nelle zone più periferiche del territorio nazionale (come aree rurali o montane), introducendo ulteriori disuguaglianze territoriali nell'uso del Ssn (Neri 2021).

La percentuale di rinuncia ha visto un picco nel periodo pandemico – passando dal 6,3% nel 2019 all'11,1% nel 2021 – per poi scendere al 7,2%, più in linea con lo scenario pre-pandemico, nel 2022 (Istat 2023). Tuttavia, non si tratta di un semplice ritorno al contesto precedente alla pandemia, dal momento che la principale causa di rinuncia, secondo lo schema individuato da Istat, è ora la lunghezza delle liste di attesa (in seguito alla riduzione della percentuale di persone che rinunciano per motivi strettamente economici), le quali, dopo il marcato prolungamento registrato durante il periodo pandemico, non sono state ridimensionate²¹.

La povertà sanitaria rimane la principale motivazione della rinuncia alle cure tra le persone in maggiore condizione di debolezza economica (Istat 2023). In particolare, si dovrebbe sempre tenere conto del fatto che, come si diceva in apertura al capitolo, le condizioni economiche e di salute tendono a influenzarsi a vicenda, producendo, soprattutto per le persone maggiormente vulnerabili, circoli viziosi che culminano nell'accumulo di svantaggi sociali. Particolarmente delicata è, ad esempio, la condizione delle persone che affrontano patologie croniche (come diabete o malattie coronariche) che possono causare un aumento vertiginoso delle spese sanitarie. L'espressione "spese sanitarie catastrofiche" viene utilizzata in letteratura per indicare quelle spese familiari dove la proporzione del *budget* destinato alle spese sanitarie supera una certa percentuale (generalmente la soglia viene fissata al 10% o al 25%) delle spese familiari totali (talvolta al posto delle spese familiari totali si fa riferimento al reddito). Le spese sanitarie catastrofiche costringono le famiglie più vulnerabili a comprimere ulteriormente la spesa destinata a fattori extra sanitari (come le spese alimentari o relative all'istruzione), rendendo ancora più difficile uscire dalla condizione di povertà e di cattiva salute (e rischiando di trasmetterla intergenerazionalmente). Anche per questo motivo, il legame tra malattie croniche e povertà sanitaria è bidirezionale, dal momento che «le malattie croniche possono derivare da o condurre a difficoltà finanziarie» (Arsenijevic *et al.* 2016).

Tuttavia, come dicevamo, oltre alle difficoltà nel sostenere i pagamenti *out of pocket*, la rinuncia alle cure può essere dettata anche da altri fattori tangenziali al problema della povertà, come la completa recisione dei contatti con il Ssn e le reti di supporto (soprattutto nelle condizioni di più intensa deprivazione e marginalizzazione).

Un filone della letteratura che va da Robert Castel (2000; 2019) a Serge Paugam (2013) ha posto l'attenzione sul circolo vizioso di esclusione sociale provocato dall'indebolimento dei legami con il mercato del lavoro e con altre istanze di socializzazione come il gruppo degli affini e i legami istituzionali. Secondo Paugam (2013), nelle società post-fordiste occidentali, caratterizzate dall'individualizzazione dei rischi e dalle intense segmentazione e precarizzazione del mercato del lavoro, il modello di povertà dominante è anzitutto

²¹ A rigore, però, le criticità associate alla lunghezza delle liste di attesa e alle scomodità logistiche andrebbero trattate come questioni strettamente associate a disuguaglianze economiche e ad altre tensioni presenti nella vita quotidiana (come orari lavorativi rigidi o carichi di cura)

derivante dalla rottura dei legami sociali. Questa condizione di vulnerabilità, legata all'accumulo di svantaggi che intrecciano diverse dimensioni dell'esistenza sociale (ad esempio, disoccupazione, precarietà abitativa, isolamento sociale), può ostacolare in modo particolarmente grave la possibilità di accedere alle cure sanitarie, stabilendo delle barriere tra la persona e le reti di supporto istituzionali. È anche per questo motivo che l'informalità degli enti del terzo settore può contribuire al sostegno delle persone in difficoltà, altrimenti difficilmente intercettabili dalle forme di supporto convenzionali.

Un'ulteriore motivazione della rinuncia alle cure deriva, come detto, dalle prolungate liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche (Boscolo *et al.* 2022). La lunghezza delle liste di attesa varia notevolmente in base alla classe di priorità²², al tipo di prestazione e, soprattutto, al regime di finanziamento (in ordine decrescente di attesa media: pubblico, privato convenzionato, privato e *intramoenia*)²³. Il fenomeno affligge soprattutto le prime visite specialistiche, gli esami diagnostici e gli interventi chirurgici (Cittadinanzattiva 2023). Le attese prolungate, soprattutto se combinate con altre difficoltà d'accesso come quelle economiche o quelle legate alla distanza territoriale dal luogo di residenza (a loro volta non indipendenti da questioni economiche), possono costringere le persone che non possono permettersi di rivolgersi al privato (dove, come dicevamo, in linea di principio l'accesso ai servizi è più tempestivo) a rinviare le cure (Rovati & Accolla 2021). Le criticità legate alle liste d'attesa, che gravano soprattutto sulle persone in maggiore difficoltà economica (perché maggiormente prive di risorse da mobilitare per far fronte agli ostacoli posti dalle lunghe code), sono parallelamente responsabili per il rilevante aumento della rinuncia alle cure tra gruppi sociali con migliori dotazioni di risorse economiche (Istat 2023).

1.5 La povertà sanitaria e le differenze territoriali

La povertà sanitaria non è, peraltro, un fenomeno distribuito omogeneamente lungo il territorio nazionale: in riferimento alle cinque macroregioni, il fenomeno si presenta in forma molto più acuta al Sud, nelle Isole e, in misura minore, al Centro, rispetto al Nord-Ovest e Nord-Est, dove l'incidenza è più bassa (OPSan 2022). In effetti, il tasso di famiglie che hanno affermato di avere cercato di limitare la spesa sanitaria (adottando almeno una delle prime due strategie presentate più sopra) nel 2021 è stato più alto nelle Isole e ancora di più al Sud (rispettivamente 21,2% e 27%) rispetto alle famiglie del Nord-Ovest e del Nord-Est (16,9% e 11,8%). Un caso a parte riguarda il Centro Italia, dove i valori sono più contenuti (16,1%), ma, se si guarda specificamente alle sole famiglie in condizioni di povertà, il dato sale al 37,1%, più in linea con i valori relativi al Sud (39,5%) e superiore alla media nazionale di 4,5 punti percentuali. Questi dati (per certi versi non sorprendenti, in quanto riflettono le persistenti disuguaglianze che attraversano il territorio italiano) diventano particolarmente interessanti se confrontati con quelli relativi alla ripartizione tra le macroregioni delle spese sanitarie mensili pro capite da parte delle famiglie. In particolare, in apparente contraddizione con quanto appena detto, le spese delle famiglie definite come povere del Nord-Ovest e del Nord-Est sono significativamente inferiori rispetto alle spese delle famiglie in condizione di povertà delle altre macroregioni, presso le quali il fenomeno della povertà sanitaria si presenta con maggiore incidenza (da cui dovremmo aspettarci una spesa media pro-capite inferiore). Una possibile spiegazione potrebbe fare riferimento al fatto che le reti di supporto del terzo settore sono maggiormente dispiegate al Nord Italia (OPSan 2023), alleviando il carico che queste famiglie sono tenute a sostenere per curarsi, ma, così facendo, rafforzando le durevoli

²² Le classi di priorità previste dal Ssn sono quattro e permettono di regolare domanda e offerta di prestazioni sulla base dell'urgenza del trattamento richiesto. In ordine di priorità sono: U (urgente, da erogare entro 72 ore), B (breve, da erogare entro 10 giorni), D (differibile, entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali) e P (programmabile, da erogare entro 120 giorni). A causa dei ritardi, però, questi limiti temporali possono essere frequentemente superati (Cittadinanzattiva 2023)

²³ Vi sono anche variazioni regionali, ma il mancato accentramento delle basi informative rende estremamente complesso effettuare comparazioni tra regioni o anche solo giungere a conclusioni nette circa l'entità del fenomeno (Federconsumatori 2024)

disuguaglianze territoriali (non solo tra Nord e Sud, ma anche tra città e provincia)²⁴. In questo contesto, quindi, l'intervento del Terzo settore non compensa totalmente, ma anzi si iscrive su dei sistemi di disuguaglianze preesistenti, non potendo, per assenza di strumenti (legislativi, esecutivi, fiscali) a disposizione, attenuarli in modo più radicale.

Tuttavia, la tendenza è meno chiara di quanto possa sembrare: in una prospettiva diacronica (ovvero, analizzando dati in una dimensione storica), la relativa variabilità delle spese sanitarie tra le famiglie in condizione di povertà del Nord, del Centro e del Sud, rende difficile ridurre la questione delle differenze tra queste spese alla sola distribuzione iniqua delle reti di assistenza sul territorio.

Effettivamente, Rovati e Accolla (2021), richiamano l'attenzione sul fatto che, oltre alla macroregione, un ulteriore livello di disaggregazione territoriale pertinente per l'analisi è quello dello spazio urbano²⁵: nel 2019 la spesa sanitaria mensile pro-capite tra le famiglie in condizione di povertà variava dal picco di 14,60 euro nelle città metropolitane del Nord al minimo di 6,22 euro dei comuni situati nella periferia delle aree metropolitane e dei comuni con più di 50.000 abitanti. Mentre al Nord la spesa aumenta passando dai piccoli comuni (con meno di 50.000 abitanti) alle città metropolitane, al Sud si registra una tendenza inversa, suggerendo che, oltre all'effetto della distribuzione delle reti di sostegno del terzo settore (più rarefatte nella provincia e più presenti nella città), siano in gioco anche differenze nel potere d'acquisto, di cui l'analisi deve tener conto.

Un punto in cui disuguaglianze territoriali e disuguaglianze economiche si intrecciano riguarda quello della mobilità sanitaria interregionale, che riguarda le persone che si rivolgono a regioni esterne rispetto a quella di residenza per accedere alle prestazioni sanitarie, principalmente di ricovero ordinario (69,6%) e di specialistica ambulatoriale (16,5%) (Gimbe 2024). I flussi di mobilità sanitaria, a causa dell'entità delle differenze nella qualità dei servizi sanitari offerti (dove, in linea generale, le regioni del Centro-Nord possono, anche grazie alla maggiore disponibilità economica, erogare servizi migliori rispetto a quelle del Sud), riguardano principalmente gli spostamenti dal Meridione verso il Settentrione (ma parallelamente la fuga può anche essere diretta verso le regioni adiacenti, permettendo di tagliare i costi di trasporto). Va da sé che, oltre a costituire una disuguaglianza dal punto di vista dell'equità dell'uso dei servizi sanitari (Culyer & Wagstaff 1993) tra le persone sulla base del luogo di residenza, questo fenomeno comporta anche una serie di costi (in particolare di tipo logistico e legati al trasporto) che non tutte le famiglie possono permettersi di sostenere, segnalando un'ulteriore disparità nell'accesso alle cure. Inoltre, la mobilità passiva (la fuga di persone in cura da una regione) comporta un notevole costo per una regione, mentre la mobilità attiva (la capacità di attrarre persone in cura residenti in altre regioni) consente ai territori di ottenere credito. Il fatto che, come osserva la Fondazione Gimbe (2024), siano soprattutto le regioni del Nord (insieme al Lazio) a vantare capacità attrattiva (e quindi a ottenere saldi positivi o che compensano la mobilità passiva da parte dei propri residenti), genera un effetto perverso che rafforza ulteriormente le disuguaglianze territoriali e

²⁴ Al contrario, più in linea con le aspettative, se si analizzano le spese sanitarie pro-capite delle famiglie (sia quelle in condizioni di povertà che quelle più agiate), emerge che le famiglie del Nord-Ovest e del Nord-Est spendono molto più (nel 2021 69,6 e 68,4 euro al mese) rispetto a quelle del resto d'Italia (dove, in particolare, Sud e Isole sono caratterizzate da medie notevolmente inferiori – di 12 e 9 euro rispettivamente – alla media nazionale di 61,8 euro mensili). Chiaramente, questo fenomeno rimanda al minor reddito medio disponibile nei territori meridionali, in modo che in questo caso si assista non a una maggiore spesa a causa della maggiore assenza di reti di sostegno formali e informali, ma a una minore spesa dovuta alle minori risorse economiche mobilitabili. In entrambi i casi (sia in relazione alle famiglie in condizione di povertà che a quelle più avvantaggiate), tuttavia, il peso relativo delle spese sanitarie sulle spese mensili per consumi è sempre maggiore al Sud e nelle Isole, confermando l'ipotesi che queste distribuzioni differenziali siano essenzialmente dovute a disuguaglianze economiche (che, in questo modo, costringono le famiglie più svantaggiate a una scelta tra rinuncia alle cure mediche e rinuncia ad altre aree, altrettanto essenziali, di spesa, come l'alimentazione)

²⁵ Gli autori fanno riferimento a uno schema di disaggregazione territoriale caratterizzato dall'individuazione di «nove Italie» prodotte dall'incrocio tra, da un lato, la ripartizione tra Nord, Centro e Sud e, dall'altro, la ripartizione tra comuni del centro delle aree metropolitane, comuni della periferia delle aree metropolitane insieme a comuni con più di 50.000 abitanti e, infine, comuni con meno di 50.000 abitanti

mina ancora di più la capacità delle regioni meno avvantaggiate di offrire servizi di qualità. Un ulteriore dettaglio riguarda il fatto che «oltre la metà [delle prestazioni offerte nel contesto della mobilità sanitaria, ndr] viene erogata dalle strutture private, segnale inequivocabile di indebolimento di quelle pubbliche» (Gimbe 2024).

1.6 La povertà sanitaria e il Terzo settore

Negli ultimi anni, anche a fronte della crisi del settore pubblico nella sanità, il ruolo del Terzo settore nell'offrire servizi di benessere sanitario si è intensificato, con molte esperienze significative e alcune ambivalenze. Da un lato, è indiscutibile che in una congiuntura di indebolimento della sanità pubblica, sempre più pervasa da sostanziali disparità economiche (e non solo) nell'accesso a prestazioni sanitarie la cui offerta è solo formalmente universalistica, un ruolo particolarmente rilevante è stato assunto dagli enti del terzo settore. Questi enti, distribuiti, come abbiamo visto, sulla totalità del territorio nazionale (ma in modo disomogeneo), offrono ai soggetti in situazioni di vulnerabilità la possibilità di ricevere gratuitamente prestazioni sanitarie (soprattutto di tipo ambulatoriale e di assistenza residenziale) (OPSan 2023). In questo senso, il Terzo settore consente di coprire, in parte, le difficoltà delle persone e delle famiglie che non possono avvalersi, per condizioni di marcata indigenza, delle prestazioni del Ssn (e tantomeno di quelle acquistabili sul mercato). Dall'altro lato, nonostante la svolta verso la *devolution* e la retorica associata alla costruzione di un *welfare* locale (in particolare attraverso la legge 328/2000) il basso grado di integrazione (peraltro fortemente variabile a livello regionale) con il settore pubblico configura uno scenario di tensioni tra i diversi livelli della *governance* nell'erogazione dei servizi (Bifulco 2016). Il rischio è che si delineino nuove disuguaglianze territoriali nel momento in cui la capacità dello Stato di integrare viene indebolita a causa di un progressivo processo di deresponsabilizzazione del settore pubblico (Bifulco *et al.* 2022).

In Italia, peraltro, il sistema del Terzo settore è connotato da una certa fragilità, potendo contare su finanziamenti fluidi che non garantiscono sempre stabilità finanziaria. Inoltre, l'espansione del Terzo settore nella cornice della *governance* locale ha contribuito ad aprire nuovi circuiti di accumulazione di capitale non estranei a regimi di (auto)sfruttamento delle persone che vi lavorano, soprattutto nell'ambito dell'erogazione di lavoro immateriale (Busso & Lanunziata 2016, *cfr.* Gorz 2017). In questo contesto, il Terzo settore ha stabilito legami sempre più stretti con il mondo del privato *for-profit*, rendendo il confine tra aree di marketizzazione e di mercificazione, da un lato, e logiche solidaristiche, dall'altro, sempre più labile (Busso & Gargiulo 2016; Bifulco *et al.* 2022). Un rischio che va preso in considerazione è che l'espansione del Terzo settore nella sanità possa rappresentare un dispositivo di avanzamento del processo di riconfigurazione in chiave neoliberista del *welfare* italiano (Busso & Gargiulo 2016). L'ambivalenza del ruolo del Terzo settore è in questa oscillazione: da un lato il suo coinvolgimento nei processi di *governance* viene celebrato come una soluzione che consente di offrire una risposta innovativa alla crisi della sanità pubblica, riducendo la spesa sociale in un contesto di progressiva delegittimazione e sfiducia nell'efficacia dell'intervento pubblico; dall'altro lato, queste pratiche di *governance* sono state uno dei vettori discorsivi che hanno accompagnato il percorso di erosione della sanità pubblica (Moini 2011; Bifulco 2015; Busso 2015).

Sintesi del capitolo

Il fenomeno della povertà sanitaria riguarda quella fascia della popolazione che non può accedere, per motivi economici, alle prestazioni e ai servizi sanitari necessari per soddisfare i propri bisogni di cure mediche. Il Servizio sanitario nazionale dispone di un'impostazione marcatamente universalistica, ma, facendo ricadere una parte della spesa sanitaria sulle persone attraverso l'*out of pocket*, contribuisce ad escludere le persone e le famiglie economicamente più deboli. L'*out of pocket* riguarda eminentemente quattro tipi di spese:

- le spese relative ai ticket regionali (dove i criteri tesi a definire l'entità della spesa sono altamente frammentati e variabili tra regioni) che possono riguardare sia i costi associati alla dimensione farmaceutica, sia quelli legate alle prestazioni specialistiche ambulatoriali;

- i costi relativi all'acquisto di farmaci non rimborsati dal Servizio sanitario e perciò interamente a carico del paziente;
- le spese per l'acquisto presso esercenti autorizzati di prodotti per la cura e il benessere che non rientrano nell'ambito farmaceutico, come l'acquisto di articoli sanitari e attrezzature ortopediche;
- le prestazioni sanitarie parzialmente o totalmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza (Lea; vale a dire prestazioni che il Ssn è tenuto, per legge, ad offrire in modo uniforme a tutti i pazienti) e perciò non coperte (o solo sotto certe condizioni) dal sistema sanitario. Tra queste figurano tutte le forme di medicina classificate come non convenzionali e pertanto non riconosciute dal Ssn (totalmente escluse), le cure odontoiatriche (parzialmente escluse) e gli interventi di chirurgia estetica (totalmente esclusi).

I tagli al Fondo Sanitario Nazionale applicati come misura di contenimento della spesa pubblica hanno aggravato marcatamente lo scenario, aumentando la quota di spesa sanitaria scaricata sulle famiglie.

La povertà sanitaria viene generalmente affrontata attraverso tre strategie:

- la rinuncia alle cure (differendo il più possibile gli interventi e astenendosi dall'acquistare i farmaci, soprattutto quelli relativi a patologie i cui sintomi sono meno debilitanti);
- la ricerca di medici o centri più economici;
- la stipulazione di prestiti finanziari per coprire le spese mediche;

Tra queste, la prima, oltre ad essere la più tragica, è quella a cui le famiglie in maggiore difficoltà sono costrette a fare ricorso.

La povertà sanitaria concerne primariamente le regioni del Sud e delle Isole, mentre quelle del Nord, anche grazie alla presenza di una più articolata rete di assistenza del terzo settore, sono maggiormente protette, per quanto entrino in gioco anche differenze nel potere d'acquisto.

Inoltre, disuguaglianze territoriali e disuguaglianze economiche si intrecciano nel fenomeno della mobilità sanitaria interregionale, che concerne le persone che si rivolgono a regioni esterne rispetto a quella di residenza per accedere alle prestazioni sanitarie, con flussi che procedono generalmente verso regioni adiacenti o spostamenti dal Meridione verso il Settentrione.

Il terzo settore si configura come un importante meccanismo di contrasto locale alla povertà sanitaria, ma il rischio è che, a fronte dell'indebolimento della capacità dello Stato di offrire benessere, si delineino disuguaglianze territoriali esacerbate dalla frammentarietà del terzo settore.

2. La ricerca sulla povertà sanitaria in provincia di Sondrio. Il processo di ricerca

Il questionario²⁶ utilizzato è stato disegnato partendo da precedenti attività di ricerca sui comportamenti di salute delle persone e dei nuclei familiari. Le due principali che hanno fatto da riferimento sono state i dati raccolti da Doxa Pharma per conto del Banco Farmaceutico, pubblicati nel Rapporto sulla Povertà Sanitaria del 2017²⁷, e le indagini multiscopo Aspetti della vita quotidiana che ISTAT conduce a cadenza annuale²⁸.

Il questionario è stato disegnato perché potesse essere compilato in autonomia dalle persone, mantenendo uno stretto anonimato sulla loro identità. È composto da due sezioni, corrispondenti al fronte e al retro della versione cartacea, introdotte da una spiegazione delle ragioni della ricerca e delle modalità di trattamento dei dati.

La prima sezione del questionario raccoglie le domande utilizzate per la profilazione delle persone che hanno risposto al questionario. Alle persone sono stati chiesti: il Comune di residenza; l'età anagrafica; la cittadinanza; il genere di identificazione.

Una domanda ha rilevato la presenza nel nucleo familiare di alcune condizioni di vulnerabilità che hanno un impatto sui carichi di cura, ovvero la presenza: di persone di età minore di 3 anni; di persone con disabilità; di persone in condizione di non autosufficienza; di persone con malattie croniche.

Una domanda ha rilevato l'eventuale esperienza di difficoltà economiche, con la formulazione: "Tenendo conto di tutti i redditi disponibili, la sua famiglia come riesce ad arrivare alla fine del mese"? Le persone avevano la possibilità di rispondere utilizzando una scala con sei diversi gradi che andavano dalla grande difficoltà alla molta facilità.

Una domanda ha rilevato l'intensità dei bisogni di cura sanitaria attraverso la frequenza con cui le persone nei 12 mesi precedenti alla partecipazione alla ricerca si sono rivolte al medico di base o al pediatra di base, a un laboratorio o a un ambulatorio per esami e analisi, a una farmacia per l'acquisto di farmaci, a un ambulatorio per visite specialistiche, al Pronto soccorso.

La seconda sezione è introdotta dalla domanda "Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per i seguenti tipi di spesa per motivi di salute?". I tipi di spesa previsti sono sette:

- spese presso il medico di base o il pediatra di base, come certificati, vaccinazioni o altre prestazioni a pagamento;
- spese per visite specialistiche;
- spese per l'acquisto di farmaci;
- spese per il dentista e per servizi di igiene dentale;
- spese per analisi cliniche ed esami diagnostici (come analisi del sangue, radiografie, ecografie, elettrocardiogrammi, tac, risonanze magnetiche, pap-test e simili);
- spese per l'acquisto di occhiali e lenti da vista, incluse lenti a contatto;
- spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine.

Per ogni tipo di spesa chi ha compilato poteva usare una o più risposte, da scegliere all'interno di questo elenco:

- non ha avuto bisogno di fare questa spesa;
- **ha rinunciato alla spesa;**

²⁶ Il questionario è pubblicato in questo Quaderno, nella sezione dedicata agli allegati

²⁷ Il rapporto è consultabile e scaricabile dal sito dell'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria, all'indirizzo: <https://www.opsan.it/cm-files/2018/09/11/file-0-3272.pdf> Ultimo accesso: 15/10/2024

²⁸ Istat mette a disposizione i microdati prodotti dalle indagini. I dati possono essere consultati e scaricati all'indirizzo: <https://www.istat.it/microdati/aspetti-della-vita-quotidiana/> Ultimo accesso: 15/10/2024

- **ha limitato la spesa allo stretto necessario;**
- **si è rivolta a medici o a centri più economici;**
- **ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione;**
- è riuscita a pagare tutto;
- ha un'esenzione che copre questo tipo di spesa.

Di questi comportamenti quattro (che abbiamo evidenziato in grassetto) sono quelli che consideriamo indicatori di povertà sanitaria, ovvero l'accesso limitato a servizi sanitari, tale da poter compromettere i diritti alla cura e alla qualità della vita, dovuto all'incrocio tra le condizioni di accesso, definite dal sistema sanitario, e le condizioni economiche delle persone e delle famiglie. I quattro comportamenti sono: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri più economici, ricevere un aiuto da qualche ente o da qualche associazione. Sono comportamenti logicamente diversi tra loro: avere rinunciato alla spesa o avere limitato la spesa allo stretto necessario hanno come diretta conseguenza l'accesso limitato ai servizi sanitari, da questo punto di vista sono direttamente collegati alla definizione di povertà sanitaria che stiamo utilizzando; rivolgersi a medici o a centri più economici e ricevere un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono comportamenti che segnalano una condizione di vulnerabilità economica (quale motivazione a mettere in atto il comportamento) ma che possono, allo stesso tempo, rappresentare il tentativo di evitare che questa abbia come impatto la limitazione dell'accesso ai servizi sanitari. Rappresentano, da questo punto di vista, strategie di compensazione della propria vulnerabilità economica rispetto all'accesso ai servizi sanitari.

Il questionario è stato distribuito in punti di raccolta sparsi sul territorio della Valtellina e presidiati dalle volontarie e dai volontari che hanno partecipato all'attività di ricerca. La compilazione cartacea è stata affiancata dalla possibilità di compilazione online. Il link per il questionario online²⁹ è stato distribuito attraverso molti canali diversi: attraverso volantini distribuiti sul territorio e presso i punti di raccolta; attraverso i canali social e il sito di progetto³⁰, così come i canali social dei partner di progetto; attraverso e-mail e messaggi mandati dalle volontarie e dai volontari, così come dai partner di progetto alle proprie reti di contatti. Un ulteriore strumento di diffusione è stato rappresentato dai giornali e dai periodici locali che hanno rilanciato la ricerca³¹.

Nata come una ricerca campionaria che puntava a raccogliere almeno 1.650 questionari, la ricerca si è conclusa con oltre 1.800 questionari raccolti, di questi quasi il 70% in forma cartacea.

Sulla rappresentatività del campione, però, occorre fare alcune precisazioni, pur senza entrare in modo troppo approfondito su aspetti di metodo.

Per rappresentatività generalmente si intende la capacità di un campione statistico³² di riflettere in modo accurato le caratteristiche della popolazione più ampia da cui è estratto. In buona sostanza, se il nostro campione di oltre 1.800 questionari raccolti fosse rappresentativo della popolazione della provincia di Sondrio, le sue proprietà dovrebbero corrispondere a quella della popolazione, riflettendone la diversità da molteplici punti di vista. Uno dei criteri chiave per garantire la rappresentatività di un campione è quello della selezione casuale; ovvero, il fatto che ogni componente della popolazione abbia una probabilità uguale (o nota) di essere incluso nel campione. Dal punto di vista metodologico, la selezione casuale riduce il rischio di bias (il termine tecnico con cui sono definite le distorsioni del processo di ricerca) nella selezione che possano

²⁹ Il questionario online, del tutto identico a quello cartaceo, è stato ospitato sullo spazio messo a disposizione da Codici sul proprio profilo Qualtrics

³⁰ Un ringraziamento particolare a Valentina Bertola per avere curato tutta la campagna di comunicazione online dell'attività di ricerca

³¹ Un ringraziamento particolare a Emanuela Zecca per avere predisposto i comunicati stampa e per avere svolto l'attività di ufficio stampa

³² Per campione statistico si intende un sottoinsieme di persone o di unità estratto da una popolazione più ampia, utilizzato per fare inferenze, ovvero per trarre conclusioni generali o previsioni a partire da dati osservati, o stime su quella popolazione

alterare la rappresentatività³³. Per fare in modo che la selezione di chi risponde a un questionario corrisponda a una selezione casuale occorre avere alcune attenzioni nelle procedure così dette di campionamento, cioè di costruzione del campione.

Nella pratica, abbiamo intenzionalmente operato alcune scelte che potrebbero aver introdotto distorsioni nella costruzione del campione perché l'obiettivo della ricerca non è arrivare a stimare la popolazione che si trova in una condizione di povertà sanitaria, quanto arrivare a stimare la relazione tra condizioni economiche, bisogni di salute e comportamenti di salute e di cura.

La prima distorsione è che abbiamo intenzionalmente cercato persone che esprimessero un bisogno di cura, per esempio privilegiando farmacie, centri prelievi o ambulatori quali sedi di raccolta. La seconda distorsione è che abbiamo intenzionalmente cercato persone che si trovassero in condizioni di vulnerabilità economica, sollecitando la rete dei partner di ProPositivi a diffondere l'attività di ricerca presso le famiglie che fanno riferimento ai servizi e ai progetti promossi sul territorio. Una terza distorsione di cui tenere conto è quella legata al fatto che la ricerca è stata un'attività partecipata: tanto le persone quanto le organizzazioni hanno sollecitato le proprie reti di relazioni a partecipare. Un coinvolgimento delle reti che, inevitabilmente, si traduce in una certa omofilia tra le persone che hanno risposto e i contatti che ne hanno sollecitato la partecipazione.

Queste tre distorsioni sono, però, coerenti con le esigenze di ricerca e con il processo comunitario che è stato attivato. La principale conseguenza è che non possiamo parlare di rappresentatività statistica del nostro campione di 1.807 questionari come faremmo per una ricerca campionaria (per intendersi quella per cui Istat, indagando i comportamenti di venticinquemila famiglie in ottocento Comuni italiani, è in grado di rappresentare la popolazione italiana).

I questionari cartacei sono stati imputati in un database in Excel, unito successivamente al database estratto dalla piattaforma utilizzata per la compilazione online. Il database complessivo così creato è stato pulito dai questionari che non contenevano le informazioni minime necessarie alle analisi, escludendo i questionari che sistematicamente omettevano le informazioni della prima sezione. I dati sono stati successivamente trattati con Spss e con Stata, due software specifici per la statistica, per condurre le analisi i cui esiti sono presentati nel capitolo successivo.

Sintesi del capitolo

Il questionario utilizzato è stato disegnato partendo da precedenti attività di ricerca sui comportamenti di salute delle persone e dei nuclei familiari. Le due principali che hanno fatto da riferimento sono state i dati raccolti da Doxa Pharma per conto del Banco Farmaceutico, pubblicati nel Rapporto sulla Povertà Sanitaria del 2017, e le indagini multiscopo Aspetti della vita quotidiana che ISTAT conduce a cadenza annuale.

Il questionario è stato disegnato perché potesse essere compilato in autonomia dalle persone, mantenendo uno stretto anonimato sulla loro identità. È composto da due sezioni:

³³ Nella fase empirica di raccolta dei dati, possono emergere diversi tipi di errori o bias che possono influenzare i risultati al punto da portarli a essere inaccurati o fuorvianti. I bias più comuni sono:

- bias di selezione, legati all'individuazione dei soggetti che partecipano alla rilevazione, distinti tra bias di copertura (mancanza di una lista completa dei soggetti eleggibili), bias di non risposta (dovuto al rifiuto o impossibilità di raggiungere i soggetti da contattare) ed errore di campionamento (stimabile solo nei disegni probabilistici);
- bias di osservazione, legati alla fase di rilevazione delle informazioni, distinti tra errore dell'intervistato (ad esempio cattiva comprensione della domanda), errore dell'intervistatore (qui non inerente in quanto questionario autosomministrato); errori dovuti allo strumento (possibili distorsioni apportate dalle domande del questionario) ed errori del modo (bias introdotti dal tipo di interfaccia con l'intervistato, se online, piuttosto che cartaceo, ecc.);
- bias di trattamento dei dati, bias dovuti a errori di imputazione o di manipolazione dei dati

- la prima sezione del questionario raccoglie le domande che sono state utilizzate per la profilazione delle persone che hanno risposto al questionario;
- la seconda sezione raccoglie sette diversi tipi di spese connesse con la salute, rispetto ai quali sono stati rilevati i comportamenti delle persone negli ultimi 12 mesi.

Sono state intenzionalmente operate alcune scelte che potrebbero aver introdotto distorsioni nella costruzione del campione per arrivare a stimare la relazione tra condizioni economiche, bisogni di salute e comportamenti di salute e di cura.

3. La ricerca sulla povertà sanitaria in provincia di Sondrio. I risultati della ricerca

Al termine del percorso di rilevazione sono stati raccolti 1.807 questionari, tutti aventi i contenuti informativi minimi per poterli considerare validi. Di questi, 1.235 (pari al 68,3% del totale) sono stati raccolti in forma cartacea nei diversi punti di rilevazione e imputati successivamente nel database. I rimanenti 572 (pari al 31,7%) sono stati compilati online.

Il capitolo è composto da tre paragrafi: nel primo sono ricostruiti i profili delle persone che hanno risposto al questionario, presentando le analisi dei dati relativi alla prima sezione del questionario; nel secondo sono presentati i dati relativi alla seconda sezione del questionario, analizzando i comportamenti avuti dalle persone che hanno risposto per le sette voci di spesa sanitaria considerate; nella terza sezione sono presentate le analisi frutto dell'incrocio tra i dati relativi alla prima e alla seconda sezione, ricostruendo quali sono i profili di persone che hanno maggiori probabilità di avere comportamenti indicatori di una condizione di povertà sanitaria.

3.1 I profili delle persone che hanno risposto al questionario

In questo paragrafo sono presentati i dati frutto della prima sezione del questionario, quella che conteneva tutte le domande necessarie alla profilazione delle persone che hanno risposto al questionario.

Le risposte alla domanda sul Comune di residenza sono state ricodificate riferendo i Comuni agli Ambiti sociali. I dati relativi sono riportati nella Tabella 2.

Tabella 2. Ripartizione dei questionari per Ambiti sociali di residenza della persona rispondente

Ambito di residenza	Numero di questionari	% sul totale
AMBITO DI BORMIO	211	11,7%
AMBITO DI CHIAVENNA	243	13,4%
AMBITO DI MORBEGNO	295	16,3%
AMBITO DI SONDRIO	571	31,6%
AMBITO DI TIRANO	473	26,2%
MANCA IL DATO	14	0,8%
TOTALE	1.807	

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della tabella

Tabella 2. Ripartizione dei questionari per Ambiti sociali di residenza della persona rispondente

Descrizione della tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai questionari ripartiti per Ambito di residenza della persona rispondente. Gli Ambiti sono presentati in ordine alfabetico e per ogni Ambito i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Nell'Ambito di Bormio sono stati raccolti 211 questionari, pari all'11,7% del totale. Nell'Ambito di Chiavenna sono stati raccolti 243 questionari, pari al 13,4% del totale. Nell'Ambito di Morbegno sono stati raccolti 295 questionari, pari al 16,3% del totale. Nell'Ambito di Sondrio sono stati raccolti 571 questionari, pari al 31,6% del totale. Nell'Ambito di Tirano sono stati raccolti 473 questionari, pari al 26,2% del totale.

Nella tabella è anche inserita la voce “manca il dato” che raccoglie i questionari per cui le persone che hanno risposto non hanno indicato il proprio Comune di residenza. I questionari per i quali manca il dato della residenza sono 14, pari allo 0,8% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l’elaborazione dei dati di ricerca da parte dell’Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

I dati di ricerca in questo capitolo saranno sempre riportati facendo riferimento alla provincia di Sondrio, ma in Appendice mettiamo a disposizione alcune tabelle in cui i principali dati sono presentati sulla base degli Ambiti di residenza delle persone che hanno risposto.

Le risposte sull’età sono state riclassificate in classi d’età, partendo dalla classe fino ai 24 anni per arrivare alla classe oltre i 74 anni, secondo una scansione decennale delle classi d’età. I dati relativi sono riportati nella Tabella 3.

Tabella 3. Ripartizione dei questionari per la classe d’età della persona rispondente

Quanti anni ha?	Numero di questionari	% sul totale
FINO A 24 ANNI	53	2,9%
DAI 25 AI 34 ANNI	169	9,4%
DAI 35 AI 44 ANNI	229	12,7%
DAI 45 AI 54 ANNI	391	21,6%
DAI 55 AI 64 ANNI	421	23,3%
DAI 65 AI 74 ANNI	320	17,7%
OLTRE I 74 ANNI	195	10,8%
MANCA IL DATO	29	1,6%
TOTALE	1.807	

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 3. Ripartizione dei questionari per la classe d’età della persona rispondente

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai questionari ripartiti per la classe d’età della persona rispondente. Le classi d’età sono presentate in ordine crescente e per ogni classe d’età i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Nella classe d’età fino ai 24 anni rientrano 53 questionari, pari al 2,9% del totale. Nella classe d’età dai 25 ai 34 anni rientrano 169 questionari, pari al 9,4% del totale. Nella classe d’età dai 35 ai 44 anni rientrano 229 questionari, pari al 12,7% del totale. Nella classe d’età dai 45 ai 54 anni rientrano 391 questionari, pari al 21,6% del totale. Nella classe d’età dai 55 ai 64 anni rientrano 421 questionari, pari al 23,3% del totale. Nella classe d’età dai 65 ai 74 anni rientrano 320 questionari, pari al 17,7% del totale. Nella classe d’età oltre i 74 anni rientrano 195 questionari, pari al 10,8% del totale.

Nella tabella è anche inserita la voce “manca il dato” che raccoglie i questionari per cui le persone che hanno risposto non hanno indicato la propria età. I questionari per i quali manca il dato dell’età sono 29, pari all’1,6% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l’elaborazione dei dati di ricerca da parte dell’Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Il questionario ha chiesto anche la cittadinanza delle persone che hanno risposto, prevedendo due modalità di risposte: le persone potevano dichiarare la cittadinanza italiana o quella non italiana. I dati relativi sono riportati nella Tabella 4.

Tabella 4. Ripartizione dei questionari per la cittadinanza della persona rispondente		
La sua cittadinanza è?	Numero di questionari	% sul totale
ITALIANA	1.706	94,4%
NON ITALIANA	87	4,8%
MANCA IL DATO	14	0,8%
TOTALE	1.807	
Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità		

TESTO ALTERNATIVO**Titolo della Tabella**

Tabella 4. Ripartizione dei questionari per la cittadinanza della persona rispondente

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai questionari ripartiti per la cittadinanza della persona rispondente.

Per ogni modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Hanno dichiarato la cittadinanza italiana 1.706 persone, pari al 94,4% del totale. Hanno dichiarato la cittadinanza non italiana 87 persone, pari al 4,8% del totale.

Nella tabella è anche inserita la voce “manca il dato” che raccoglie i questionari per cui le persone che hanno risposto non hanno indicato la propria cittadinanza. I questionari per i quali manca il dato della cittadinanza sono 14, pari allo 0,8% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l’elaborazione dei dati di ricerca da parte dell’Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

La tabella successiva riporta i dati relativi al genere in cui si riconoscono le persone che hanno risposto. La domanda ha previsto tre possibilità di risposta: femminile, maschile e terzo genere non binario. I dati relativi sono riportati nella Tabella 5.

Tabella 5. Ripartizione dei questionari per il genere della persona rispondente		
Il suo genere è?	Numero di questionari	% sul totale
FEMMINILE	1.143	63,3%
MASCHILE	548	30,3%
TERZO GENERE NON BINARIO	5	0,3%
MANCA IL DATO	111	6,1%
TOTALE	1.807	
Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità		

TESTO ALTERNATIVO**Titolo della Tabella**

Tabella 5. Ripartizione dei questionari per il genere della persona rispondente

Descrizione della Tabella

Nella Tabella sono presentati i dati relativi ai questionari ripartiti per il genere della persona rispondente.

Per ogni modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Hanno dichiarato il genere femminile 1.143 persone, pari al 63,3% del totale. Hanno dichiarato il genere maschile 548 persone, pari al 30,3% del totale. Hanno dichiarato di riconoscersi nel terzo genere o in una definizione non binaria del proprio genere 5 persone, pari allo 0,3% del totale.

Nella tabella è anche inserita la voce “manca il dato” che raccoglie i questionari per cui le persone che hanno risposto non hanno indicato il proprio genere. I questionari per i quali manca il dato del genere sono 111, pari al 6,1% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l’elaborazione dei dati di ricerca da parte dell’Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Per verificare in che modo i carichi di cura incidono sulle condizioni di povertà sanitaria, abbiamo chiesto alle persone se nel loro nucleo familiare ci fossero alcune vulnerabilità: la presenza di persone minori di 3 anni d’età; la presenza di persone con disabilità; la presenza di persone in condizione di non autosufficienza; la presenza di persone con malattie croniche. I dati relativi sono riportati nella Tabella 6.

Tabella 6. Vulnerabilità presenti nelle famiglie delle persone rispondenti

All’interno della sua famiglia ci sono?	Numero di questionari	% sul totale
MINORI DI 3 ANNI	120	6,6%
PERSONE CON DISABILITÀ	203	11,2%
PERSONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA	87	4,8%
PERSONE CON MALATTIE CRONICHE	493	27,3%
TOTALE	1.807	

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO**Titolo della Tabella**

Tabella 6. Vulnerabilità presenti nelle famiglie delle persone rispondenti

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi alle vulnerabilità eventualmente presenti nella famiglia della persona rispondente.

Per ogni modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

È dichiarata la presenza di persone minori di 3 anni nella famiglia della persona rispondente in 120 questionari, pari al 6,6% del totale. È dichiarata la presenza di persone con disabilità nella famiglia della persona rispondente in 203 questionari, pari all’11,2% del totale. È dichiarata la presenza di persone in condizione di non autosufficienza nella famiglia della persona rispondente in 87 questionari, pari al 4,8% del totale. È dichiarata la presenza di persone con malattie croniche nella famiglia della persona rispondente in 493 questionari, pari al 27,3% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l’elaborazione dei dati di ricerca da parte dell’Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

In totale sono 805 le persone che dichiarano la presenza di almeno una delle forme di vulnerabilità che abbiamo preso in considerazione, pari al 44,5% del totale delle persone che hanno risposto al questionario: 719, pari al 39,8% del totale, ne dichiara solo una; 74 persone, pari al 4,1% del totale, ne dichiarano due; 12, pari allo 0,7% del totale, ne dichiarano tre. Le variabilità cumulate tra loro sono soprattutto la presenza di

una persona con disabilità o di una persona in condizione di non autosufficienza, combinate con la presenza di una persona con malattie croniche.

La domanda successiva del questionario riguarda le condizioni economiche familiari. La domanda riprende la formulazione utilizzata anche da Istat nelle indagini relative alle condizioni di vita delle famiglie e chiede di valutare come la famiglia arriva alla fine del mese, tenendo conto di tutti i redditi disponibili. Questa è l'unica domanda che indaga le condizioni economiche familiari, una scelta che limita l'affidabilità nel cogliere le eventuali condizioni di vulnerabilità economica ma che rende più sostenibile la compilazione del questionario da parte delle persone.

Si è scelto di adottare una scala per le risposte con sei posizioni possibili, in modo da consentire alle persone di modulare con una certa sensibilità il giudizio sulla propria condizione. La Tabella 7 presenta i dati.

Tabella 7. Condizioni economiche delle famiglie delle persone rispondenti

Tenendo conto di tutti i redditi disponibili, la sua famiglia come riesce ad arrivare alla fine del mese?	Numero di questionari	% sul totale
CON GRANDE DIFFICOLTÀ	97	5,4%
CON DIFFICOLTÀ	123	6,8%
CON QUALCHE DIFFICOLTÀ	472	26,1%
CON UNA CERTA FACILITÀ	544	30,1%
CON FACILITÀ	442	24,5%
CON GRANDE FACILITÀ	105	5,8%
MANCA IL DATO	24	1,3%
TOTALE	1.807	

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 7. Condizioni economiche delle famiglie delle persone rispondenti

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi alle valutazioni espresse dalle persone rispondenti rispetto alle proprie condizioni economiche.

Le sei modalità di risposta sono presentate in un ordine orientato dalla condizione più sfavorevole a quella più favorevole. Le sei modalità di risposta sono: con grande difficoltà, con difficoltà, con qualche difficoltà, con una certa facilità, con facilità, con grande facilità. Nella Tabella, per ogni modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Le persone che dichiarano di arrivare alla fine del mese con grande difficoltà sono 97, pari al 5,4% del totale. Le persone che dichiarano di arrivare alla fine del mese con difficoltà sono 123, pari al 6,8% del totale. Le persone che dichiarano di arrivare alla fine del mese con qualche difficoltà sono 472, pari al 26,1% del totale. Le persone che dichiarano di arrivare alla fine del mese con una certa facilità sono 544, pari al 30,1% del totale. Le persone che dichiarano di arrivare alla fine del mese con facilità sono 442, pari al 24,5%. Le persone che dichiarano di arrivare alla fine del mese con grande facilità sono 105, pari al 5,8%.

Nella tabella è anche inserita la voce "manca il dato" che raccoglie i questionari per cui le persone che hanno risposto non hanno risposto alla domanda. I questionari per i quali manca il dato relativo alle condizioni economiche familiari sono 24, pari all'1,3% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Durante le analisi la scala con sei gradi di valutazione delle condizioni economiche delle famiglie è stata trasformata in una scala dicotomica per mettere a confronto con maggiore semplicità due gruppi di persone: le persone che dichiarano di arrivare alla fine del mese con difficoltà, riunendo tra loro le persone che hanno risposto utilizzando i gradi di giudizio “con grande difficoltà”, “con difficoltà”, “con qualche difficoltà”; le persone che dichiarano di arrivare alla fine del mese con facilità, riunendo tra loro le persone che hanno risposto utilizzando i gradi di giudizio “con una certa facilità”, “con facilità”, “con grande facilità”. L’utilizzo della variabile ricodificata in questo modo ha anche consentito di utilizzare i metodi statistici necessari per misurare l’associazione tra la condizione economica e i comportamenti di spesa sanitaria che abbiamo analizzato.

La Tabella 8 presenta i dati.

Tabella 8. Condizioni economiche delle famiglie delle persone rispondenti

Tenendo conto di tutti i redditi disponibili, la sua famiglia come riesce ad arrivare alla fine del mese?	Numero di questionari	% sul totale
CON DIFFICOLTÀ	692	38,3%
CON FACILITÀ	1.091	60,4%
MANCA IL DATO	24	1,3%
TOTALE	1.807	

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 8. Condizioni economiche delle famiglie delle persone rispondenti

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi alle valutazioni espresse dalle persone rispondenti rispetto alle proprie condizioni economiche.

Le modalità di risposta sono due: con difficoltà, con facilità. Nella Tabella, per ogni modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Le persone che dichiarano di arrivare alla fine del mese con difficoltà sono 692, pari al 38,3% del totale. Le persone che dichiarano di arrivare alla fine del mese con facilità sono 1.091, pari al 60,4%.

Nella tabella è anche inserita la voce “manca il dato” che raccoglie i questionari per cui le persone che hanno risposto non hanno risposto alla domanda. I questionari per i quali manca il dato relativo alle condizioni economiche familiari sono 24, pari all’1,3% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l’elaborazione dei dati di ricerca da parte dell’Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

La trasformazione della variabile sulle condizioni economiche familiari in una variabile dicotomica, con i due gradi “con difficoltà” e “con facilità”, consente già di operare alcuni incroci che possono essere utili a comprendere come si distribuiscono le condizioni economiche all’interno del gruppo di persone che hanno risposto al questionario. Le tabelle successive mostrano la distribuzione percentuali delle condizioni economiche familiari per cittadinanza, prima, e, successivamente, per la presenza di eventuali vulnerabilità all’interno del nucleo familiare. Le percentuali vanno lette per riga perché sono calcolate rispetto alla variabile cittadinanza che, in questa analisi, è stata considerata la variabile indipendente.

Tabella 9. Condizioni economiche delle famiglie delle persone rispondenti per cittadinanza

Tenendo conto di tutti i redditi disponibili, la sua famiglia come riesce ad arrivare alla fine del mese?	CON DIFFICOLTÀ	CON FACILITÀ
---	----------------	--------------

PERSONE CON CITTADINANZA ITALIANA	36,3%	63,7%
PERSONE CON CITTADINANZA NON ITALIANA	88,1%	11,9%
TOTALE	38,3%	60,4%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 9. Condizioni economiche delle famiglie delle persone rispondenti per cittadinanza

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi alle valutazioni espresse dalle persone rispondenti rispetto alle proprie condizioni economiche a seconda della cittadinanza dichiarata.

Nella Tabella in riga sono poste le due condizioni relative alla cittadinanza, ovvero cittadinanza italiana e cittadinanza non italiana, e il totale delle persone rispondenti. In colonna sono poste le due possibili risposte alla domanda su come la famiglia riesce ad arrivare alla fine del mese: con difficoltà e con facilità. Tutti i dati sono espressi in percentuale.

Presentazione dei dati

Nella riga corrispondente alle persone con cittadinanza italiana è riportato che dichiarano di arrivare alla fine del mese con difficoltà il 36,3% delle persone con cittadinanza italiana, mentre dichiarano di arrivare alla fine del mese con facilità il 63,7% delle persone con cittadinanza italiana. Nella riga corrispondente alle persone con cittadinanza non italiana è riportato che dichiarano di arrivare alla fine del mese con difficoltà l'88,1% delle persone con cittadinanza non italiana, mentre dichiarano di arrivare alla fine del mese con facilità l'11,9% delle persone con cittadinanza non italiana. Nella riga corrispondente al totale delle persone che hanno risposto al questionario è riportato che dichiarano di arrivare alla fine del mese con difficoltà il 38,3% delle persone, mentre dichiarano di arrivare alla fine del mese con facilità il 60,4% delle persone.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Dalla tabella emerge come avere la cittadinanza non italiana rappresenti un significativo aumento delle probabilità di vivere una condizione economica per cui è difficile arrivare alla fine del mese con i redditi familiari a disposizione³⁴.

La tabella successiva mostra come le condizioni economiche si distribuiscono tra le persone che hanno dichiarato la presenza all'interno del proprio nucleo familiare di condizioni di vulnerabilità, ovvero la presenza nel nucleo familiare di: persone minori di 3 anni; di persone con disabilità; di persone in condizione di non autosufficienza; di persone con malattie croniche.

Tabella 10. Condizioni economiche delle famiglie delle persone rispondenti per vulnerabilità

Tenendo conto di tutti i redditi disponibili, la sua famiglia come riesce ad arrivare alla fine del mese?	CON DIFFICOLTÀ	CON FACILITÀ
ALL'INTERNO DELLA SUA FAMIGLIA CI SONO PERSONE MINORI DI 3 ANNI	54,6%	45,4%
ALL'INTERNO DELLA SUA FAMIGLIA CI SONO PERSONE CON DISABILITÀ	58,0%	42,0%
ALL'INTERNO DELLA SUA FAMIGLIA CI SONO PERSONE IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA	36,8%	63,2%

³⁴ La relazione tra le due variabili è calcolata attraverso la misura di associazione relativa odds ratio, che vale, in questo caso, 12,97: le famiglie di cittadinanza non italiana hanno una chance di trovarsi in una condizione di difficoltà economica che è quasi 13 volte maggiore rispetto a una famiglia di cittadinanza italiana. L'odds ratio è una misura statistica che confronta le probabilità di un certo evento di accadere in due gruppi diversi. È spiegata in modo dettagliato più avanti nel Quaderno quando verrà utilizzata per analizzare le condizioni di povertà sanitaria

ALL'INTERNO DELLA SUA FAMIGLIA CI SONO PERSONE CON MALATTIE CRONICHE	38,9%	61,1%
TOTALE	38,3%	60,4%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 10. Condizioni economiche delle famiglie delle persone rispondenti per vulnerabilità

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi alle valutazioni espresse dalle persone rispondenti rispetto alle proprie condizioni economiche a seconda della presenza di vulnerabilità all'interno del nucleo familiare. Nella Tabella in riga sono poste le condizioni considerate quali eventuali vulnerabilità, ovvero: la presenza di persone minori di 3 anni, la presenza di persone con disabilità, la presenza di persone in condizione di non autosufficienza, la presenza di persone con malattie croniche. L'ultima riga è riferita al totale delle persone rispondenti. In colonna sono poste le due possibili risposte alla domanda su come la famiglia riesce ad arrivare alla fine del mese: con difficoltà e con facilità. Tutti i dati sono espressi in percentuale.

Presentazione dei dati

Nella riga corrispondente alle persone il cui nucleo familiare ha la presenza di persone minori di 3 anni è riportato che dichiarano di arrivare alla fine del mese con difficoltà il 54,6% delle persone, mentre dichiarano di arrivare alla fine del mese con facilità il 45,4% delle persone. Nella riga corrispondente alle persone il cui nucleo familiare ha la presenza di persone con disabilità è riportato che dichiarano di arrivare alla fine del mese con difficoltà il 58,0% delle persone, mentre dichiarano di arrivare alla fine del mese con facilità il 42,0% delle persone. Nella riga corrispondente alle persone il cui nucleo familiare ha la presenza di persone in condizione di non autosufficienza è riportato che dichiarano di arrivare alla fine del mese con difficoltà il 36,8% delle persone, mentre dichiarano di arrivare alla fine del mese con facilità il 63,2% delle persone. Nella riga corrispondente alle persone il cui nucleo familiare ha la presenza di persone con malattie croniche è riportato che dichiarano di arrivare alla fine del mese con difficoltà il 38,9% delle persone, mentre dichiarano di arrivare alla fine del mese con facilità il 61,1% delle persone. Nella riga corrispondente al totale delle persone che hanno risposto al questionario è riportato che dichiarano di arrivare alla fine del mese con difficoltà il 38,3% delle persone, mentre dichiarano di arrivare alla fine del mese con facilità il 60,4% delle persone.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

I dati riportati nella tabella mostrano come la presenza di persone minori di 3 anni e la presenza di persone con disabilità³⁵ rappresentino un fattore di rischio rispetto alla difficoltà di arrivare a fine mese³⁶.

L'ultimo blocco di domande della prima sezione riguarda le domande di cura espresse dalle persone che hanno partecipato alla ricerca. Alle persone è stato chiesto di dichiarare con quale frequenza nel corso degli ultimi 12 mesi si siano rivolte: al medico di base o al pediatra di base; a un laboratorio o a un ambulatorio per esami e analisi; a una Farmacia per l'acquisto di farmaci; a un ambulatorio per visite specialistiche; al Pronto soccorso.

Le tabelle successive presentano i risultati frutto delle elaborazioni delle risposte.

Tabella 11. Accesso negli ultimi 12 mesi al medico di base o al pediatra di base

³⁵ Il rapporto tra presenza di persone con disabilità e condizioni economiche familiari è relativamente poco indagato nell'esperienza italiana. Uno dei primi contributi a cui si può fare riferimento per approfondire il tema è il rapporto Disabilità e povertà nelle famiglie italiane, frutto di un lavoro di ricerca congiunto da parte di Cbm Italia ETS e di Fondazione Zancan. Il rapporto è consultabile e scaricabile all'indirizzo: <https://www.cbmitalia.org/cosa-facciamo/sensibilizzazione/pubblicazioni/ricerca-cbm-e-fondazione-zancan/> Ultimo accesso: 15/10/2024

³⁶ L'odds ratio per le famiglie con persone minori di 3 anni è di 1,99. L'odds ratio per le famiglie con persone con disabilità è di 2,41

Nel corso degli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute con quale frequenza si è rivolta al medico di base o al pediatra di base	Numero di questionari	% sul totale
MAI	136	7,5%
RARAMENTE	376	20,8%
QUALCHE VOLTA	826	45,7%
SPESSE	441	24,4%
MANCA IL DATO	28	1,5%
TOTALE	1.807	

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 11. Accesso negli ultimi 12 mesi al medico di base o al pediatra di base

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi alla frequenza con cui negli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute le persone rispondenti si sono rivolte al medico di base o al pediatra di base.

Le quattro modalità di risposta sono presentate in ordine di frequenza crescente: mai, raramente, qualche volta e spesso. Nella Tabella, per ogni modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Le persone che dichiarano di non essersi mai rivolte al medico di base o al pediatra di base sono 136, pari al 7,5% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte raramente al medico di base o al pediatra di base sono 376, pari al 20,8% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte qualche volta al medico di base o al pediatra di base sono 826, pari al 45,7% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte spesso al medico di base o al pediatra di base sono 441, pari al 24,4%.

Nella tabella è anche inserita la voce “manca il dato” che raccoglie i questionari per cui le persone che hanno risposto non hanno risposto alla domanda. I questionari per i quali manca il dato relativo all’accesso negli ultimi 12 mesi al medico di base o al pediatra di base sono 28, pari all’1,5% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l’elaborazione dei dati di ricerca da parte dell’Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Tabella 12. Accesso negli ultimi 12 mesi a un laboratorio o a un ambulatorio per esami e analisi

Nel corso degli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute con quale frequenza si è rivolta a un laboratorio o a un ambulatorio per esami e analisi	Numero di questionari	% sul totale
MAI	196	10,8%
RARAMENTE	405	22,4%
QUALCHE VOLTA	837	46,3%
SPESSE	286	15,8%
MANCA IL DATO	83	4,6%
TOTALE	1.807	

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 12. Accesso negli ultimi 12 mesi a un laboratorio o a un ambulatorio per esami e analisi

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi alla frequenza con cui negli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute le persone rispondenti si sono rivolte a un laboratorio o a un ambulatorio per esami e analisi.

Le quattro modalità di risposta sono presentate in ordine di frequenza crescente: mai, raramente, qualche volta e spesso. Nella Tabella, per ogni modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Le persone che dichiarano di non essersi mai rivolte a un laboratorio o a un ambulatorio per esami e analisi sono 196, pari al 10,8% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte raramente a un laboratorio o a un ambulatorio per esami e analisi sono 405, pari al 22,4% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte qualche volta a un laboratorio o a un ambulatorio per esami e analisi sono 837, pari al 46,3% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte spesso a un laboratorio o a un ambulatorio per esami e analisi sono 286, pari al 15,8%.

Nella tabella è anche inserita la voce “manca il dato” che raccoglie i questionari per cui le persone che hanno risposto non hanno risposto alla domanda. I questionari per i quali manca il dato relativo all’accesso negli ultimi 12 mesi a un laboratorio o a un ambulatorio per esami e analisi sono 83, pari all’4,6% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l’elaborazione dei dati di ricerca da parte dell’Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Tabella 13. Accesso negli ultimi 12 mesi a una Farmacia per l’acquisto di farmaci

Nel corso degli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute con quale frequenza si è rivolta a una Farmacia per l’acquisto di farmaci	Numero di questionari	% sul totale
MAI	57	3,2%
RARAMENTE	174	9,6%
QUALCHE VOLTA	621	34,4%
SPESSE	883	48,9%
MANCA IL DATO	72	4,0%
TOTALE	1.807	

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO**Titolo della Tabella**

Tabella 13. Accesso negli ultimi 12 mesi a una Farmacia per l’acquisto di farmaci

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi alla frequenza con cui negli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute le persone rispondenti si sono rivolte a una Farmacia per l’acquisto di farmaci.

Le quattro modalità di risposta sono presentate in ordine di frequenza crescente: mai, raramente, qualche volta e spesso. Nella Tabella, per ogni modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Le persone che dichiarano di non essersi mai rivolte a una Farmacia per l’acquisto di farmaci sono 57, pari al 3,2% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte raramente a una Farmacia per l’acquisto di farmaci sono 174, pari al 9,6% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte qualche volta a una Farmacia per l’acquisto di farmaci sono 621, pari al 34,4% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte spesso a una Farmacia per l’acquisto di farmaci sono 883, pari al 48,9%.

Nella tabella è anche inserita la voce “manca il dato” che raccoglie i questionari per cui le persone che hanno risposto non hanno risposto alla domanda. I questionari per i quali manca il dato relativo all’accesso negli ultimi 12 mesi a una Farmacia per l’acquisto di farmaci sono 72, pari all’4,0% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l’elaborazione dei dati di ricerca da parte dell’Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Tabella 14. Accesso negli ultimi 12 mesi a un ambulatorio per visite specialistiche

Nel corso degli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute con quale frequenza si è rivolta a un ambulatorio per visite specialistiche	Numero di questionari	% sul totale
MAI	267	14,8%
RARAMENTE	412	22,8%
QUALCHE VOLTA	775	42,9%
SPESSE	280	15,5%
MANCA IL DATO	73	4,0%
TOTALE	1.807	

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 14. Accesso negli ultimi 12 mesi a un ambulatorio per visite specialistiche

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi alla frequenza con cui negli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute le persone rispondenti si sono rivolte a un ambulatorio per visite specialistiche.

Le quattro modalità di risposta sono presentate in ordine di frequenza crescente: mai, raramente, qualche volta e spesso. Nella Tabella, per ogni modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Le persone che dichiarano di non essersi mai rivolte a un ambulatorio per visite specialistiche sono 267, pari al 14,8% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte raramente a un ambulatorio per visite specialistiche sono 412, pari al 22,8% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte qualche volta a un ambulatorio per visite specialistiche sono 775, pari al 42,9% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte spesso a un ambulatorio per visite specialistiche sono 280, pari al 15,5%.

Nella tabella è anche inserita la voce “manca il dato” che raccoglie i questionari per cui le persone che hanno risposto non hanno risposto alla domanda. I questionari per i quali manca il dato relativo all’accesso negli ultimi 12 mesi a un ambulatorio per visite specialistiche sono 73, pari al 4,0% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l’elaborazione dei dati di ricerca da parte dell’Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Tabella 15. Accesso negli ultimi 12 mesi a un Pronto soccorso

Nel corso degli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute con quale frequenza si è rivolta a un Pronto soccorso	Numero di questionari	% sul totale
MAI	1.025	56,7%
RARAMENTE	421	23,3%

QUALCHE VOLTA	238	13,2%
SPESSO	27	1,5%
MANCA IL DATO	96	5,3%
TOTALE	1.807	

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 15. Accesso negli ultimi 12 mesi a un Pronto soccorso

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi alla frequenza con cui negli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute le persone rispondenti si sono rivolte a un Pronto soccorso.

Le quattro modalità di risposta sono presentate in ordine di frequenza crescente: mai, raramente, qualche volta e spesso. Nella Tabella, per ogni modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Le persone che dichiarano di non essersi mai rivolte a un Pronto soccorso sono 1.025, pari al 56,7% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte raramente a un Pronto soccorso sono 421, pari al 23,3% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte qualche volta a un Pronto soccorso sono 238, pari al 13,2% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte spesso a un Pronto soccorso sono 27, pari all'1,5%.

Nella tabella è anche inserita la voce "manca il dato" che raccoglie i questionari per cui le persone che hanno risposto non hanno risposto alla domanda. I questionari per i quali manca il dato relativo all'accesso negli ultimi 12 mesi a un Pronto soccorso sono 96, pari al 5,3% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

L'ultima tabella di questo paragrafo presenta una sintesi degli accessi nel corso degli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute, polarizzando le risposte sulle frequenze di accesso ai diversi tipi di servizi di cura presi in considerazione in due gruppi di risposte: chi ha risposto mai o raramente; chi ha risposto qualche volta o spesso³⁷.

Tabella 16. Accesso nel corso degli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute

Nel corso degli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute con quale frequenza si è rivolta	MAI RARAMENTE	QUALCHE VOLTA SPESSO
AL MEDICO DI BASE O AL PEDIATRA DI BASE	28,3%	70,1%
A UN LABORATORIO O A UN AMBULATORIO PER ESAMI E ANALISI	33,3%	62,1%
A UNA FARMACIA PER L'ACQUISTO DI FARMACI	12,8%	83,2%
A UN AMBULATORIO PER VISITE SPECIALISTICHE	37,6%	58,4%
AL PRONTO SOCCORSO	80,0%	14,7%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

³⁷ Nella Tabella 16 la somma delle percentuali di riga non è mai pari al 100,0% perché si è fatto riferimento alle percentuali reali, che tengono conto anche delle mancate risposte, e non alle percentuali valide, che ricalcolano le percentuali togliendo dal totale le mancate risposte

Titolo della Tabella

Tabella 16. Accesso nel corso degli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi alla frequenza di accesso negli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute: al medico di base o al pediatra di base; a un laboratorio o a un ambulatorio per esami e analisi; a una Farmacia per l'acquisto di farmaci; a un ambulatorio per visite specialistiche; al Pronto soccorso.

Nella tabella in riga sono poste le diverse categorie di accessi considerati, mentre in colonna sono poste le intensità di accesso nel corso degli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute, trasformate in una variabile dicotomica: in una colonna chi ha risposto mai o raramente; in una colonna chi ha risposto qualche volta o spesso. Tutti i dati sono espressi in percentuale.

Presentazione dei dati

Nella riga corrispondente alle persone che negli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute si sono rivolte al medico di base o al pediatra di base il 28,3% dichiara di non essersi mai rivolta o di essersi rivolta raramente, mentre il 70,1% dichiara di essersi rivolta qualche volta o spesso. Nella riga corrispondente alle persone che negli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute si sono rivolte a un laboratorio o a un ambulatorio per esami e analisi il 33,3% dichiara di non essersi mai rivolta o di essersi rivolta raramente, mentre il 62,1% dichiara di essersi rivolta qualche volta o spesso. Nella riga corrispondente alle persone che negli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute si sono rivolte a una Farmacia per l'acquisto di farmaci il 12,8% dichiara di non essersi mai rivolta o di essersi rivolta raramente, mentre l'83,2% dichiara di essersi rivolta qualche volta o spesso. Nella riga corrispondente alle persone che negli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute si sono rivolte a un ambulatorio per visite specialistiche il 37,6% dichiara di non essersi mai rivolta o di essersi rivolta raramente, mentre l'58,4% dichiara di essersi rivolta qualche volta o spesso. Nella riga corrispondente alle persone che negli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute si sono rivolte al Pronto soccorso il 14,7% dichiara di non essersi mai rivolta o di essersi rivolta raramente, mentre l'80,0% dichiara di essersi rivolta qualche volta o spesso.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alla povertà e alle vulnerabilità.

3.2 I comportamenti di spesa e la povertà sanitaria

In questo paragrafo sono presentati i dati frutto della seconda sezione del questionario, quella che contiene sette diversi tipi di possibili spese legate alla cura, per ognuna delle quali è stato chiesto alle persone di dichiarare quale comportamento hanno avuto nel corso degli ultimi 12 mesi.

La domanda che introduce la sezione è "Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per i seguenti tipi di spesa per motivi di salute?".

I tipi di spesa previsti sono sette:

- spese presso il medico di base o il pediatra di base, come certificati, vaccinazioni o altre prestazioni a pagamento;
- spese per visite specialistiche;
- spese per l'acquisto di farmaci;
- spese per il dentista e per servizi di igiene dentale;
- spese per analisi cliniche ed esami diagnostici (come analisi del sangue, radiografie, ecografie, elettrocardiogrammi, tac, risonanze magnetiche, pap-test e simili);
- spese per l'acquisto di occhiali e lenti da vista, incluse le lenti a contatto;
- spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine.

Per ogni tipo di spesa chi ha compilato poteva usare una o più risposte, da scegliere all'interno di questo elenco:

- non ha avuto bisogno di fare questa spesa;
- ha rinunciato alla spesa;
- ha limitato la spesa allo stretto necessario;
- si è rivolta a medici o a centri più economici;
- ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione;
- è riuscita a pagare tutto;
- ha un'esenzione che copre questo tipo di spesa.

Nel paragrafo sono presentati prima i risultati per ogni tipo di spesa e, successivamente, gli incroci con i profili delle persone rispondenti per individuare i profili che hanno una probabilità maggiore di fare ricorso a comportamenti che possono essere un'approssimazione del concetto di povertà sanitaria. Nel leggere le tabelle e i dati contenuti occorre ricordare sempre che le persone hanno avuto la possibilità di dare più risposte, visto che nel corso dei 12 mesi possono avere avuto comportamenti diversi a seconda del momento in cui è stato necessario fare fronte alle spese. Il totale dei valori assoluti, quindi, non sarà mai uguale al numero dei questionari, così come il totale dei valori percentuali non sarà mai uguale al 100%.

La Tabella 17 riporta i comportamenti avuti dalle persone che hanno risposto al questionario per le spese presso il medico di base o il pediatra di base, in riferimento alle prestazioni a pagamento quali i certificati o le vaccinazioni.

Tabella 17. Spese presso il medico di base o il pediatra di base, come certificati, vaccinazioni o altre prestazioni a pagamento

Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per le spese presso il medico di base o il pediatra di base, come certificati, vaccinazioni o altre prestazioni a pagamento?	Numero di questionari	% sul totale
NON HA AVUTO BISOGNO DI FARE QUESTA SPESA	868	48,0%
HA RINUNCIATO ALLA SPESA	25	1,4%
HA LIMITATO LA SPESA ALLO STRETTO NECESSARIO	233	12,9%
SI È RIVOLTA A MEDICI O A CENTRI PIÙ ECONOMICI	60	3,3%
HA RICEVUTO UN AIUTO DA QUALCHE ENTE O DA QUALCHE ASSOCIAZIONE	26	1,4%
È RIUSCITA A PAGARE TUTTO	469	26,0%
HA UN'ESENZIONE CHE COPRE QUESTO TIPO DI SPESA	186	10,3%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 17. Spese presso il medico di base o il pediatra di base, come certificati, vaccinazioni o altre prestazioni a pagamento

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai comportamenti avuti dalle persone rispondenti per quanto riguarda le spese presso il medico di base o il pediatra di base, come certificati, vaccinazioni o altre prestazioni a pagamento.

Per le sette modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Le persone che dichiarano di non avere avuto bisogno di fare la spesa sono 868, pari al 48,0% del totale. Le persone che dichiarano di avere rinunciato alla spesa sono 25, pari all'1,4 del totale. Le persone che dichiarano di avere limitato la spesa allo stretto necessario sono 233, pari al 12,9% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte a medici o a centri più economici sono 60, pari al 3,3% del totale. Le persone che dichiarano di avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono 26, pari all'1,4% del totale. Le persone che dichiarano di essere riuscite a pagare tutto sono 469, pari al 26,0% del totale. Le persone che dichiarano di avere un'esenzione che copre questo tipo di spesa sono 186, pari al 10,3% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

La Tabella 18 riporta i comportamenti avuti dalle persone che hanno risposto al questionario per le spese relative a visite specialistiche.

Tabella 18. Spese per visite specialistiche

Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per le spese per visite specialistiche?	Numero di questionari	% sul totale
NON HA AVUTO BISOGNO DI FARE QUESTA SPESA	298	16,5%
HA RINUNCIATO ALLA SPESA	65	3,6%
HA LIMITATO LA SPESA ALLO STRETTO NECESSARIO	348	19,3%
SI È RIVOLTA A MEDICI O A CENTRI PIÙ ECONOMICI	108	6,0%
HA RICEVUTO UN AIUTO DA QUALCHE ENTE O DA QUALCHE ASSOCIAZIONE	43	2,4%
È RIUSCITA A PAGARE TUTTO	878	48,6%
HA UN'ESENZIONE CHE COPRE QUESTO TIPO DI SPESA	277	15,3%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 18. Spese per visite specialistiche

Descrizione della Tabella

Nella Tabella, sono presentati i dati relativi ai comportamenti avuti dalle persone rispondenti per quanto riguarda le spese per visite specialistiche.

Per le sette possibilità modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Le persone che dichiarano di non avere avuto bisogno di fare la spesa sono 298, pari al 16,5% del totale. Le persone che dichiarano di avere rinunciato alla spesa sono 65, pari al 3,6% del totale. Le persone che dichiarano di avere limitato la spesa allo stretto necessario sono 348, pari al 19,3% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte a medici o a centri più economici sono 108, pari al 6,0% del totale. Le persone che dichiarano di avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono 43, pari al 2,4% del totale. Le persone che dichiarano di essere riuscite a pagare tutto sono 878, pari al 48,6% del totale. Le persone che dichiarano di avere un'esenzione che copre questo tipo di spesa sono 277, pari al 15,3% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Sulle visite specialistiche abbiamo la possibilità di fare un confronto con i dati raccolti da Istat a livello nazionale e a livello lombardo sulla rinuncia alle visite specialistiche. All'interno dell'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" è inserita una domanda che si approssima a quella adottata nella nostra ricerca: "Negli ultimi 12 mesi ha dovuto rinunciare a qualche visita specialistica pur avendone bisogno?". Alla domanda è possibile dare risposte diverse, una si approssima alla risposta relativa alla rinuncia: "non poteva pagarla, costava troppo". Nel 2022, anno a cui fanno riferimento gli ultimi dati utili al momento della scrittura del nostro Quaderno, aveva risposto di avere rinunciato a qualche visita specialistica pur avendone bisogno perché non in grado di pagarla il 2,7% delle persone a livello nazionale e l'1,9% delle persone a livello lombardo³⁸. Certo, il confronto va fatto con molte cautele, soprattutto per due ragioni: la prima è che l'indagine multiscopo di Istat ha una valenza di rappresentatività grazie al processo campionario

³⁸ I valori percentuali sono frutto di una nostra elaborazione sui microdati messi a disposizione da Istat. I microdati dell'Indagine multiscopo, così come la nota metodologica e la lista delle variabili, sono scaricabili all'indirizzo <https://www.istat.it/microdati/aspetti-della-vita-quotidiana/> Ultimo accesso: 15/10/2024

che la caratterizza e che la nostra ricerca non ha³⁹; la seconda è che le formulazioni di domande e risposte si approssimano, ma non si sovrappongono.

La Tabella 19 riporta i comportamenti avuti dalle persone che hanno risposto al questionario per le spese per l'acquisto di farmaci.

Tabella 19. Spese per l'acquisto di farmaci

Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per le spese per l'acquisto di farmaci?	Numero di questionari	% sul totale
NON HA AVUTO BISOGNO DI FARE QUESTA SPESA	97	5,4%
HA RINUNCIATO ALLA SPESA	23	1,3%
HA LIMITATO LA SPESA ALLO STRETTO NECESSARIO	372	20,6%
SI È RIVOLTA A MEDICI O A CENTRI PIÙ ECONOMICI	49	2,7%
HA RICEVUTO UN AIUTO DA QUALCHE ENTE O DA QUALCHE ASSOCIAZIONE	23	1,3%
È RIUSCITA A PAGARE TUTTO	1.103	61,0%
HA UN'ESENZIONE CHE COPRE QUESTO TIPO DI SPESA	412	22,8%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 19. Spese per l'acquisto di farmaci

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai comportamenti avuti dalle persone rispondenti per quanto riguarda le spese per l'acquisto di farmaci.

Nella tabella, per le sette possibili modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Le persone che dichiarano di non avere avuto bisogno di fare la spesa sono 97, pari al 5,4% del totale. Le persone che dichiarano di avere rinunciato alla spesa sono 23, pari all'1,3% del totale. Le persone che dichiarano di avere limitato la spesa allo stretto necessario sono 372, pari al 20,6% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte a medici o a centri più economici sono 49, pari al 2,7% del totale. Le persone che dichiarano di avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono 23, pari all'1,3% del totale. Le persone che dichiarano di essere riuscite a pagare tutto sono 1.103, pari al 61,0% del totale. Le persone che dichiarano di avere un'esenzione che copre questo tipo di spesa sono 412, pari al 22,8% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

La Tabella 20 riporta i comportamenti avuti dalle persone che hanno risposto al questionario per le spese per il dentista e per servizi di igiene dentale.

Tabella 20. Spese per il dentista e per servizi di igiene dentale

Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per le spese per il dentista e per servizi di igiene dentale?	Numero di questionari	% sul totale
NON HA AVUTO BISOGNO DI FARE QUESTA SPESA	360	19,9%
HA RINUNCIATO ALLA SPESA	144	8,0%

³⁹ Su questo aspetto rimandiamo a quanto scritto nel capitolo "La ricerca sulla povertà sanitaria in provincia di Sondrio. Il processo di ricerca" per quanto riguarda i bias intenzionali che hanno caratterizzato il processo di coinvolgimento delle persone che hanno risposto al questionario

HA LIMITATO LA SPESA ALLO STRETTO NECESSARIO	350	19,4%
SI È RIVOLTA A MEDICI O A CENTRI PIÙ ECONOMICI	89	4,9%
HA RICEVUTO UN AIUTO DA QUALCHE ENTE O DA QUALCHE ASSOCIAZIONE	36	2,0%
È RIUSCITA A PAGARE TUTTO	837	46,3%
HA UN'ESENZIONE CHE COPRE QUESTO TIPO DI SPESA	40	2,2%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 20. Spese per il dentista e per servizi di igiene dentale

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai comportamenti avuti dalle persone rispondenti per quanto riguarda le spese per il dentista e per servizi di igiene dentale.

Nella Tabella, per le sette possibili modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Le persone che dichiarano di non avere avuto bisogno di fare la spesa sono 360, pari al 19,9% del totale. Le persone che dichiarano di avere rinunciato alla spesa sono 144, pari all'8,0% del totale. Le persone che dichiarano di avere limitato la spesa allo stretto necessario sono 350, pari al 19,4% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte a medici o a centri più economici sono 89, pari al 4,9% del totale. Le persone che dichiarano di avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono 36, pari al 2,0% del totale. Le persone che dichiarano di essere riuscite a pagare tutto sono 837, pari al 46,3% del totale. Le persone che dichiarano di avere un'esenzione che copre questo tipo di spesa sono 40, pari al 2,2% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

La Tabella 20 riporta i comportamenti avuti dalle persone che hanno risposto al questionario per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici.

Tabella 20. Spese per analisi cliniche ed esami diagnostici

Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici?	Numero di questionari	% sul totale
NON HA AVUTO BISOGNO DI FARE QUESTA SPESA	313	17,3%
HA RINUNCIATO ALLA SPESA	51	2,8%
HA LIMITATO LA SPESA ALLO STRETTO NECESSARIO	283	15,7%
SI È RIVOLTA A MEDICI O A CENTRI PIÙ ECONOMICI	72	4,0%
HA RICEVUTO UN AIUTO DA QUALCHE ENTE O DA QUALCHE ASSOCIAZIONE	37	2,0%
È RIUSCITA A PAGARE TUTTO	794	43,9%
HA UN'ESENZIONE CHE COPRE QUESTO TIPO DI SPESA	434	24,0%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 20. Spese per analisi cliniche ed esami diagnostici

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai comportamenti avuti dalle persone rispondenti per quanto riguarda le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici.

Nella Tabella, per le sette possibili modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Le persone che dichiarano di non avere avuto bisogno di fare la spesa sono 313, pari al 17,3% del totale. Le persone che dichiarano di avere rinunciato alla spesa sono 51, pari al 2,8% del totale. Le persone che dichiarano di avere limitato la spesa allo stretto necessario sono 283, pari al 15,7% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte a medici o a centri più economici sono 72, pari al 4,0% del totale. Le persone che dichiarano di avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono 37, pari al 2,0% del totale. Le persone che dichiarano di essere riuscite a pagare tutto sono 794, pari al 43,9% del totale. Le persone che dichiarano di avere un'esenzione che copre questo tipo di spesa sono 434, pari al 24,0% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

La Tabella 21 riporta i comportamenti avuti dalle persone che hanno risposto al questionario per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti da vista, incluse lenti a contatto.

Tabella 21. Spese per l'acquisto di occhiali e lenti da vista, incluse lenti a contatto

Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti da vista, incluse lenti a contatto?	Numero di questionari	% sul totale
NON HA AVUTO BISOGNO DI FARE QUESTA SPESA	679	37,6%
HA RINUNCIATO ALLA SPESA	95	5,3%
HA LIMITATO LA SPESA ALLO STRETTO NECESSARIO	262	14,5%
SI È RIVOLTA A MEDICI O A CENTRI PIÙ ECONOMICI	63	3,5%
HA RICEVUTO UN AIUTO DA QUALCHE ENTE O DA QUALCHE ASSOCIAZIONE	21	1,2%
È RIUSCITA A PAGARE TUTTO	682	37,7%
HA UN'ESENZIONE CHE COPRE QUESTO TIPO DI SPESA	28	1,5%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 21. Spese per l'acquisto di occhiali e lenti da vista, incluse lenti a contatto

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai comportamenti avuti dalle persone rispondenti per quanto riguarda le spese per l'acquisto di occhiali e lenti da vista, incluse lenti a contatto.

Nella Tabella, per le sette possibili modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Le persone che dichiarano di non avere avuto bisogno di fare la spesa sono 679, pari al 37,6% del totale. Le persone che dichiarano di avere rinunciato alla spesa sono 95, pari al 5,3% del totale. Le persone che dichiarano di avere limitato la spesa allo stretto necessario sono 262, pari al 14,5% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte a medici o a centri più economici sono 63, pari al 3,5% del totale. Le persone che dichiarano di avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono 21, pari al 1,2% del totale. Le persone che dichiarano di essere riuscite a pagare tutto sono 682, pari al 37,7% del totale. Le persone che dichiarano di avere un'esenzione che copre questo tipo di spesa sono 28, pari al 1,5% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

La Tabella 22 riporta i comportamenti avuti dalle persone che hanno risposto al questionario per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine.

Tabella 22. Spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine

Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine?	Numero di questionari	% sul totale
NON HA AVUTO BISOGNO DI FARE QUESTA SPESA	1.015	56,2%
HA RINUNCIATO ALLA SPESA	28	1,5%
HA LIMITATO LA SPESA ALLO STRETTO NECESSARIO	164	9,1%
SI È RIVOLTA A MEDICI O A CENTRI PIÙ ECONOMICI	51	2,8%
HA RICEVUTO UN AIUTO DA QUALCHE ENTE O DA QUALCHE ASSOCIAZIONE	30	1,7%
È RIUSCITA A PAGARE TUTTO	337	18,6%
HA UN'ESENZIONE CHE COPRE QUESTO TIPO DI SPESA	231	12,8%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 22. Spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai comportamenti avuti dalle persone rispondenti per quanto riguarda le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine.

Nella Tabella, per le sette possibili modalità di risposta i dati sono presentati riportando il numero di questionari e la corrispondente percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Presentazione dei dati

Le persone che dichiarano di non avere avuto bisogno di fare la spesa sono 1.015, pari al 56,2% del totale. Le persone che dichiarano di avere rinunciato alla spesa sono 28, pari all'1,5% del totale. Le persone che dichiarano di avere limitato la spesa allo stretto necessario sono 164, pari al 9,1% del totale. Le persone che dichiarano di essersi rivolte a medici o a centri più economici sono 51, pari al 2,8% del totale. Le persone che dichiarano di avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono 30, pari all'1,7% del totale. Le persone che dichiarano di essere riuscite a pagare tutto sono 337, pari al 18,6% del totale. Le persone che dichiarano di avere un'esenzione che copre questo tipo di spesa sono 231, pari all'12,8% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

I comportamenti che consideriamo indicatori di povertà sanitaria sono quelli che sono direttamente connessi alle difficoltà economiche del nucleo familiare: avere rinunciato alla spesa, averla limitata allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri più economici, avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione. La tabella 23 raccoglie le percentuali di persone che hanno risposto dichiarando uno di questi comportamenti per i sette tipi di spese presenti nel questionario. Ricordiamo che le persone potevano dare più risposte, perché nel corso degli ultimi 12 mesi potevano avere avuto anche più di uno dei comportamenti proposti nel questionario.

Tabella 23. Comportamenti indicatori di povertà sanitaria per tipo di spesa

	ha rinunciato alla spesa	ha limitato la spesa allo stretto necessario	si è rivolta a medici o a centri più economici	ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione
SPESE PRESSO IL MEDICO DI BASE O IL PEDIATRA DI BASE	1,4%	12,9%	3,3%	1,4%
SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE	3,6%	19,3%	6,0%	2,4%

SPESE PER L'ACQUISTO DI FARMACI	1,3%	20,6%	2,7%	1,3%
SPESE PER IL DENTISTA E PER SERVIZI DI IGIENE DENTALE	8,0%	19,4%	4,9%	2,0%
SPESE PER ANALISI CLINICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI	2,8%	15,7%	4,0%	2,0%
SPESE PER L'ACQUISTO DI OCCHIALI E LENTI	5,3%	14,5%	3,5%	1,2%
SPESE PER VISITE, INTERVENTI, ESAMI E RICOVERI FINALIZZATI ALLA CURA DI PROBLEMI DI SALUTE CRONICI, DISABILITÀ PERMANENTI E/O DI ALTRE PATOLOGIE CHE RICHIEDONO ASSISTENZA MEDICA A LUNGO TERMINE	1,5%	9,1%	2,8%	1,7%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 23. Comportamenti indicatori di povertà sanitaria per tipo di spesa

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai comportamenti avuti dalle persone rispondenti che possono essere considerati indicatori di povertà sanitaria. I dati fanno riferimento a tutti i tipi di spesa riportati nel questionario. I dati sono riportati come percentuale sul totale dei 1.807 questionari.

Nella tabella in riga sono riportati i tipi di spesa e in colonna i comportamenti considerati indicatori di povertà sanitaria.

Presentazione dei dati

Per le spese presso il medico di base o il pediatra di base l'1,4% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa, il 12,9% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 3,3% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,4% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione. Per le spese per visite specialistiche il 3,6% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa, il 19,3% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 6,0% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,4% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione. Per le spese per l'acquisto di farmaci l'1,3% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa, il 20,6% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 2,7% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,3% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione. Per le spese per il dentista e per i servizi di igiene dentale l'8,0% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa, il 19,4% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 4,9% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,0% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione. Per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici il 2,8% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa, il 15,7% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 4,0% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,0% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione. Per le spese l'acquisto di occhiali e lenti il 5,3% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa, il 14,5% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 3,5% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,2% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione. Per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine l'1,5% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa, il 9,1% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 2,8% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,7% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

La Tabella mostra chiaramente come la rinuncia alla spesa colpisca soprattutto le spese per il dentista e l'igiene dentale⁴⁰, le spese per l'acquisto di occhiali e lenti, le spese per visite specialistiche. La limitazione delle spese allo stretto necessario colpisce soprattutto le spese per l'acquisto di farmaci, per il dentista e l'igiene dentale, per le visite specialistiche. Rivolgersi a medici o a centri più economici è una strategia messa in atto soprattutto per le visite specialistiche, per il dentista e l'igiene dentale, per le analisi cliniche e gli

⁴⁰ L'Indagine europea sulla salute (Ehis) condotta dall'Istat nel corso del 2019 ha evidenziato che il 5,7% delle persone con più di 15 anni e il 5,7% delle persone di età maggiore ai 65 anni non ha effettuato visite o trattamenti dentistici per motivazioni di natura economica (nei dodici mesi precedenti l'intervista). L'indagine, prevista dal regolamento Ue n. 255/2018, ha l'obiettivo di confrontare i diversi paesi Ue sulle condizioni di salute, la prevenzione, gli stili di vita e il ricorso ai servizi sanitari. I dati possono essere consultati alla pagina: <https://www.istat.it/tavole-di-dati/condizioni-di-salute-e-ricorso-ai-servizi-sanitari-in-italia-e-nellunione-europea-indagine-ehis-2019/> Ultimo accesso: 30 agosto 2024

esami diagnostici. Avere ricevuto aiuti da parte di enti o di associazioni riguarda una piccola minoranza di persone (più avanti scopriremo però che è una minoranza molto particolare) e ha riguardato in prevalenza le spese per le visite specialistiche, per il dentista e per analisi cliniche o esami diagnostici.

3.3 I profili delle persone in condizione di povertà sanitaria

In questo paragrafo facciamo dialogare i dati della prima sezione del questionario con i dati della seconda sezione. In questo modo, tracciamo i profili delle persone che, rispetto alle diverse spese sanitarie prese in considerazione hanno messo in atto comportamenti che consideriamo indicatori di povertà sanitaria. I quattro comportamenti che consideriamo sono: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri più economici, avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

La domanda di ricerca che ha guidato tutto il percorso è quanto pesano le condizioni economiche nel determinare comportamenti che possiamo considerare come indicatori di povertà sanitaria. Per questo abbiamo fatto dialogare i comportamenti legati alle spese con la domanda su come le famiglie arrivano alla fine del mese tenendo conto di tutti i redditi disponibili. Per poter eseguire alcune misure abbiamo utilizzato le risposte alla domanda su come si arriva alla fine del mese trasformate in modo dicotomico⁴¹, ovvero con solo due modalità: con difficoltà e con facilità.

Le tabelle successive mostrano come i diversi comportamenti che consideriamo indicatori di una condizione di povertà sanitaria si distribuiscono tra le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, tra le persone che arrivano con facilità alla fine del mese e nel totale del campione dei 1.807 questionari. Nella tabella le percentuali vanno lette in colonna, facendo riferimento al modo in cui i comportamenti di spesa (riportati in riga) cambiano a seconda della condizione economica (riportata in colonna): la variabile indipendente è rappresentata dalla condizione economica, riportata, appunto, in colonna.

Tabella 24. Spese presso il medico di base o il pediatra di base e condizione economica

	con difficoltà	con facilità	totale
HA RINUNCIATO ALLA SPESA	2,7%	0,5%	1,4%
HA LIMITATO LA SPESA ALLO STRETTO NECESSARIO	23,0%	6,7%	13,0%
SI È RIVOLTA A MEDICI O A CENTRI PIÙ ECONOMICI	6,6%	1,3%	3,4%
HA RICEVUTO UN AIUTO DA QUALCHE ENTE O DA QUALCHE ASSOCIAZIONE	3,2%	0,3%	1,4%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 24. Spese presso il medico di base o il pediatra di base e condizione economica

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai comportamenti avuti dalle persone che possono essere considerati indicatori di povertà sanitaria e riguardanti le spese presso il medico di base o il pediatra di base, incrociati con la condizione economica delle persone rispondenti.

In riga sono indicati i comportamenti avuti che possono essere considerati indicatori di povertà sanitaria: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri più economici, avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

In colonna sono indicate le condizioni economiche delle persone, tenendo conto di tutti i redditi familiari disponibili: una colonna per le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese e una colonna per le persone che arrivano con facilità alla fine del mese. Nell'ultima colonna sono riportati i dati relativi al totale dei 1.087 questionari.

Tutti i dati sono riportati in percentuale.

Presentazione dei dati

Le persone che hanno rinunciato alla spesa sono il 2,7% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, lo 0,5% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e l'1,4% del totale. Le persone che hanno limitato la spesa allo stretto necessario

⁴¹ La procedura di trasformazione è spiegata a pagina 28, mentre i valori assunti dai dati sono presentati nella Tabella 8. Condizioni economiche delle famiglie delle persone rispondenti

sono il 23,0% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, il 6,7% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 13,0% del totale. Le persone che si sono rivolte a medici o a centri economici più economici sono il 6,6% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, l'1,3% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 3,4% del totale. Le persone che hanno ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono il 3,2% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, lo 0,3% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e l'1,4% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Tabella 25. Spese per visite specialistiche e condizione economica

	con difficoltà	con facilità	totale
HA RINUNCIATO ALLA SPESA	9,0%	0,3%	3,6%
HA LIMITATO LA SPESA ALLO STRETTO NECESSARIO	31,4%	11,8%	19,4%
SI È RIVOLTA A MEDICI O A CENTRI PIÙ ECONOMICI	10,5%	3,2%	6,1%
HA RICEVUTO UN AIUTO DA QUALCHE ENTE O DA QUALCHE ASSOCIAZIONE	4,6%	1,0%	2,4%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 25. Spese per visite specialistiche e condizione economica

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai comportamenti avuti dalle persone che possono essere considerati indicatori di povertà sanitaria e riguardanti le spese per visite specialistiche, incrociati con la condizione economica delle persone rispondenti.

In riga sono indicati i comportamenti avuti che possono essere considerati indicatori di povertà sanitaria: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri più economici, avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

In colonna sono indicate le condizioni economiche delle persone, tenendo conto di tutti i redditi familiari disponibili: una colonna per le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese e una colonna per le persone che arrivano con facilità alla fine del mese. Nell'ultima colonna sono riportati i dati relativi al totale dei 1.087 questionari.

Tutti i dati sono riportati in percentuale.

Presentazione dei dati

Le persone che hanno rinunciato alla spesa sono il 9,0% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, lo 0,3% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 3,6% del totale. Le persone che hanno limitato la spesa allo stretto necessario sono il 31,4% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, l'11,8% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 19,4% del totale. Le persone che si sono rivolte a medici o a centri economici più economici sono il 10,5% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, il 3,2% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 6,1% del totale. Le persone che hanno ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono il 4,6% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, l'1,0% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 2,4% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Tabella 26. Spese per l'acquisto di farmaci e condizione economica

	con difficoltà	con facilità	totale
HA RINUNCIATO ALLA SPESA	2,7%	0,4%	1,3%
HA LIMITATO LA SPESA ALLO STRETTO NECESSARIO	36,4%	10,9%	20,8%
SI È RIVOLTA A MEDICI O A CENTRI PIÙ ECONOMICI	4,8%	1,5%	2,7%
HA RICEVUTO UN AIUTO DA QUALCHE ENTE O DA QUALCHE ASSOCIAZIONE	3,2%	0,1%	1,3%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 26. Spese per l'acquisto di farmaci e condizione economica

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai comportamenti avuti dalle persone che possono essere considerati indicatori di povertà sanitaria e riguardanti le spese per l'acquisto di farmaci, incrociati con la condizione economica delle persone rispondenti.

In riga sono indicati i comportamenti avuti che possono essere considerati indicatori di povertà sanitaria: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri più economici, avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

In colonna sono indicate le condizioni economiche delle persone, tenendo conto di tutti i redditi familiari disponibili: una colonna per le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese e una colonna per le persone che arrivano con facilità alla fine del mese. Nell'ultima colonna sono riportati i dati relativi al totale dei 1.087 questionari.

Tutti i dati sono riportati in percentuale.

Presentazione dei dati

Le persone che hanno rinunciato alla spesa sono il 2,7% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, lo 0,4% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e l'1,3% del totale. Le persone che hanno limitato la spesa allo stretto necessario sono il 36,4% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, il 10,9% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 20,8% del totale. Le persone che si sono rivolte a medici o a centri economici più economici sono il 4,8% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, l'1,5% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 2,7% del totale. Le persone che hanno ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono il 3,2% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, lo 0,1% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e l'1,3% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Tabella 27. Spese per il dentista e i servizi di igiene dentale e condizione economica

	con difficoltà	con facilità	totale
HA RINUNCIATO ALLA SPESA	17,3%	2,2%	8,1%
HA LIMITATO LA SPESA ALLO STRETTO NECESSARIO	31,1%	12,3%	19,6%
SI È RIVOLTA A MEDICI O A CENTRI PIÙ ECONOMICI	7,1%	3,6%	4,9%
HA RICEVUTO UN AIUTO DA QUALCHE ENTE O DA QUALCHE ASSOCIAZIONE	2,7%	1,6%	2,0%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 27. Spese per il dentista e per i servizi di igiene dentale e condizione economica

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai comportamenti avuti dalle persone che possono essere considerati indicatori di povertà sanitaria e riguardanti le spese per il dentista e per i servizi di igiene dentale, incrociati con la condizione economica delle persone rispondenti.

In riga sono indicati i comportamenti avuti che possono essere considerati indicatori di povertà sanitaria: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri più economici, avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

In colonna sono indicate le condizioni economiche delle persone, tenendo conto di tutti i redditi familiari disponibili: una colonna per le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese e una colonna per le persone che arrivano con facilità alla fine del mese. Nell'ultima colonna sono riportati i dati relativi al totale dei 1.087 questionari.

Tutti i dati sono riportati in percentuale.

Presentazione dei dati

Le persone che hanno rinunciato alla spesa sono il 17,3% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, il 2,2% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e l'8,1% del totale. Le persone che hanno limitato la spesa allo stretto necessario sono il 31,1% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, il 12,3% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 19,6% del totale. Le persone che si sono rivolte a medici o a centri economici più economici sono il 7,1% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, il 3,6% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 4,9% del totale. Le persone che hanno ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono il 2,7% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, l'1,6% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 2,0% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Tabella 28. Spese per analisi cliniche ed esami diagnostici e condizione economica

	con difficoltà	con facilità	totale
HA RINUNCIATO ALLA SPESA	6,4%	0,5%	2,8%

HA LIMITATO LA SPESA ALLO STRETTO NECESSARIO	27,2%	8,6%	15,8%
SI È RIVOLTA A MEDICI O A CENTRI PIÙ ECONOMICI	6,5%	2,5%	4,0%
HA RICEVUTO UN AIUTO DA QUALCHE ENTE O DA QUALCHE ASSOCIAZIONE	3,3%	1,3%	2,1%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 28. Spese per analisi cliniche ed esami diagnostici e condizione economica

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai comportamenti avuti dalle persone che possono essere considerati indicatori di povertà sanitaria e riguardanti le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici, incrociati con la condizione economica delle persone rispondenti.

In riga sono indicati i comportamenti avuti che possono essere considerati indicatori di povertà sanitaria: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri più economici, avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

In colonna sono indicate le condizioni economiche delle persone, tenendo conto di tutti i redditi familiari disponibili: una colonna per le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese e una colonna per le persone che arrivano con facilità alla fine del mese. Nell'ultima colonna sono riportati i dati relativi al totale dei 1.087 questionari.

Tutti i dati sono riportati in percentuale.

Presentazione dei dati

Le persone che hanno rinunciato alla spesa sono il 6,4% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, lo 0,5% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 2,8% del totale. Le persone che hanno limitato la spesa allo stretto necessario sono il 27,2% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, l'8,6% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 15,8% del totale. Le persone che si sono rivolte a medici o a centri economici più economici sono il 6,5% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, il 2,5% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 4,0% del totale. Le persone che hanno ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono il 3,3% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, l'1,3% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 2,1% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Tabella 29. Spese per l'acquisto di occhiali e lenti e condizione economica

	con difficoltà	con facilità	totale
HA RINUNCIATO ALLA SPESA	11,8%	1,2%	5,3%
HA LIMITATO LA SPESA ALLO STRETTO NECESSARIO	21,7%	10,2%	14,6%
SI È RIVOLTA A MEDICI O A CENTRI PIÙ ECONOMICI	6,4%	1,7%	3,5%
HA RICEVUTO UN AIUTO DA QUALCHE ENTE O DA QUALCHE ASSOCIAZIONE	1,7%	0,8%	1,2%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 29. Spese per l'acquisto di occhiali e lenti e condizione economica

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai comportamenti avuti dalle persone che possono essere considerati indicatori di povertà sanitaria e riguardanti le spese per l'acquisto di occhiali e lenti, incrociati con la condizione economica delle persone rispondenti.

In riga sono indicati i comportamenti avuti che possono essere considerati indicatori di povertà sanitaria: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri più economici, avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

In colonna sono indicate le condizioni economiche delle persone, tenendo conto di tutti i redditi familiari disponibili: una colonna per le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese e una colonna per le persone che arrivano con facilità alla fine del mese. Nell'ultima colonna sono riportati i dati relativi al totale dei 1.087 questionari.

Tutti i dati sono riportati in percentuale.

Presentazione dei dati

Le persone che hanno rinunciato alla spesa sono l'11,8% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, l'1,2% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 5,3% del totale. Le persone che hanno limitato la spesa allo stretto necessario sono il 21,7% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, il 10,2% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 14,6% del totale. Le persone che si sono rivolte a medici o a centri economici più economici sono il 6,4% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, l'1,7% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 3,5% del totale. Le

persone che hanno ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono l'1,7% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, lo 0,8% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e l'1,2% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Tabella 30. Spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine e condizione economica

	con difficoltà	con facilità	totale
HA RINUNCIATO ALLA SPESA	3,3%	0,5%	1,6%
HA LIMITATO LA SPESA ALLO STRETTO NECESSARIO	15,6%	5,1%	9,2%
SI È RIVOLTA A MEDICI O A CENTRI PIÙ ECONOMICI	4,8%	1,6%	2,9%
HA RICEVUTO UN AIUTO DA QUALCHE ENTE O DA QUALCHE ASSOCIAZIONE	1,9%	1,6%	1,7%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 30. Spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine e condizione economica

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi ai comportamenti avuti dalle persone che possono essere considerati indicatori di povertà sanitaria e riguardanti le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine, incrociati con la condizione economica delle persone rispondenti.

In riga sono indicati i comportamenti avuti che possono essere considerati indicatori di povertà sanitaria: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri più economici, avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

In colonna sono indicate le condizioni economiche delle persone, tenendo conto di tutti i redditi familiari disponibili: una colonna per le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese e una colonna per le persone che arrivano con facilità alla fine del mese. Nell'ultima colonna sono riportati i dati relativi al totale dei 1.087 questionari.

Tutti i dati sono riportati in percentuale.

Presentazione dei dati

Le persone che hanno rinunciato alla spesa sono il 3,3% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, lo 0,5% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e l'1,6% del totale. Le persone che hanno limitato la spesa allo stretto necessario sono il 15,6% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, il 5,1% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 9,2% del totale. Le persone che si sono rivolte a medici o a centri economici più economici sono il 4,8% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, l'1,6% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e il 2,9% del totale. Le persone che hanno ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono l'1,9% delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese, l'1,6% delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese e l'1,7% del totale.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Scorrendo le tabelle e prendendosi il tempo necessario a leggere i dati si possono notare molti aspetti interessanti. In questa sede ne vorremmo sottolineare tre.

La prima è che le tabelle mostrano chiaramente come le persone che, per le loro condizioni economiche, fanno fatica ad arrivare alla fine del mese hanno una probabilità molto maggiore di avere comportamenti che possiamo considerare indicatori di povertà sanitaria. Più avanti avremo modo di misurare, spesa per spesa, quanto sia forte questa probabilità, ricordando che le misure che stiamo proponendo mostrano disuguaglianze sociali che hanno un impatto forte sui diritti alla cura, alla salute e alla qualità della vita delle persone.

La seconda è che anche le persone che arrivano con facilità alla fine del mese sono costrette a comportamenti che sono indicatori di povertà sanitaria. Il livello di reddito raggiunto, anche se sufficiente per le spese della quotidianità, per alcune persone non è tale da garantire di riuscire a fronteggiare le spese per la salute propria e della propria famiglia. Gli interventi preventivi, diagnostici o di cura che (per ragioni diverse che abbiamo introdotto nel capitolo dedicato alla ricostruzione del concetto di povertà sanitaria) implicano una spesa

diretta delle persone che mettono in difficoltà anche chi, normalmente, percepisce la propria condizione economica come relativamente stabile. Una difficoltà che può essere tanto sul fronte del livello di spesa richiesta, quanto sulla capacità di risparmio da parte delle famiglie: le spese impreviste, le spese catastrofiche o che non rientrano nelle spese per la quotidianità, infatti, sono tipicamente affrontate dalle persone facendo riferimento alla propria capacità di risparmio. Quando la capacità di risparmio è ridotta e le spese della quotidianità sono sostanzialmente incompressibili le persone hanno poche strategie per fare fronte a spese impreviste: l'indebitamento e il ricorso al credito (che non abbiamo indagato in questa ricerca), rinunciare alla spesa o limitarla allo stretto necessario, cercare soluzioni economicamente più sostenibili, chiedere aiuto. La terza è che le persone che si sono rivolte a medici o a centri medici più economici, così come le persone che hanno ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono percentualmente una piccola minoranza anche tra le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese. Lo sottolineiamo perché questi due comportamenti, pur essendo indicatori di una situazione di vulnerabilità a cui riferirsi come povertà sanitaria, sono anche due comportamenti che potrebbero compensare comportamenti che rappresentano un danno per i diritti alla salute, al benessere e alla qualità della vita delle persone. Entrambi, però, sono comportamenti fortemente vincolati alle opportunità, ovvero all'esistenza di centri medici più economici e di enti o associazioni che intervengono a sostegno delle spese e alla loro capacità di copertura della domanda. Allo stesso modo sono comportamenti legati alla qualità delle relazioni sociali e dell'accesso alle informazioni da parte delle persone che potrebbero avere bisogno di un sostegno alla propria capacità di spesa.

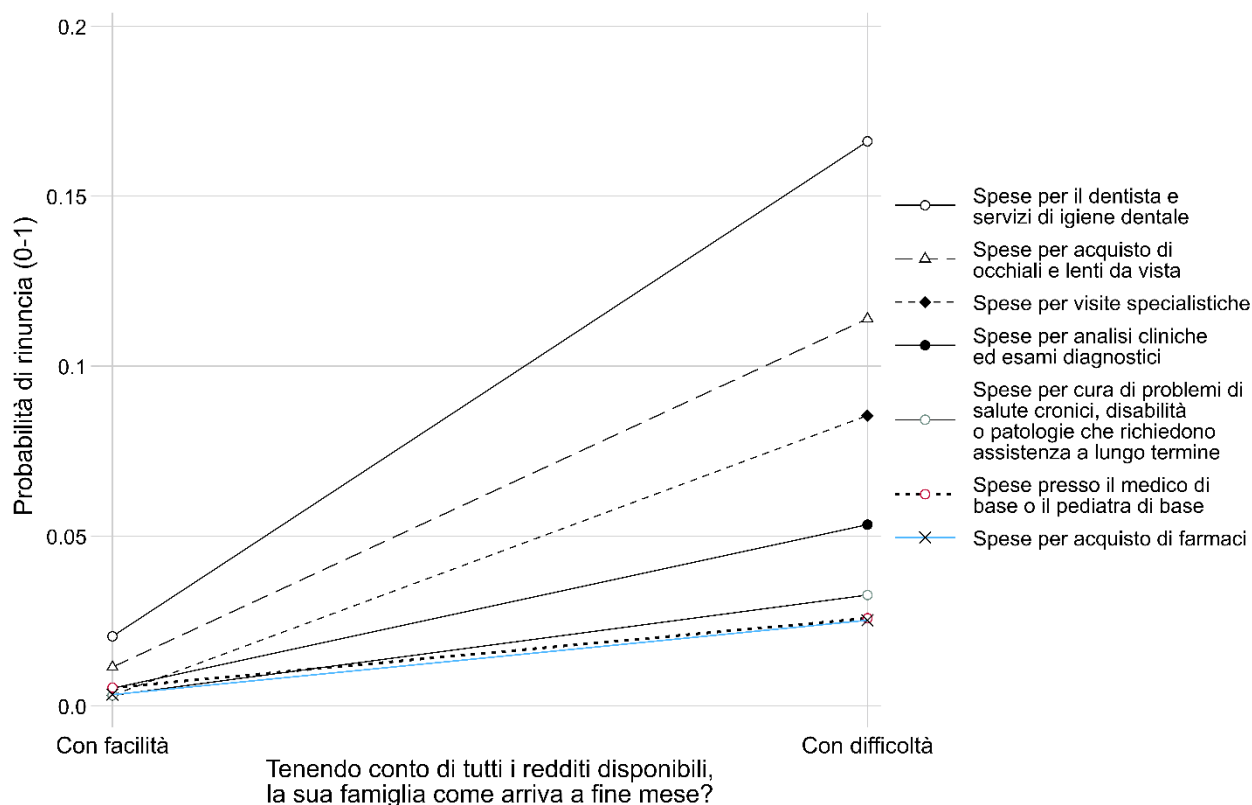
Una volta preso atto che i comportamenti che possiamo ricondurre a una condizione di povertà sanitaria non sono distribuiti in modo equo nel nostro campione di persone che hanno partecipato al questionario, si tratta di provare a stimare la forza con cui le condizioni economiche, così come altre condizioni sociali e caratteristiche personali, concorrono a generare questa distribuzione iniqua.

Lo faremo utilizzando alcune misure statistiche, la prima è l'analisi di regressione logistica.

L'analisi di regressione logistica consente di modellizzare statisticamente le probabilità che si verifichi un evento (in questo caso la rinuncia alla spesa sanitaria) in base a una combinazione di valori di variabili (che compongono le domande del questionario e formano i vari profili dei rispondenti: dopo aver compilato il questionario le informazioni fornite da ciascun rispondente sono salvate sotto forma di variabili). In particolare, è possibile calcolare l'effetto in termini di probabilità di rinunciare alle cure esercitato dalla condizione di povertà economica (resa nella nostra ricerca come la difficoltà ad arrivare a fine mese) a parità di altre condizioni socioeconomiche, neutralizzando il loro effetto. In questo modo diventa possibile stimare l'effetto della povertà economica (prima stimando le medie delle probabilità predette di rinunciare a ciascuna voce di spesa per il gruppo che afferma di arrivare a fine mese senza difficoltà e quello che afferma di incontrare difficoltà, e poi calcolando le differenze medie – dette "effetti marginali medi" – tra le probabilità predette per il primo e il secondo gruppo) al netto di fattori come genere, cittadinanza, età o vulnerabilità familiari (presenza di minori di tre anni nel nucleo familiare, di persone con disabilità, di persone in condizione di non autosufficienza o con malattie croniche). Per questa analisi ci concentriamo sulla rinuncia alla spesa sanitaria perché è il comportamento potenzialmente di maggior rischio per la salute e la qualità della vita delle persone, oltre che essere il maggior rischio di vedere disattesi diritti fondamentali delle persone.

Il grafico presenta i risultati dell'analisi di regressione logistica.

Grafico 1. Probabilità predette di rinunciare alle cure per la difficoltà ad arrivare alla fine del mese



Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo del Grafico

Grafico 1. Probabilità predette di rinunciare alle cure per la difficoltà ad arrivare a fine mese

Descrizione del Grafico

Nel grafico sono presentate le probabilità stimate di rinunciare alle cure in base alla difficoltà ad arrivare a fine mese. I dati fanno riferimento a tutti i tipi di spesa riportati nel questionario. Nel grafico ogni linea corrisponde a un tipo di spesa, l'inclinazione della linea indica l'aumento della probabilità di rinunciare alle cure per la difficoltà ad arrivare a fine mese. Sull'asse verticale a sinistra sono riportate le percentuali della probabilità di rinuncia per le persone che arrivano con facilità alla fine del mese e sull'asse verticale a destra le percentuali della probabilità di rinuncia per le persone arrivano con difficoltà alla fine del mese. A sinistra del grafico c'è la legenda che riporta il colore della linea alla spesa corrispondente.

Presentazione dei dati

Per le spese odontoiatriche la probabilità di rinunciare alle cure è stimata attorno al 2% per le persone che affermano di arrivare a fine mese con facilità (primo gruppo), mentre per le persone che lamentano difficoltà economiche (secondo gruppo) le probabilità sono stimate intorno al 17%. Per le spese di acquisto di occhiali e lenti da vista la probabilità di rinunciare è stimata intorno all'1% per il primo gruppo e all'11% per il secondo. Per le visite specialistiche le probabilità di rinuncia sono stimate intorno allo 0% per il gruppo di coloro che affermano di arrivare con facilità a fine mese e all'8% per gli appartenenti al secondo gruppo. Per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici le probabilità sono stimate attorno allo 0% per il primo gruppo e al 5% per il secondo. Per le spese di cura di problemi di salute cronici, disabilità o patologie che richiedono assistenza a lungo termine le probabilità di rinuncia sono stimate attorno allo 0% per il primo gruppo e al 3% per il secondo. Per le spese presso il medico di base o il pediatra di base le probabilità di rinuncia stimate sono intorno allo 0% per il primo gruppo e al 3% per il secondo. Per le spese per l'acquisto di farmaci le probabilità stimate sono attorno allo 0% per il primo gruppo e al 2% per il secondo.

Fonte dei dati

Il grafico riporta dati frutto dell'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Leggendo il grafico da sinistra a destra è possibile osservare come, passare dal sottogruppo del campione che afferma di arrivare a fine mese con facilità a coloro che affermano di incontrare difficoltà, implichi per qualsiasi voce di spesa un aumento delle probabilità stimate di rinunciare alle cure, offrendo in modo molto esplicito una generale conferma dell'ipotesi di lavoro. In linea generale, mentre le probabilità di rinuncia per le persone rispondenti che affermano di non incontrare difficoltà ad arrivare a fine mese sono prossime allo

zero per qualsiasi voce di spesa, per i partecipanti in difficoltà economiche le probabilità aumentano nettamente, ma in modo disomogeneo per ciascun capitolo di spesa. Il rischio più alto di rinuncia si registra per entrambi i sottogruppi in relazione alle spese odontoiatriche, ma mentre per il primo la probabilità media stimata di rinunciare alle cure si attesta intorno al 2%, per i secondi questa si attesta intorno al 17%. In altri termini, tenendo costanti le altre condizioni, passare dalle persone che dichiarano di arrivare con facilità a fine mese alle persone che lamentano difficoltà implica, in media, un aumento del rischio stimato di rinunciare alle spese odontoiatriche di circa 14 punti percentuali. Similmente, la differenza di probabilità media registrata tra i due sottogruppi in merito alle spese per l'acquisto di lenti da vista e occhiali si attesta intorno ai 10 punti percentuali. Come già osservato in precedenza, queste due voci di spesa sono solo parzialmente coperte dal Servizio Sanitario Nazionale, indicando chiaramente come il mancato universalismo del sistema sanitario italiano provochi delle sacche di esclusione molto marcate, principalmente a causa dell'entità dell'esborso previsto per queste prestazioni.

Altre differenze rilevanti nelle probabilità di accesso si registrano in merito alle spese per visite specialistiche ed esami diagnostici, riflettendo la progressiva erosione della capacità del Servizio Sanitario Nazionale di offrire in modo indiscriminato servizi preventivi e di assistenza sanitaria. Per converso, osserviamo come, invece, le differenze di probabilità siano molto meno pronunciate, da un lato, per le spese presso medico e pediatra di base, e, dall'altro, per quanto riguarda le spese per l'acquisto di farmaci e per la cura di problemi cronici (rispettivamente pari a circa 2 e 3%). Le ristrette differenze nella spesa presso medici e pediatri sono probabilmente dovute al carattere eccezionale e poco frequente delle spese presso queste figure (il 48% dei rispondenti afferma di non aver avuto bisogno di questa spesa). Per quanto riguarda le spese per l'acquisto di farmaci e per la cura di problemi di salute cronici o disabilità, una possibile spiegazione delle contenute differenze tra gruppi economici è che, dal momento che queste spese sono difficilmente procrastinabili (in quanto concernono vulnerabilità fisiche o psichiche impellenti e immediatamente manifestate nella vita quotidiana delle persone, come dolori o altre forme di disagio), anche i rispondenti in netta difficoltà economica evitano di rinunciare a spese di questo tipo. Sono, peraltro, spese che, almeno per quanto riguarda i farmaci, generalmente assumono un'entità relativamente lieve (sul breve termine, perlomeno) rispetto ad altre spese sanitarie (come quelle odontoiatriche). Il punto, tuttavia, è che il denaro investito nella spesa farmaceutica da parte dei soggetti in difficoltà economiche contribuisce a erodere i fondi che queste persone potrebbero altrimenti destinare al pagamento di altre prestazioni sanitarie. Le più contenute disuguaglianze economiche nella probabilità di rinunciare a queste spese andrebbero, quindi, viste come l'altra faccia della medaglia delle intense disuguaglianze nell'accesso alle altre prestazioni.

Per comprendere la forza con cui le condizioni economiche hanno un impatto sui comportamenti di spesa che possiamo considerare indicatori di povertà sanitaria abbiamo utilizzato una misura che, nel linguaggio della statistica, si chiama odds ratio. In italiano il termine inglese odds è traducibile come probabilità relativa, mentre ratio è traducibile come rapporto. L'odds è definito come un rapporto di probabilità, ovvero il rapporto tra la probabilità che un evento si verifichi e la probabilità che lo stesso evento non si verifichi per lo stesso gruppo di persone. Con l'odds ratio mettiamo a confronto i rapporti di probabilità calcolati su due gruppi diversi, eseguendo un'operazione che è il rapporto tra rapporti di probabilità. Nel nostro caso:

- abbiamo calcolato l'odds nel gruppo delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese di mettere in atto un comportamento indicatore di povertà sanitaria, calcolando prima la probabilità di rinunciare alle cure per questo gruppo (dividendo il numero di persone che dichiarano, per esempio, di avere rinunciato alla spesa sanitaria per il numero di persone totali appartenenti al gruppo), poi la probabilità di non rinunciare alle cure (dividendo il numero di persone che hanno dichiarato un comportamento diverso da quello di rinuncia per il numero di persone appartenenti al gruppo) e poi rapportando la prima probabilità alla seconda;
- abbiamo calcolato l'odds nel gruppo delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese di mettere in atto un comportamento indicatore di povertà sanitaria, calcolando prima la probabilità di rinunciare alle cure per questo gruppo (dividendo il numero di persone che dichiarano, per esempio, di avere rinunciato alla spesa sanitaria per il numero di persone totali appartenenti a questo gruppo),

poi la probabilità di non rinunciare alle cure (dividendo il numero di persone che hanno dichiarato un comportamento diverso da quello di rinuncia per il numero di persone appartenenti al gruppo), per poi rapportare la prima probabilità calcolata alla seconda;

- abbiamo calcolato l'odds ratio rapportando l'odds calcolato sul primo gruppo (le persone che arrivano con difficoltà a fine mese) con quello calcolato sul secondo gruppo (le persone che arrivano con facilità a fine mese).

Facciamo un esempio calato nella nostra ricerca per capire come interpretare il valore dell'odds ratio. Per farlo, consideriamo due comportamenti, rinunciare alla spesa sanitaria e non rinunciare la spesa sanitaria, e due gruppi di persone, le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese e le persone che arrivano con facilità alla fine del mese. Fatti tutti passaggi che abbiamo descritto, un valore dell'odds ratio pari a 1 implicherebbe che tra i due gruppi non si registrano differenze negli odds (che abbiamo imparato essere probabilità relative) confrontati. Un valore dell'odds ratio inferiore a 1 segnalerebbe una probabilità relativa di rinunciare alle cure inferiore per le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese. Un valore dell'odds ratio superiore a 1, al contrario, segnalerebbe una probabilità relativa di rinunciare alle cure maggiore per le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese. Più il valore dell'odds ratio si allontana da 1, più la differenza tra le probabilità relative è accentuata.

Considerando che abbiamo già verificato che c'è un'associazione tra condizioni economiche e comportamenti di spesa, possiamo intendere il valore dell'odds ratio come una buona approssimazione alla disuguaglianza di opportunità e di possibilità tra i due gruppi di persone. Nel testo e nelle tabelle successive indicheremo con il termine propensione quale sostituto del termine odds ratio.

La tabella successiva presenta i dati per ogni spesa sanitaria che abbiamo preso in considerazione nella nostra ricerca e per ogni comportamento di spesa che possiamo considerare indicatore di povertà sanitaria. Più il valore dell'odds ratio è alto, più è forte la possibilità che chi arriva con difficoltà alla fine del mese sia costretto a un comportamento considerato indicatore di povertà sanitaria rispetto a chi arriva con facilità alla fine del mese.

Tabella 31. Propensione ad avere comportamenti indicatori di povertà sanitaria rispetto alle condizioni economiche				
Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per i seguenti tipi di spesa per motivi di salute?	ha rinunciato alla spesa	ha limitato la spesa allo stretto necessario	si è rivolta a medici o a centri più economici	ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione
SPESE PRESSO IL MEDICO DI BASE O IL PEDIATRA DI BASE	5,11	4,16	5,48	11,91
SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE	35,69	3,41	3,56	4,76
SPESE PER L'ACQUISTO DI FARMACI	7,67	4,68	3,36	35,79
SPESE PER IL DENTISTA E PER SERVIZI DI IGIENE DENTALE	9,33	3,22	2,06	1,78
SPESE PER ANALISI CLINICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI	12,28	3,96	2,74	2,64
SPESE PER L'ACQUISTO DI OCCHIALI E LENTI	11,15	2,44	3,83	2,12
SPESE PER VISITE, INTERVENTI, ESAMI E RICOVERI FINALIZZATI ALLA CURA DI PROBLEMI DI SALUTE CRONICI, DISABILITÀ PERMANENTI E/O DI ALTRE PATOLOGIE CHE RICHIEDONO ASSISTENZA MEDICA A LUNGO TERMINE	7,47	3,42	2,99	1,21
Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità				
TESTO ALTERNATIVO				

Titolo della Tabella

Tabella 31. Propensione ad avere comportamenti indicatori di povertà sanitaria rispetto alle condizioni economiche

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi al rapporto tra la propensione ad avere comportamenti che possiamo considerare indicatori di povertà sanitaria nel gruppo delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese e nel gruppo delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese. I dati fanno riferimento a tutti i tipi di spesa riportati nel questionario.

Nella tabella in riga sono riportati i tipi di spesa e in colonna i comportamenti considerati indicatori di povertà sanitaria.

Presentazione dei dati

Per le spese presso il medico di base o il pediatra di base la propensione delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese ad avere rinunciato alla spesa è 5,11 volte maggiore rispetto alla propensione delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese, la propensione è 4,16 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 5,48 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, di 11,91 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per visite specialistiche la propensione delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese ad avere rinunciato alla spesa è 35,69 volte maggiore rispetto alla propensione delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese, la propensione è 3,41 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 3,56 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, di 4,76 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per l'acquisto di farmaci la propensione delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese ad avere rinunciato alla spesa è 7,67 volte maggiore rispetto alla propensione delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese, la propensione è 4,68 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 3,36 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 35,79 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per il dentista e per i servizi di igiene dentale la propensione delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese ad avere rinunciato alla spesa è 9,33 volte maggiore rispetto alla propensione delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese, la propensione è 3,22 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 2,06 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 1,78 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici la propensione delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese ad avere rinunciato alla spesa è 12,28 volte maggiore rispetto alla propensione delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese, la propensione è 3,96 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 2,74 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 2,64 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese l'acquisto di occhiali e lenti la propensione delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese ad avere rinunciato alla spesa è 11,15 volte maggiore rispetto alla la propensione delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese, la propensione è 2,44 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 3,83 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 2,12 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine la propensione delle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese ad avere rinunciato alla spesa è 7,47 volte maggiore rispetto alla propensione delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese, la propensione è 3,42 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 2,99 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 1,21 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Dalla lettura della tabella emerge come la disuguaglianza di possibilità sia particolarmente forte per le visite specialistiche e per le analisi cliniche e gli esami diagnostici, con una differenza altissima di propensione a dover rinunciare alla spesa. Due voci di spesa che, soprattutto per il progressivo ritirarsi della sanità pubblica (tanto dal punto di vista della copertura della spesa, quanto dal punto di vista della copertura territoriale della domanda di cura), aprono scenari critici sul rapporto tra livelli di reddito e diritto alla salute. Altre differenze significative per quanto riguarda la rinuncia alla spesa riguardano due tipi di spesa normalmente non coperti dal Servizio sanitario nazionale: le spese per il dentista e i servizi di igiene dentale e le spese per l'acquisto di occhiali e di lenti.

Rilevanti anche le differenze di propensione ad avere ricevuto aiuto da qualche ente o da qualche associazione soprattutto per le spese presso il medico di base o il pediatra di base (stiamo parlando di certificati medici come quelli per l'attività sportiva o delle vaccinazioni) e per le spese per l'acquisto di farmaci.

Nelle tabelle successive presentiamo l'odds ratio anche nel confronto tra altri gruppi frutto delle nostre domande sui profili delle persone presentati nel primo paragrafo di questo capitolo.

Avere la cittadinanza non italiana implica per tutte le voci di spesa avere una maggiore propensione ad avere comportamenti che stiamo considerando indicatori di povertà sanitaria. La tabella riporta i calcoli dell'odds

ratio rispetto a tutti i comportamenti indicatori di povertà sanitaria per tutti i tipi di spesa che abbiamo preso in considerazione. Le differenze di possibilità aumentano in modo rilevante per i comportamenti di rinuncia alla spesa e per avere ricevuto aiuto da qualche ente o da qualche associazione. Soprattutto, per interpretare in modo equilibrato la forza con cui si esprime la maggiore propensione ad avere ricevuto aiuto da qualche ente o da qualche associazione è bene ricordare che proprio sulle persone di cittadinanza non italiana è stato più forte il ruolo di sollecitazione a partecipare alla ricerca da parte degli enti partner di progetto.

Tabella 32. Propensione ad avere comportamenti indicatori di povertà sanitaria rispetto alla cittadinanza

Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per i seguenti tipi di spesa per motivi di salute?	ha rinunciato alla spesa	ha limitato la spesa allo stretto necessario	si è rivolta a medici o a centri più economici	ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione
SPESE PRESSO IL MEDICO DI BASE O IL PEDIATRA DI BASE	5,14	0,76	3,74	29,55
SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE	4,99	0,65	1,87	11,09
SPESE PER L'ACQUISTO DI FARMACI	7,36	1,15	1,29	44,22
SPESE PER IL DENTISTA E PER SERVIZI DI IGIENE DENTALE	6,50	0,35	1,18	2,52
SPESE PER ANALISI CLINICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI	3,92	1,12	1,18	5,86
SPESE PER L'ACQUISTO DI OCCHIALI E LENTI	2,48	0,67	2,18	6,87
SPESE PER VISITE, INTERVENTI, ESAMI E RICOVERI FINALIZZATI ALLA CURA DI PROBLEMI DI SALUTE CRONICI, DISABILITÀ PERMANENTI E/O DI ALTRE PATOLOGIE CHE RICHIEDONO ASSISTENZA MEDICA A LUNGO TERMINE	2,40	1,01	1,29	3,11

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO
Titolo della Tabella

Tabella 32. Propensione ad avere comportamenti indicatori di povertà sanitaria rispetto alla cittadinanza

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi al rapporto tra la propensione ad avere comportamenti che possiamo considerare indicatori di povertà sanitaria nel gruppo delle persone con cittadinanza non italiana e nel gruppo delle persone con cittadinanza italiana. I dati fanno riferimento a tutti i tipi di spesa riportati nel questionario.

Nella tabella in riga sono riportati i tipi di spesa e in colonna i comportamenti considerati indicatori di povertà sanitaria.

Presentazione dei dati

Per le spese presso il medico di base o il pediatra di base la propensione delle persone con cittadinanza non italiana ad avere rinunciato alla spesa è 5,14 volte maggiore rispetto alla propensione delle persone con cittadinanza italiana, la propensione è 0,76 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 3,74 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, di 29,55 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per visite specialistiche la propensione delle persone con cittadinanza non italiana ad avere rinunciato è 4,99 volte maggiore rispetto alla propensione delle persone con cittadinanza italiana, la propensione è 0,65 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,87 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, di 11,09 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per l'acquisto di farmaci la propensione delle persone con cittadinanza non italiana ad avere rinunciato è 7,36 volte maggiore rispetto alla propensione delle persone con cittadinanza italiana, la propensione è 1,15 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,29 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 44,22 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per il dentista e per i servizi di igiene dentale la propensione delle persone con cittadinanza non italiana ad avere rinunciato è 6,50 volte maggiore rispetto alla propensione delle persone con cittadinanza italiana, la propensione è 0,35 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,18 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 2,52 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici la propensione delle persone con cittadinanza non italiana ad avere rinunciato è 3,92 volte maggiore rispetto alla propensione delle persone con cittadinanza italiana, la propensione è 1,12 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,18 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 5,86 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese l'acquisto di occhiali e lenti la propensione delle persone con cittadinanza non italiana ad avere rinunciato è 2,48 volte maggiore rispetto alla propensione delle persone con cittadinanza non italiana, la propensione è 0,67 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 2,18 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 6,87 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine la propensione delle persone con cittadinanza non italiana ad avere rinunciato è 2,40 volte maggiore rispetto alla propensione delle persone con cittadinanza italiana, la propensione è 1,01 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,29 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 3,11 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Dalla lettura dei dati emerge come la presenza di una qualche vulnerabilità all'interno del nucleo familiare aumenti la propensione ad avere comportamenti che indicano una condizione di povertà sanitaria, per quanto in modo minore rispetto alle condizioni economiche. L'unica eccezione di particolare forza è relativa alla possibilità che famiglie con all'interno del nucleo persone minori di 3 anni abbiano ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione per le spese per l'acquisto di farmaci (la propensione è 14,09 volte più alta rispetto a famiglie senza persone minori di 3 anni al proprio interno), le spese presso il medico di base o il pediatra di base (la propensione è 9,49 volte più alta rispetto a famiglie senza persone minori di 3 anni al proprio interno), le spese per occhiali e lenti (la propensione è 4,54 volte più alta rispetto a famiglie senza persone minori di 3 anni al proprio interno).

Per quanto siano meno forti gli effetti sulla propensione ad avere comportamenti indicatori di una condizione di povertà sanitaria, colpiscono comunque alcuni dati legati alla rinuncia alla spesa per i nuclei familiari con al proprio interno persone minori di 3 anni o persone con disabilità:

- i nuclei familiari con persone minori di 3 anni hanno una propensione di 2,74 volte superiore ai nuclei familiari senza persone minori di 3 anni a rinunciare a spese presso il medico di base o il pediatra di base;
- i nuclei familiari con persone con disabilità al proprio interno, rispetto ai nuclei familiari senza persone con disabilità al proprio interno hanno una propensione di 2,96 volte maggiore a rinunciare a visite specialistiche, 2,84 volte maggiore a rinunciare all'acquisto di farmaci, 2,99 volte maggiore a rinunciare a spese per il dentista e per i servizi di igiene dentale, 3,08 volte maggiore a dover rinunciare all'acquisto di occhiali e di lenti.

Ricordiamo come la presenza all'interno delle famiglie di persone minori di 3 anni o di persone con disabilità aumenti la probabilità che i redditi familiari a disposizione facciano arrivare con difficoltà alla fine del mese. Colpisce anche il fatto che la propensione di una famiglia con al proprio interno una persona in condizioni di non autosufficienza a dover rinunciare a spese, visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine sia 3,41 volte maggiore rispetto a una famiglia che non ha al proprio interno una persona in condizioni di non autosufficienza.

Tabella 33. Propensione ad avere comportamenti indicatori di povertà sanitaria rispetto alla presenza del nucleo di persone minori di 3 anni

Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per i seguenti tipi di spesa per motivi di salute?	ha rinunciato alla spesa	ha limitato la spesa allo stretto necessario	si è rivolta a medici o a centri più economici	ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione
--	--------------------------	--	--	--

SPESE PRESSO IL MEDICO DI BASE O IL PEDIATRA DI BASE	2,74	0,81	2,25	9,49
SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE	1,74	0,99	1,13	3,37
SPESE PER L'ACQUISTO DI FARMACI	1,34	1,19	0,91	14,09
SPESE PER IL DENTISTA E PER SERVIZI DI IGIENE DENTALE	1,58	0,58	1,21	2,91
SPESE PER ANALISI CLINICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI	1,92	0,95	0,82	2,81
SPESE PER L'ACQUISTO DI OCCHIALI E LENTI	0,95	1,04	2,45	4,54
SPESE PER VISITE, INTERVENTI, ESAMI E RICOVERI FINALIZZATI ALLA CURA DI PROBLEMI DI SALUTE CRONICI, DISABILITÀ PERMANENTI E/O DI ALTRE PATOLOGIE CHE RICHIEDONO ASSISTENZA MEDICA A LUNGO TERMINE	1,70	0,70	0,88	3,65

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 33. Propensione ad avere comportamenti indicatori di povertà sanitaria rispetto alla presenza del nucleo di persone minori di 3 anni

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi al rapporto tra la propensione ad avere comportamenti che possiamo considerare indicatori di povertà sanitaria nel gruppo di famiglie con la presenza nel nucleo di persone minori di 3 anni e nel gruppo di famiglie senza la presenza nel nucleo di persone minori di 3 anni. I dati fanno riferimento a tutti i tipi di spesa riportati nel questionario.

Nella tabella in riga sono riportati i tipi di spesa e in colonna i comportamenti considerati indicatori di povertà sanitaria.

Presentazione dei dati

Per le spese presso il medico di base o il pediatra di base la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone minori di 3 anni ad avere rinunciato è 2,74 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone minori di 3 anni, la propensione è 0,81 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 2,25 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 9,49 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per visite specialistiche la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone minori di 3 anni ad avere rinunciato è 1,74 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone minori di 3 anni, la propensione è 0,99 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,13 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 3,37 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per l'acquisto di farmaci la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone minori di 3 anni ad avere rinunciato è 1,34 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone minori di 3 anni, la propensione è 1,19 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 0,91 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, di 14,09 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per il dentista e per i servizi di igiene dentale la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone minori di 3 anni ad avere rinunciato è 1,58 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone minori di 3 anni, la propensione è 0,58 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,21 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 2,91 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone minori di 3 anni ad avere rinunciato è 1,92 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone minori di 3 anni, la propensione è 0,95 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 0,82 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 2,81 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese l'acquisto di occhiali e lenti la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone minori di 3 anni ad avere rinunciato è 0,95 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone minori di 3 anni, la propensione è 1,04 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 2,45 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 4,54 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone

minori di 3 anni ad avere rinunciato è 1,70 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone minori di 3 anni, la propensione è 0,70 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 0,88 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 3,65 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Tabella 34. Propensione ad avere comportamenti indicatori di povertà sanitaria rispetto alla presenza del nucleo di persone con disabilità

Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per i seguenti tipi di spesa per motivi di salute?	ha rinunciato alla spesa	ha limitato la spesa allo stretto necessario	si è rivolta a medici o a centri più economici	ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione
SPESE PRESSO IL MEDICO DI BASE O IL PEDIATRA DI BASE	1,52	1,14	0,71	3,61
SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE	2,96	0,96	0,99	1,84
SPESE PER L'ACQUISTO DI FARMACI	2,84	1,01	1,33	1,68
SPESE PER IL DENTISTA E PER SERVIZI DI IGIENE DENTALE	2,99	1,02	1,00	0,99
SPESE PER ANALISI CLINICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI	2,24	0,89	0,85	1,87
SPESE PER L'ACQUISTO DI OCCHIALI E LENTI	3,08	1,47	0,39	2,51
SPESE PER VISITE, INTERVENTI, ESAMI E RICOVERI FINALIZZATI ALLA CURA DI PROBLEMI DI SALUTE CRONICI, DISABILITÀ PERMANENTI E/O DI ALTRE PATOLOGIE CHE RICHIEDONO ASSISTENZA MEDICA A LUNGO TERMINE	2,69	1,56	1,73	2,45

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 34. Propensione ad avere comportamenti indicatori di povertà sanitaria rispetto alla presenza del nucleo di persone con disabilità

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi al rapporto tra la propensione ad avere comportamenti che possiamo considerare indicatori di povertà sanitaria nel gruppo di famiglie con la presenza nel nucleo di persone con disabilità e nel gruppo di famiglie senza la presenza nel nucleo di persone con disabilità. I dati fanno riferimento a tutti i tipi di spesa riportati nel questionario.

Nella tabella in riga sono riportati i tipi di spesa e in colonna i comportamenti considerati indicatori di povertà sanitaria.

Presentazione dei dati

Per le spese presso il medico di base o il pediatra di base la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone con disabilità ad avere rinunciato è 1,52 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone con disabilità, la propensione è 1,14 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 0,71 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 3,61 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per visite specialistiche la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone con disabilità ad avere rinunciato è 2,96 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone con disabilità, la propensione è 0,96 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 0,99 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 1,84 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per l'acquisto di farmaci la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone con disabilità ad avere rinunciato è 2,84 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone con disabilità, la propensione è 1,01 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,33 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 1,68 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per il dentista e per i servizi di igiene dentale la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone con disabilità ad avere rinunciato è 2,99 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone

con disabilità, la propensione è 1,02 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,00 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 0,99 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione. Per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone con disabilità ad avere rinunciato è 2,24 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone con disabilità, la propensione è 0,89 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 0,85 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 1,87 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione. Per le spese l'acquisto di occhiali e lenti la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone con disabilità ad avere rinunciato è 3,08 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone con disabilità, la propensione è 1,47 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 0,39 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 2,51 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione. Per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone con disabilità ad avere rinunciato è 2,69 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone con disabilità, la propensione è 1,56 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,73 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 2,45 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Tabella 35. Propensione ad avere comportamenti indicatori di povertà sanitaria rispetto alla presenza del nucleo di persone in condizioni di non autosufficienza

Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per i seguenti tipi di spesa per motivi di salute?	ha rinunciato alla spesa	ha limitato la spesa allo stretto necessario	si è rivolta a medici o a centri più economici	ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione
SPESE PRESSO IL MEDICO DI BASE O IL PEDIATRA DI BASE	1,74	1,31	0,67	1,66
SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE	0,96	0,87	1,89	0,96
SPESE PER L'ACQUISTO DI FARMACI	0,90	1,08	2,89	0,00
SPESE PER IL DENTISTA E PER SERVIZI DI IGIENE DENTALE	0,85	1,35	1,46	0,56
SPESE PER ANALISI CLINICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI	1,24	1,13	0,85	0,54
SPESE PER L'ACQUISTO DI OCCHIALI E LENTI	1,36	0,76	0,64	0,00
SPESE PER VISITE, INTERVENTI, ESAMI E RICOVERI FINALIZZATI ALLA CURA DI PROBLEMI DI SALUTE CRONICI, DISABILITÀ PERMANENTI E/O DI ALTRE PATOLOGIE CHE RICHIEDONO ASSISTENZA MEDICA A LUNGO TERMINE	3,41	1,32	2,22	2,24

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 35. Propensione ad avere comportamenti indicatori di povertà sanitaria rispetto alla presenza del nucleo di persone in condizioni di non autosufficienza

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi al rapporto tra la propensione ad avere comportamenti che possiamo considerare indicatori di povertà sanitaria nel gruppo di famiglie con la presenza nel nucleo di persone in condizioni di non autosufficienza e nel gruppo di famiglie senza la presenza nel nucleo di persone in condizione di non autosufficienza. I dati fanno riferimento a tutti i tipi di spesa riportati nel questionario.

Nella tabella in riga sono riportati i tipi di spesa e in colonna i comportamenti considerati indicatori di povertà sanitaria.

Presentazione dei dati

Per le spese presso il medico di base o il pediatra di base la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone in condizioni di non autosufficienza ad avere rinunciato è 1,74 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone in condizione di non autosufficienza, la propensione è 1,31 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 0,67 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 1,66 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per visite specialistiche la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone in condizioni di non autosufficienza ad avere rinunciato è 0,96 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone in condizione di non autosufficienza, la propensione è 0,87 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,89 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 0,96 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per l'acquisto di farmaci la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone in condizioni di non autosufficienza ad avere rinunciato è 0,90 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone in condizione di non autosufficienza, la propensione è 1,08 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 2,89 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 0 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per il dentista e per i servizi di igiene dentale la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone in condizioni di non autosufficienza ad avere rinunciato è 0,85 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone in condizione di non autosufficienza, la propensione è 1,35 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,46 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 0,56 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone in condizioni di non autosufficienza ad avere rinunciato è 1,24 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone in condizione di non autosufficienza, la propensione è 1,13 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 0,85 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 0,54 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese l'acquisto di occhiali e lenti la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone in condizioni di non autosufficienza ad avere rinunciato è 1,36 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone in condizione di non autosufficienza, la propensione è 0,76 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 0,64 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 0 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone in condizioni di non autosufficienza ad avere rinunciato è 3,41 volte maggiore rispetto alla la propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone in condizione di non autosufficienza, la propensione è 1,32 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 2,22 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 2,24 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Tabella 36. Propensione ad avere comportamenti indicatori di povertà sanitaria rispetto alla presenza nel nucleo di persone con malattie croniche

Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per i seguenti tipi di spesa per motivi di salute?	ha rinunciato alla spesa	ha limitato la spesa allo stretto necessario	si è rivolta a medici o a centri più economici	ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione
SPESE PRESSO IL MEDICO DI BASE O IL PEDIATRA DI BASE	1,79	1,14	1,82	0,34
SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE	1,02	1,09	1,36	0,80
SPESE PER L'ACQUISTO DI FARMACI	2,07	0,89	1,30	0,56
SPESE PER IL DENTISTA E PER SERVIZI DI IGIENE DENTALE	0,84	1,47	1,24	1,34
SPESE PER ANALISI CLINICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI	0,91	1,06	0,95	0,85
SPESE PER L'ACQUISTO DI OCCHIALI E LENTI	1,12	1,34	1,56	0,28

SPESE PER VISITE, INTERVENTI, ESAMI E RICOVERI FINALIZZATI ALLA CURA DI PROBLEMI DI SALUTE CRONICI, DISABILITÀ PERMANENTI E/O DI ALTRE PATOLOGIE CHE RICHIEDONO ASSISTENZA MEDICA A LUNGO TERMINE	1,27	1,97	3,11	0,97
--	------	------	------	------

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella 36. Propensione ad avere comportamenti indicatori di povertà sanitaria rispetto alla presenza nel nucleo di persone con malattie croniche

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentati i dati relativi al rapporto tra la propensione ad avere comportamenti che possiamo considerare indicatori di povertà sanitaria nel gruppo di famiglie con la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche e nel gruppo di famiglie senza la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche. I dati fanno riferimento a tutti i tipi di spesa riportati nel questionario.

Nella tabella in riga sono riportati i tipi di spesa e in colonna i comportamenti considerati indicatori di povertà sanitaria.

Presentazione dei dati

Per le spese presso il medico di base o il pediatra di base la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche ad avere rinunciato è 1,79 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche, la propensione è 1,14 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,82 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 0,34 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per visite specialistiche la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche ad avere rinunciato è 1,02 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche, la propensione è 1,09 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,36 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 0,80 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per l'acquisto di farmaci la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche ad avere rinunciato è 2,07 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche, la propensione è 0,89 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,30 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 0,56 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per il dentista e per i servizi di igiene dentale la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche ad avere rinunciato è 0,84 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche, la propensione è 1,47 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,24 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 1,34 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche ad avere rinunciato è 0,91 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche, la propensione è 1,06 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 0,95 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 0,85 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese l'acquisto di occhiali e lenti la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche abbiano rinunciato alla spesa è 1,12 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche, la propensione è 1,34 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 1,56 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 0,28 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine la propensione delle famiglie con la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche ad avere rinunciato è 1,27 volte maggiore rispetto alla propensione delle famiglie senza la presenza nel nucleo di persone con malattie croniche, la propensione è 1,97 volte maggiore ad avere limitato la spesa allo stretto necessario, 3,11 volte maggiore a essersi rivolte a medici o a centri più economici, 0,97 volte maggiore ad avere ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Fonte dei dati

La tabella riporta l'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità.

Sintesi del capitolo

Al termine del percorso di rilevazione sono stati raccolti 1.807 questionari, tutti aventi i contenuti informativi minimi per poterli considerare validi. Di questi, 1.235 (pari al 68,3% del totale) sono stati raccolti in forma cartacea nei diversi punti di rilevazione e imputati successivamente nel database. I rimanenti 572 (pari al 31,7%) sono stati compilati online.

Quasi il 40% del nostro campione è rappresentato da persone che fanno fatica ad arrivare alla fine del mese. In particolare, le famiglie con carichi di cura legate alla presenza di persone con meno di 3 anni o di persone con disabilità hanno una probabilità maggiore di fare fatica ad arrivare alla fine del mese.

Le persone che hanno dovuto mettere in atto comportamenti associabili alla povertà sanitaria hanno soprattutto limitato le spese allo stretto necessario.

La rinuncia alla spesa colpisce soprattutto le spese per il dentista e l'igiene dentale (8,0% delle persone), le spese per l'acquisto di occhiali e lenti (5,3% delle persone), le spese per visite specialistiche (3,6% delle persone). La limitazione delle spese allo stretto necessario colpisce soprattutto le spese per l'acquisto di farmaci (20,6%), per il dentista e l'igiene dentale (19,4% delle persone), per le visite specialistiche (19,3% delle persone). Rivolgersi a medici o a centri più economici è una strategia messa in atto soprattutto per le visite specialistiche (6,0% delle persone), per il dentista e l'igiene dentale (4,9% delle persone), per le analisi cliniche e gli esami diagnostici (4,0% delle persone). Avere ricevuto aiuti da parte di enti o di associazioni è una strategia a cui ha fatto ricorso una piccola minoranza di persone e ha riguardato in prevalenza le spese per le visite specialistiche (2,4% delle persone), per il dentista (2,0% delle persone) e per analisi cliniche o esami diagnostici (2,0% delle persone).

I dati mostrano chiaramente come le persone che, per le loro condizioni economiche, fanno fatica ad arrivare alla fine del mese hanno una probabilità molto maggiore di avere comportamenti che possiamo considerare indicatori di povertà sanitaria. La disuguaglianza di possibilità è particolarmente forte per le visite specialistiche e per le analisi cliniche e gli esami diagnostici, con una differenza altissima di probabilità di dover rinunciare alla spesa. Due voci di spesa che, soprattutto per il progressivo ritirarsi della sanità pubblica (tanto dal punto di vista della copertura della spesa, quanto dal punto di vista della copertura territoriale della domanda di cura), aprono scenari critici sul rapporto tra livelli di reddito e diritto alla salute. Altre differenze significative per quanto riguarda la rinuncia alla spesa sono relative a due tipi di spesa normalmente non coperti dal Servizio sanitario nazionale: le spese per il dentista e i servizi di igiene dentale e le spese per l'acquisto di occhiali e di lenti.

La propensione (espressa attraverso il calcolo dell'odds ratio) delle persone che arrivano con fatica alla fine del mese a dover mettere in atto comportamenti di rinuncia alle cure è di 35,69 volte maggiore per le visite specialistiche, di oltre 12,28 volte per le spese dentali e di 11,15 volte per l'acquisto di occhiali e di lenti.

Sono rilevanti anche le differenze di propensione ad avere ricevuto aiuto da qualche ente o da qualche associazione soprattutto per le spese presso il medico di base o il pediatra di base (stiamo parlando di certificati medici come quelli per l'attività sportiva o delle vaccinazioni) e per le spese per l'acquisto di farmaci.

Un aspetto importante da sottolineare è che anche alcune delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese sono costrette a comportamenti che sono indicatori di povertà sanitaria. Le risorse economiche necessarie alla quotidianità, per alcune persone, non sono tali da garantire di riuscire a fronteggiare le spese per la salute propria e della propria famiglia. Quando la capacità di risparmio è ridotta e le spese della quotidianità sono sostanzialmente incompressibili le persone hanno poche strategie per fare fronte a spese impreviste, come spesso sono le spese sanitarie: l'indebitamento e il ricorso al credito (che non abbiamo indagato in questa ricerca), rinunciare alla spesa o limitarla allo stretto necessario, cercare soluzioni economicamente più sostenibili, chiedere aiuto.

Le persone che si sono rivolte a medici o a centri medici più economici, così come le persone che hanno ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono percentualmente una piccola minoranza anche tra le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese. Questi due comportamenti, pur essendo indicatori di una situazione di vulnerabilità a cui riferirsi come povertà sanitaria, sono anche due comportamenti che potrebbero compensare comportamenti che rappresentano un danno per i diritti alla salute, al benessere e alla qualità della vita delle persone. Entrambi, però, sono comportamenti fortemente

vincolati alle opportunità, ovvero all'esistenza di centri medici più economici e di enti o associazioni che intervengono a sostegno delle spese e alla loro capacità di copertura della domanda. Allo stesso modo sono comportamenti legati alla qualità delle relazioni sociali e dell'accesso alle informazioni da parte delle persone che potrebbero avere bisogno di un sostegno alla propria capacità di spesa.

Avere la cittadinanza non italiana implica per tutte le voci di spesa avere una maggiore propensione ad avere comportamenti che stiamo considerando indicatori di povertà sanitaria. La differenza nelle probabilità relative aumenta soprattutto per i comportamenti di rinuncia alla spesa e per avere ricevuto aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Dalla lettura dei dati emerge come la presenza di una qualche vulnerabilità all'interno del nucleo familiare aumenti la propensione ad avere comportamenti che indicano una condizione di povertà sanitaria, per quanto in modo minore rispetto alle condizioni economiche.

Sintesi finale e conclusioni

Uno degli obiettivi dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità è fare in modo che vulnerabilità e povertà siano termini declinati sempre al plurale.

Nell'ottica di allargare la comprensione delle diverse dimensioni che possiamo far ricadere sotto il concetto più ampio di povertà, abbiamo voluto dedicare questo secondo Quaderno dell'Osservatorio al tema della povertà sanitaria. La scelta di questo approfondimento è stata fatta sulla base di due considerazioni. La prima è che l'attività dell'Osservatorio è orientata a sostenere gli interventi e le misure a livello locale, a partire dal progetto ProPositivi. Illuminare il tema della povertà sanitaria mette a disposizione le evidenze necessarie a progettare su una dimensione oggi meno presente negli interventi degli enti pubblici e del terzo settore valtellinese. La seconda, fortemente collegata alla prima, è che il tema della povertà sanitaria è naturalmente un luogo di rafforzamento dell'integrazione tra le componenti sociali e quelle sanitarie del welfare locale.

Il fenomeno della povertà sanitaria riguarda quella fascia della popolazione che non può accedere, per motivi economici, alle prestazioni e ai servizi sanitari necessari per soddisfare i propri bisogni di cure mediche. Il Servizio sanitario nazionale dispone di un'impostazione marcatamente universalistica, ma, facendo ricadere una parte della spesa sanitaria sulle persone attraverso l'*out of pocket*, contribuisce ad escludere le persone e le famiglie economicamente più deboli. L'*out of pocket* riguarda eminentemente quattro tipi di spese:

- le spese relative ai ticket regionali (dove i criteri tesi a definire l'entità della spesa sono altamente frammentati e variabili tra regioni) che possono riguardare sia i costi associati alla dimensione farmaceutica, sia quelli legate alle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- i costi relativi all'acquisto di farmaci non rimborsati dal Servizio sanitario e perciò interamente a carico del paziente;
- le spese per l'acquisto presso esercenti autorizzati di prodotti per la cura e il benessere che non rientrano nell'ambito farmaceutico, come l'acquisto di articoli sanitari e attrezzature ortopediche;
- le prestazioni sanitarie parzialmente o totalmente escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza (Lea; vale a dire prestazioni che il Ssn è tenuto, per legge, ad offrire in modo uniforme a tutti i pazienti) e perciò non coperte (o solo sotto certe condizioni) dal sistema sanitario. Tra queste figurano tutte le forme di medicina classificate come non convenzionali e pertanto non riconosciute dal Ssn (totalmente escluse), le cure odontoiatriche (parzialmente escluse) e gli interventi di chirurgia estetica (totalmente esclusi).

I tagli al Fondo Sanitario Nazionale applicati come misura di contenimento della spesa pubblica hanno aggravato marcatamente lo scenario, aumentando la quota di spesa sanitaria scaricata sulle famiglie.

La povertà sanitaria viene generalmente affrontata attraverso tre strategie:

- la rinuncia alle cure (differendo il più possibile gli interventi e astenendosi dall'acquistare i farmaci, soprattutto quelli relativi a patologie i cui sintomi sono meno debilitanti), secondariamente;
- la ricerca di medici o centri più economici;
- la stipulazione di prestiti finanziari per coprire le spese mediche;

Tra queste, la prima, oltre ad essere la più tragica, è quella a cui le famiglie in maggiore difficoltà sono costrette a fare ricorso.

La povertà sanitaria concerne primariamente le regioni del Sud e delle Isole, mentre quelle del Nord, anche grazie alla presenza di una più articolata rete di assistenza del terzo settore, sono maggiormente protette, per quanto entrino in gioco anche differenze nel potere d'acquisto.

Inoltre, disuguaglianze territoriali e disuguaglianze economiche si intrecciano nel fenomeno della mobilità sanitaria interregionale, che concerne le persone che si rivolgono a regioni esterne rispetto a quella di residenza per accedere alle prestazioni sanitarie, con flussi che procedono generalmente verso regioni adiacenti o spostamenti dal Meridione verso il Settentrione.

Il terzo settore si configura come un importante meccanismo di contrasto locale alla povertà sanitaria, ma il rischio è che, a fronte dell'indebolimento della capacità dello Stato di offrire benessere, si delineino disuguaglianze territoriali esacerbate dalla frammentarietà del terzo settore.

Il questionario utilizzato è stato disegnato partendo da precedenti attività di ricerca sui comportamenti di salute delle persone e dei nuclei familiari. Le due principali che hanno fatto da riferimento sono state i dati raccolti da Doxa Pharma per conto del Banco Farmaceutico, pubblicati nel Rapporto sulla Povertà Sanitaria del 2017, e le indagini multiscopo Aspetti della vita quotidiana che ISTAT conduce a cadenza annuale.

Il questionario è stato disegnato perché potesse essere compilato in autonomia dalle persone, mantenendo uno stretto anonimato sulla loro identità. È composto da due sezioni:

- la prima sezione del questionario raccoglie le domande che sono state utilizzate per la profilazione delle persone che hanno risposto al questionario;
- la seconda sezione raccoglie sette diversi tipi di spese connesse con la salute, rispetto ai quali sono stati rilevati i comportamenti delle persone negli ultimi 12 mesi.

Sono state intenzionalmente operate alcune scelte che potrebbero aver introdotto distorsioni nella costruzione del campione per arrivare a stimare la relazione tra condizioni economiche, bisogni di salute e comportamenti di salute e di cura.

Al termine del percorso di rilevazione sono stati raccolti 1.807 questionari, tutti aventi i contenuti informativi minimi per poterli considerare validi. Di questi, 1.235 (pari al 68,3% del totale) sono stati raccolti in forma cartacea nei diversi punti di rilevazione e imputati successivamente nel database. I rimanenti 572 (pari al 31,7%) sono stati compilati online.

Quasi il 40% del nostro campione è rappresentato da persone che fanno fatica ad arrivare alla fine del mese. In particolare, le famiglie con carichi di cura legate alla presenza di persone con meno di 3 anni o di persone con disabilità hanno una probabilità maggiore di fare fatica ad arrivare alla fine del mese.

Le persone che hanno dovuto mettere in atto comportamenti associabili alla povertà sanitaria hanno soprattutto limitato le spese allo stretto necessario.

La rinuncia alla spesa colpisce soprattutto le spese per il dentista e l'igiene dentale (8,0% delle persone), le spese per l'acquisto di occhiali e lenti (5,3% delle persone), le spese per visite specialistiche (3,6% delle persone). La limitazione delle spese allo stretto necessario colpisce soprattutto le spese per l'acquisto di farmaci (20,6%), per il dentista e l'igiene dentale (19,4% delle persone), per le visite specialistiche (19,3% delle persone). Rivolgersi a medici o a centri più economici è una strategia messa in atto soprattutto per le visite specialistiche (6,0% delle persone), per il dentista e l'igiene dentale (4,9% delle persone), per le analisi cliniche e gli esami diagnostici (4,0% delle persone). Avere ricevuto aiuti da parte di enti o di associazioni è una strategia a cui ha fatto ricorso una piccola minoranza di persone e ha riguardato in prevalenza le spese per le visite specialistiche (2,4% delle persone), per il dentista (2,0% delle persone) e per analisi cliniche o esami diagnostici (2,0% delle persone).

I dati mostrano chiaramente come le persone che, per le loro condizioni economiche, fanno fatica ad arrivare alla fine del mese hanno una probabilità molto maggiore di avere comportamenti che possiamo considerare indicatori di povertà sanitaria. La disuguaglianza di possibilità è particolarmente forte per le visite specialistiche e per le analisi cliniche e gli esami diagnostici, con una differenza altissima di probabilità di dover rinunciare alla spesa. Due voci di spesa che, soprattutto per il progressivo ritirarsi della sanità pubblica (tanto dal punto di vista della copertura della spesa, quanto dal punto di vista della copertura territoriale della domanda di cura), aprono scenari critici sul rapporto tra livelli di reddito e diritto alla salute. Altre differenze significative per quanto riguarda la rinuncia alla spesa sono relative a due tipi di spesa normalmente non coperti dal Servizio sanitario nazionale: le spese per il dentista e i servizi di igiene dentale e le spese per l'acquisto di occhiali e di lenti.

La propensione (espressa attraverso il calcolo dell'odds ratio) delle persone che arrivano con fatica alla fine del mese a dover mettere in atto comportamenti di rinuncia alle cure è di 35,69 volte maggiore per le visite specialistiche, di oltre 12,28 volte per le spese dentali e di 11,15 volte per l'acquisto di occhiali e di lenti.

Sono rilevanti anche le differenze di propensione ad avere ricevuto aiuto da qualche ente o da qualche associazione soprattutto per le spese presso il medico di base o il pediatra di base (stiamo parlando di certificati medici come quelli per l'attività sportiva o delle vaccinazioni) e per le spese per l'acquisto di farmaci.

Un aspetto importante da sottolineare è che anche alcune delle persone che arrivano con facilità alla fine del mese sono costrette a comportamenti che sono indicatori di povertà sanitaria. Le risorse economiche necessarie alla quotidianità, per alcune persone, non sono tali da garantire di riuscire a fronteggiare le spese per la salute propria e della propria famiglia. Quando la capacità di risparmio è ridotta e le spese della quotidianità sono sostanzialmente incompressibili le persone hanno poche strategie per fare fronte a spese impreviste, come spesso sono le spese sanitarie: l'indebitamento e il ricorso al credito (che non abbiamo indagato in questa ricerca), rinunciare alla spesa o limitarla allo stretto necessario, cercare soluzioni economicamente più sostenibili, chiedere aiuto.

Le persone che si sono rivolte a medici o a centri medici più economici, così come le persone che hanno ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione sono percentualmente una piccola minoranza anche tra le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese. Questi due comportamenti, pur essendo indicatori di una situazione di vulnerabilità a cui riferirsi come povertà sanitaria, sono anche due comportamenti che potrebbero compensare comportamenti che rappresentano un danno per i diritti alla salute, al benessere e alla qualità della vita delle persone. Entrambi, però, sono comportamenti fortemente vincolati alle opportunità, ovvero all'esistenza di centri medici più economici e di enti o associazioni che intervengono a sostegno delle spese e alla loro capacità di copertura della domanda. Allo stesso modo sono comportamenti legati alla qualità delle relazioni sociali e dell'accesso alle informazioni da parte delle persone che potrebbero avere bisogno di un sostegno alla propria capacità di spesa.

Avere la cittadinanza non italiana implica per tutte le voci di spesa avere una maggiore propensione ad avere comportamenti che stiamo considerando indicatori di povertà sanitaria. La differenza nelle probabilità relative aumenta soprattutto per i comportamenti di rinuncia alla spesa e per avere ricevuto aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Dalla lettura dei dati emerge come la presenza di una qualche vulnerabilità all'interno del nucleo familiare aumenti la propensione ad avere comportamenti che indicano una condizione di povertà sanitaria, per quanto in modo minore rispetto alle condizioni economiche.

Gli esiti di questa prima ricerca sul tema della povertà sanitaria in provincia di Sondrio sosterranno nel futuro nuove iniziative.

I risultati della ricerca saranno diffusi perché le istituzioni possano ragionare di politiche locali e di misure che intervengano sulle disuguaglianze nell'esercizio dei diritti alla salute, al benessere e alla qualità della vita. Così come sono stati consegnati ai partner del progetto ProPositivi perché attivino forme di welfare di comunità che consentano di fronteggiare le situazioni critiche emerse.

D'altro canto, la ricerca ha sollecitato future direzioni di approfondimento. In particolare, nei primi confronti avuti sugli esiti della ricerca con i partner e con le istituzioni è emerso l'interesse ad approfondire altre spese che le famiglie potrebbero sostenere per bisogni legati alla salute: le spese per la salute e il benessere psicologico, le spese per terapie e interventi non convenzionali, le spese per attività di riabilitazione. A questa lista di possibili ulteriori spese, si è aggiunto il desiderio di raccogliere informazioni anche sull'indebitamento familiare come una strategia di copertura delle spese sanitarie da considerare indicatrice di povertà sanitaria. Futuri approfondimenti, inoltre, potrebbero allargare il campo dell'esplorazione. In particolare, sarebbe interessante guardare con più attenzione i processi di invecchiamento della popolazione, tanto per comprendere se la condizione anziana, indipendentemente dalle condizioni di non autosufficienza o di malattia cronica, è una condizione vulnerabile, quanto per analizzare più da vicino i comportamenti di nuclei familiari che hanno un doppio carico di cura.

Bibliografia

- Aber, J. L., Bennett, N. G., Conley, D. C., & Li, J. (1997). The effects of poverty on child health and development. *Annual review of public health*, 18(1), 463-483
- Agenas. (2023). *Analisi dell'andamento dei ricavi da ticket: anni 2018-2022*.
https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/SPESA/Report_Andamento_ricavi_Ticket.pdf
Ultimo accesso: 15/10/2024
- Ahrenfeldt, L.J., & Möller, S. (2021). The Reciprocal Relationship between Socioeconomic Status and Health and the Influence of Sex: A European SHARE-Analysis Based on Structural Equation Modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 5045
- Algren, M. H., Ekholm, O., Nielsen, L., Ersbøll, A. K., Bak, C. K., & Andersen, P. T. (2020). Social isolation, loneliness, socioeconomic status, and health-risk behaviour in deprived neighbourhoods in Denmark: A cross-sectional study. *SSM - population health*, 10, 100546
- Arsenijevic, J., Pavlova, M., Rechel, B., & Groot, W. (2016). Catastrophic health care expenditure among older people with chronic diseases in 15 European countries. *PloS ONE*, 11(7), e0157765
- Baeten R., Spasova S. & Vanhercke B. (2019). Access to healthcare in the EU: an overall positive trend but important inequalities persist. *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 1/2019, 199–219
- Bifulco, L. (2015). *Il welfare locale. Processi e prospettive*, Roma: Carocci
- Bifulco, L. (2016). Citizenship and governance at a time of territorialization: The Italian local welfare between innovation and fragmentation. *European Urban and Regional Studies*, 23(4), 628–644
- Bifulco, L., Dodaro, M., & Mozzana, C. (2022). Welfare locale e innovazione sociale alla prova dell'emergenza. *Polis*, 36(1), 105–134
- Boscolo, P.R., Fenech, L., Giudice, L., Lecci, F., Rotolo, A., Tarricone, R. (2022). *Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*, Milano: Egea
- Busso, S. (2015). What works. Efficacia e quantificazione nelle politiche sociali in trasformazione. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 56(3-4), 479–502
- Busso, S., & Gargiulo, E. (2016). 'Convergenze parallele': il perimetro (ristretto) del dibattito italiano sul terzo settore. *Politiche Sociali*, 1, 101–116
- Busso, S., & Lanunziata, S. (2016). Il valore del lavoro sociale: meccanismi estrattivi e rappresentazioni del non profit. *Sociologia del lavoro*, 142(2), 62–79
- Castel, R. (2000). The roads to disaffiliation: Insecure work and vulnerable relationships. *International journal of urban and regional research*, 24(3), 519-535
- Cbm Italia Ets, Fondazione Zancan (2023). Disabilità e povertà nelle famiglie italiane <https://www.cbmitalia.org/cosa-facciamo/sensibilizzazione/pubblicazioni/ricerca-cbm-e-fondazione-zancan/> Ultimo accesso: 15/10/2024
- Castel, R. (2019). *Le metamorfosi della questione sociale. Una cronaca del salariato*. Milano: Mimesis
- Cimo-Fesmed (2024). *Dossier sanità. Gli effetti sul Servizio Sanitario Nazionale di dieci anni di tagli*.
<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1662626379.pdf> Ultimo accesso: 15/10/2024
- Cittadinanzattiva (2023). *Rapporto civico sulla salute 2023*. <https://www.cittadinanzattiva.it/notizie/15740-urgenza-sanita-giovedi-11-maggio-una-giornata-per-la-difesa-del-servizio-sanitario-nazionale.html> Ultimo accesso: 15/10/2024
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of health and social behavior*, 46(1), 51–67
- Culyer, A. J., & Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of health economics*, 12(4), 431-457
- De Girolamo, G., Ferrari, C., Candini, V., Buizza, C., Calamandrei, G., Caserotti, M., Gavaruzzi, T., Girardi, P., Habersaat, K. B., Lotto, L., Scherzer, M., Starace, F., Tasso, A., Zamparini, M., & Zarbo, C. (2022). Psychological well-being during the COVID-19 pandemic in Italy assessed in a four-waves survey. *Scientific reports*, 12(1), 17945
- Drewnowski, A., & Specter, S. E. (2004). Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *The American journal of clinical nutrition*, 79(1), 6–16
- Ewart, C. K., & Suchday, S. (2002). Discovering how urban poverty and violence affect health: development and validation of a Neighborhood Stress Index. *Health Psychology*, 21(3), 254
- Federconsumatori (2024). *La salute non può attendere. Monitoraggio sulle liste d'attesa*.
<https://www.federconsumatori.it/wp-content/uploads/2024/02/liste-attesa-presentazione7febbraio2024.pdf#page=6.13> Ultimo accesso: 15/10/2024
- Fernandez, E., Schiaffino, A., Garcia, M. & Borrás, J. M. (2001). Widening socio-economic inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 729–730

- Gimbe (2019). *Il defanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale*. Bologna: Fondazione Gimbe. www.gimbe.org/defanziamento-SSN Ultimo accesso: 15/10/2024
- Gimbe (2024). *La mobilità sanitaria interregionale nel 2021*. Bologna: Fondazione Gimbe. www.gimbe.org/mobilita2021 Ultimo accesso: 15/10/2024
- Gorz, A. (2017). Economia della conoscenza e sfruttamento dei saperi. *Etica & Politica*, 19(3), 115–126
- Hawes, A. M., Smith, G. S., McGinty, E., Bell, C., Bower, K., LaVeist, T. A., Gaskin, D. J., & Thorpe, R. J., Jr (2019). Disentangling Race, Poverty, and Place in Disparities in Physical Activity. *International journal of environmental research and public health*, 16(7), 1193
- Istat (2024). Rapporto annuale 2024. La situazione del Paese. <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-annuale-2024-la-situazione-del-paese-2/> Ultimo accesso: 15/10/2024
- Istat (2024). *Resta stabile la povertà assoluta, la spesa media cresce ma meno dell'inflazione*. https://www.istat.it/it/files//2024/03/STAT_TODAY_POVERTA-ASSOLUTA_2023_25.03.24.pdf Ultimo accesso: 15/10/2024
- Jensen, S. K. G., Berens, A. E., & Nelson, C. A., 3rd (2017). Effects of poverty on interacting biological systems underlying child development. *The Lancet. Child & adolescent health*, 1(3), 225–239
- Lacagnina S. (2019). The Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD). *American journal of lifestyle medicine*, 14(1), 47–50
- Lascombes, P., & Le Galès, P. (2007). Introduction: Understanding public policy through its instruments—From the nature of instruments to the sociology of public policy instrumentation. *Governance*, 20(1), 1–21
- Lascombes, P., & Le Galès, P. (2005). *Gouverner par les instruments*. Paris: Presses de Sciences Po
- Layte, R., & Whelan, C. T. (2009). Explaining Social Class Inequalities in Smoking: The Role of Education, Self-Efficacy, and Deprivation. *European Sociological Review*, 25(4), 399–410
- Lora, A., Monzio Compagnoni, M., Allevi, L., Barbato, A., Carle, F., D'Avanzo, B., Di Fiandra T., Ferrara L., Gaddini A., Leogrande M., Saponaro A., Scodotto S., Tozzi V. D., Carbone S Corrao, G. (2022). The quality of mental health care delivered to patients with schizophrenia and related disorders in the Italian mental health system. The QUADIM project: a multi-regional Italian investigation based on healthcare utilisation databases. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e15
- Lucchini, M., Sarti, S., & Tognetti, M. (2009). I welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute, in Brandolini, A., Saraceno, C. & Schizzerotto, A. (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*. Bologna: il Mulino
- Luzi, A.M., Pasqualino, G.M., Pugliese, L., Schwarz, M., Suligoi, B. (2015). *L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative (Seconda Edizione)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute
- Marmot, M. (2016). *La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto*. Roma: il Pensiero Scientifico.
- Moini, G. (2011). Le pratiche partecipative nel contesto delle politiche neoliberiste. *Rivista italiana di politiche pubbliche*, 6(1), 93–122
- Murray, S. (2006). Poverty and health. *CMAJ: Canadian Medical Association journal*, 174(7), 923
- Neri, S. (2021). Has healthcare rationalisation been rationale? Hospital beds and Covid-19 in Italy. *Salute e Società*, (2021/suppl. 2)
- Osservatorio Povertà Sanitaria (OPSan), (2022). *Donare per curare. X Rapporto. Povertà sanitaria e donazioni farmaci*, Fondazione Banco Farmaceutico Onlus, Milano. <https://www.opsan.it/cosa-facciamo/osservatorio-sulla-povert%C3%A0-sanitaria> Ultimo accesso: 15/10/2024
- Osservatorio Povertà Sanitaria (OPSan), (2023). *Donare per curare. XI Rapporto. Povertà sanitaria e donazioni farmaci*, Fondazione Banco Farmaceutico Onlus, Milano. <https://www.opsan.it/cosa-facciamo/osservatorio-sulla-povert%C3%A0-sanitaria> Ultimo accesso: 15/10/2024
- Palm, W., Webb, E., Hernández-Quevedo, C., Scarpetti, G., Lessof, S., Siciliani, L., & van Ginneken, E. (2021). Gaps in coverage and access in the European Union. *Health Policy*, 125(3), 341–350
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., et al. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598
- Paugam, S. (2013). *Le forme elementari della povertà*. Bologna: il Mulino
- Pesenti, L. (2022). Co-progettazione territoriale e povertà sanitaria: un ambito di sperimentazione per un welfare responsabile, *Studi di Sociologia*, 40(1), 77–88
- Pirani, E., & Salvini, S. (2012). Socioeconomic Inequalities and Self-Rated Health: A Multilevel Study of Italian Elderly. *Population Research and Policy Review*, 31, 97–117
- Quotidiano Sanità (2024). *L'appello di 75 società scientifiche: "Nel 2020-22 tagliati 32.500 posti letto, troppi i medici in fuga. A rischio le cure per tutti. Serve una grande riforma strutturale per salvare il Ssn"*. Quotidiano Sanità, 18 aprile

2024. https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=121647 Ultimo accesso: 15/10/2024
- Raghupathi, V., & Raghupathi, W. (2020). Healthcare Expenditure and Economic Performance: Insights From the United States Data. *Frontiers in public health*, 8, 156
- Rauh, V.A., Landrigan, P.J. & Claudio, L. (2008), Housing and Health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 276-288
- Reche, E., König, H. H., & Hajek, A. (2019). Income, self-rated health, and morbidity. A systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2884
- Reumers, L., Bekker, M., Hilderink, H., Jansen, M., Helderman, J. K., & Ruwaard, D. (2022). Qualitative modelling of social determinants of health using group model building: the case of debt, poverty, and health. *International journal for equity in health*, 21(1), 72
- Reumers, L., Hameleers, N., Hilderink, H., Bekker, M., Jansen, M., & Ruwaard, D. (2024). Quantifying reciprocal relationships between poverty and health: combining a causal loop diagram with longitudinal structural equation modelling. *International journal for equity in health*, 23(1), 87
- Rovati, G., & Accolla, G. (2021). Poveri di reddito, poveri di salute. La povertà sanitaria nelle Nove Italie, *Salute e Società*, suppl. 2, 199–218
- Samarani, M. (2020). *Sanità pubblica: un diritto da preservare dalle logiche di mercato*. Osservatorio Globalizzazione. https://osservatorioglobalizzazione.it/wp-content/uploads/2020/04/Sanita_pubblica_un_diritto_da_preservare.pdf#page=26.69 Ultimo accesso: 15/10/2024
- Saraceno C., Benassi D., Morlicchio E., (2022) La povertà in Italia. Soggetti, meccanismi, politiche. Bologna: Il Mulino
- Sarti, S., Terraneo, M., & Tognetti Bordogna, M. (2014). Copayment e spesa in farmaci delle famiglie italiane: il complesso legame tra disuguaglianze sociali, politiche regionali e crisi economica, *Quaderni di Sociologia*, 65, 97–120
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, & Section on Developmental and Behavioral Pediatrics (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246
- Siep – Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (2024). *Quaderno 11 SIEP. La salute nell'Italia del regionalismo*. <https://siep.it/quaderno-siep/> Ultimo accesso: 15/10/2024
- Società Italiana di Psichiatria (2021). Covid e salute mentale. Un sommerso di 4,5 milioni di italiani che non accedono ai servizi di cura. L'allarme degli psichiatri. *Quotidiano Sanità*, 30 marzo 2021
- https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=94130 Ultimo accesso: 15/10/2024
- Starace, F. (2022). *Il finanziamento pubblico della Salute Mentale e la necessità di un intervento straordinario*. Quotidiano Sanità, 9 maggio 2022. https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=104573#_ftn4 Ultimo accesso: 15/10/2024
- Starace, F. (2023). *Salute mentale: Diritti negati, doveri disattesi*. Quotidiano Sanità, 6 ottobre 2023. https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117287 Ultimo accesso: 15/10/2024
- Thind, M. P. S., Tessum, C. W., Azevedo, I. L., & Marshall, J. D. (2019). Fine Particulate Air Pollution from Electricity Generation in the US: Health Impacts by Race, Income, and Geography. *Environmental science & technology*, 53(23), 14010–14019
- Toth, F. (2016). The Italian NHS, the Public/Private Sector Mix and the Disparities in Access to Healthcare. *Global Social Welfare*, 3, 171–178
- Wang, F. (2015). More Health Expenditure, Better Economic Performance? Empirical Evidence From OECD Countries. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 52, 0046958015602666
- Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (A cura di). (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità. <https://iris.who.int/handle/10665/326568> Ultimo accesso: 15/10/2024
- Williams, S. J. (1995). Theorising class, health, and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health & Illness*, 17(5), 577–604

ALLEGATI

Il questionario utilizzato

Gentile cittadina, gentile cittadino,

ProPositivi è un progetto promosso dalla Fondazione di Comunità ProValtellina e finanziato dalla Fondazione Cariplo, dalla Fondazione Peppino Vismara e dal Fondo Beneficenza di Intesa Sanpaolo. Il progetto interviene a favore delle famiglie della provincia di Sondrio che vivono una fase di difficoltà.

Il questionario che le chiediamo di compilare serve a capire quante sono le famiglie che in provincia di Sondrio vivono una condizione economica che rende difficile curarsi.

Sono poche domande, ma le sue risposte saranno per noi davvero utili.

I dati sono tutti raccolti e saranno tutti trattati solo in modo anonimo.

Grazie della collaborazione

1. Lei in quale Comune della provincia di Sondrio abita? | _____ |

2. Quanti anni ha? | _____ |

3.1 La sua cittadinanza è:

- ☐ ₁Italiana
☐ ₂Non italiana

3.2 Il suo genere è:

- ☐ ₁Femminile
☐ ₂Maschile
☐ ₃Terzo genere/non binario

4. All'interno della sua famiglia ci sono?

- ☐ persone minori di 3 anni
☐ persone con disabilità
☐ persone in condizione di non autosufficienza
☐ persone con malattie croniche

5. Tenendo conto di tutti i redditi disponibili, la sua famiglia come riesce ad arrivare alla fine del mese?

- ☐ ₁.con grande difficoltà
☐ ₂.con difficoltà
☐ ₃.con qualche difficoltà
☐ ₄.con una certa facilità
☐ ₅.con facilità
☐ ₆.con molta facilità

6. Nel corso degli ultimi 12 mesi e per ragioni di salute con quale frequenza si è rivolta?

6.1 Al medico di base o al pediatra di base	☐ mai ☐ raramente ☐ qualche volta ☐ spesso
6.2 A un laboratorio o a un ambulatorio per esami e analisi	☐ mai ☐ raramente ☐ qualche volta ☐ spesso
6.3 A una Farmacia per l'acquisto di farmaci	☐ mai ☐ raramente ☐ qualche volta ☐ spesso
6.4 A un ambulatorio per visite specialistiche	☐ mai ☐ raramente ☐ qualche volta ☐ spesso
6.5 Al Pronto soccorso	☐ mai ☐ raramente ☐ qualche volta ☐ spesso

7. Pensando agli ultimi 12 mesi e alle spese per la sua salute, come si è comportata per i seguenti tipi di spesa per motivi di salute? Sono possibili più risposte

7.1 Spese presso il medico di base o il pediatra di base, come certificati, vaccinazioni o altre prestazioni a pagamento

- ☐ ₁.non ha avuto bisogno di fare questa spesa
☐ ₂.ha rinunciato alla spesa
☐ ₅. ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione

- | | |
|--|--|
| ☐ 3. ha limitato la spesa allo stretto necessario | ☐ 6. è riuscita a pagare tutto |
| ☐ 4. si è rivolta a medici o a centri più economici | ☐ 7. ha un'esenzione che copre questo tipo di spesa |

7.2 Spese per visite specialistiche

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. non ha avuto bisogno di fare questa spesa | ☐ 5. ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione |
| ☐ 2. ha rinunciato alla spesa | ☐ 6. è riuscita a pagare tutto |
| ☐ 3. ha limitato la spesa allo stretto necessario | ☐ 7. ha un'esenzione che copre questo tipo di spesa |
| ☐ 4. si è rivolta a medici o a centri più economici | |

7.3 Spese per l'acquisto di farmaci

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. non ha avuto bisogno di fare questa spesa | ☐ 5. ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione |
| ☐ 2. ha rinunciato alla spesa | ☐ 6. è riuscita a pagare tutto |
| ☐ 3. ha limitato la spesa allo stretto necessario | ☐ 7. ha un'esenzione che copre questo tipo di spesa |
| ☐ 4. si è rivolta a medici o a centri più economici | |

7.4 Spese per il dentista e per servizi di igiene dentale

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. non ha avuto bisogno di fare questa spesa | ☐ 5. ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione |
| ☐ 2. ha rinunciato alla spesa | ☐ 6. è riuscita a pagare tutto |
| ☐ 3. ha limitato la spesa allo stretto necessario | ☐ 7. ha un'esenzione che copre questo tipo di spesa |
| ☐ 4. si è rivolta a medici o a centri più economici | |

7.5 Spese per analisi cliniche ed esami diagnostici (come analisi del sangue, radiografie, ecografie, elettrocardiogrammi, tac, risonanze magnetiche, pap-test e simili)

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. non ha avuto bisogno di fare questa spesa | ☐ 5. ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione |
| ☐ 2. ha rinunciato alla spesa | ☐ 6. è riuscita a pagare tutto |
| ☐ 3. ha limitato la spesa allo stretto necessario | ☐ 7. ha un'esenzione che copre questo tipo di spesa |
| ☐ 4. si è rivolta a medici o a centri più economici | |

7.6 Spese per l'acquisto di occhiali e lenti da vista, incluse lenti a contatto

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. non ha avuto bisogno di fare questa spesa | ☐ 5. ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione |
| ☐ 2. ha rinunciato alla spesa | ☐ 6. è riuscita a pagare tutto |
| ☐ 3. ha limitato la spesa allo stretto necessario | ☐ 7. ha un'esenzione che copre questo tipo di spesa |
| ☐ 4. si è rivolta a medici o a centri più economici | |

7.7 Spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. non ha avuto bisogno di fare questa spesa | ☐ 5. ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione |
| ☐ 2. ha rinunciato alla spesa | ☐ 6. è riuscita a pagare tutto |
| ☐ 3. ha limitato la spesa allo stretto necessario | ☐ 7. ha un'esenzione che copre questo tipo di spesa |
| ☐ 4. si è rivolta a medici o a centri più economici | |

Il questionario è terminato. Nei prossimi mesi analizzeremo tutte le risposte raccolte e le presenteremo in un'occasione pubblica.

Per restare informato sulla ricerca e sulle altre attività del progetto può visitare il sito: www.propositivi.org.

Grazie della sua collaborazione.

Principali dati ripartiti per gli Ambiti territoriali

Tabella A1. Percentuale delle persone per condizione economica per Ambito territoriale

Tenendo conto di tutti i redditi disponibili, la sua famiglia come riesce ad arrivare alla fine del mese?	con difficoltà	con facilità
AMBITO DI BORMIO	33,0%	67,0%
AMBITO DI CHIAVENNA	38,0%	62,0%
AMBITO DI MORBEGNO	34,2%	65,8%
AMBITO DI SONDRIO	43,7%	56,3%
AMBITO DI TIRANO	38,4%	61,6%
TOTALE	38,8%	61,2%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella A1. Percentuale di persone per condizione economica per Ambito territoriale

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentate le percentuali delle persone rispondenti che arrivano alla fine del mese con difficoltà e delle persone che arrivano alla fine del mese con facilità, ripartite per gli Ambiti territoriali della provincia di Sondrio di residenza.

In riga sono riportati i dati per ogni ambito territoriale e per il totale delle persone rispondenti. In colonna sono riportati i dati relativi alle persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese e alle persone che arrivano con facilità alla fine del mese.

Presentazione dei dati

Per l'Ambito di Bormio, tra le persone rispondenti al questionario il 33,0% arriva con difficoltà alla fine del mese tenendo conto di tutti i redditi disponibili e il 67,0% arriva con facilità alla fine del mese tenendo conto di tutti i redditi disponibili.

Per l'Ambito di Chiavenna, tra le persone rispondenti al questionario il 38,0% arriva con difficoltà alla fine del mese tenendo conto di tutti i redditi disponibili e il 62,0% arriva con facilità alla fine del mese tenendo conto di tutti i redditi disponibili.

Per l'Ambito di Morbegno, tra le persone rispondenti al questionario il 34,2% arriva con difficoltà alla fine del mese tenendo conto di tutti i redditi disponibili e il 65,8% arriva con facilità alla fine del mese tenendo conto di tutti i redditi disponibili.

Per l'Ambito di Sondrio, tra le persone rispondenti al questionario il 43,7% arriva con difficoltà alla fine del mese tenendo conto di tutti i redditi disponibili e il 56,3% arriva con facilità alla fine del mese tenendo conto di tutti i redditi disponibili.

Per l'Ambito di Tirano, tra le persone rispondenti al questionario il 38,4% arriva con difficoltà alla fine del mese tenendo conto di tutti i redditi disponibili e il 61,6% arriva con facilità alla fine del mese tenendo conto di tutti i redditi disponibili.

Tra tutte le persone rispondenti al questionario il 38,8% arriva con difficoltà alla fine del mese tenendo conto di tutti i redditi disponibili e il 61,2% arriva con facilità alla fine del mese tenendo conto di tutti i redditi disponibili.

Fonte dei dati

La tabella riporta dati frutto dell'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

Tabella A2. Percentuale per Ambito territoriale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno avuto comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese presso il medico di base o il pediatra di base

SPESE PRESSO IL MEDICO DI BASE O IL PEDIATRA DI BASE	ha rinunciato alla spesa	ha limitato la spesa allo stretto necessario	si è rivolta a medici o a centri più economici	ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione
AMBITO DI BORMIO	1,0%	13,5%	1,5%	0,0%
AMBITO DI CHIAVENNA	0,8%	13,9%	2,5%	2,1%
AMBITO DI MORBEGNO	1,8%	10,7%	1,8%	0,7%
AMBITO DI SONDRIO	1,6%	13,8%	3,1%	2,0%
AMBITO DI TIRANO	1,1%	11,9%	4,9%	1,6%

TOTALE	1,4%	12,9%	3,3%	1,4%
--------	------	-------	------	------

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella A2. Percentuale per Ambito territoriale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno avuto comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese presso il medico di base o il pediatra di base

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentate le percentuali delle persone rispondenti che hanno dichiarato di avere avuto negli ultimi 12 mesi comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese presso il medico di base o il pediatra di base. I dati sono ripartiti per gli Ambiti territoriali della provincia di Sondrio di residenza e per il totale delle persone rispondenti.

In riga sono riportati i dati per ogni ambito territoriale e per il totale delle persone rispondenti. In colonna sono riportati i dati relativi ai comportamenti di spesa considerati indicatori di povertà sanitaria: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri medici più economici, avere ricevuto aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Presentazione dei dati

Per l'Ambito di Bormio l'1,0% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa presso il medico di base o il pediatra di base, il 13,5% ha limitato la spesa allo stretto necessario, l'1,5% si è rivolta a medici o a centri più economici, lo 0% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Chiavenna lo 0,8% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa presso il medico di base o il pediatra di base, il 13,9% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 2,5% si è rivolta a medici o a centri più economici, lo 0,7% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Morbegno l'1,8% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa presso il medico di base o il pediatra di base, il 10,7% ha limitato la spesa allo stretto necessario, l'1,8% si è rivolta a medici o a centri più economici, lo 0,7% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Sondrio l'1,6% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa presso il medico di base o il pediatra di base, il 13,8% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 3,1% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,0% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Tirano l'1,1% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa presso il medico di base o il pediatra di base, l'11,9% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 4,9% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,6% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese presso il medico di base o il pediatra di base l'1,4% del totale delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa, il 12,9% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 3,3% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,4% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Fonte dei dati

La tabella riporta dati frutto dell'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

Tabella A3. Percentuale per Ambito territoriale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno avuto comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per visite specialistiche

	ha rinunciato alla spesa	ha limitato la spesa allo stretto necessario	si è rivolta a medici o a centri più economici	ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione
SPESE PER VISITE SPECIALISTICHE				
AMBITO DI BORMIO	2,5%	20,5%	5,0%	2,0%
AMBITO DI CHIAVENNA	2,5%	24,1%	5,5%	2,5%
AMBITO DI MORBEGNO	4,4%	16,9%	4,8%	1,1%
AMBITO DI SONDRIO	4,2%	17,1%	4,7%	3,1%
AMBITO DI TIRANO	4,0%	19,2%	6,9%	2,5%
TOTALE	3,6%	19,3%	6,0%	2,4%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella A3. Percentuale per Ambito territoriale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno avuto comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per visite specialistiche

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentate le percentuali delle persone rispondenti che hanno dichiarato di avere avuto negli ultimi 12 mesi comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per visite specialistiche. I dati sono ripartiti per gli Ambiti territoriali della provincia di Sondrio di residenza e per il totale delle persone rispondenti.

In riga sono riportati i dati per ogni ambito territoriale e per il totale delle persone rispondenti. In colonna sono riportati i dati relativi ai comportamenti di spesa considerati indicatori di povertà sanitaria: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri medici più economici, avere ricevuto aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Presentazione dei dati

Per l'Ambito di Bormio il 2,5% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per visite specialistiche, il 20,5% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 5,0% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,0% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Chiavenna il 2,5% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per visite specialistiche, il 24,1% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 5,5% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,5% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Morbegno il 4,4% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per visite specialistiche, il 16,9% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 4,8% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,1% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Sondrio il 4,2% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per visite specialistiche, il 17,1% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 4,7% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 3,1% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Tirano il 4,0% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per visite specialistiche, l'19,2% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 6,9% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,5% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per visite specialistiche il 3,6% del totale delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa, il 19,3% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 6,0% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,4% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Fonte dei dati

La tabella riporta dati frutto dell'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

Tabella A4. Percentuale per Ambito territoriale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno avuto comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per l'acquisto di farmaci

	ha rinunciato alla spesa	ha limitato la spesa allo stretto necessario	si è rivolta a medici o a centri più economici	ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione
SPESE PER L'ACQUISTO DI FARMACI				
AMBITO DI BORMIO	1,5%	20,0%	0,5%	0,5%
AMBITO DI CHIAVENNA	0,4%	19,8%	2,1%	1,3%
AMBITO DI MORBEGNO	1,1%	18,4%	1,5%	0,4%
AMBITO DI SONDRIO	1,6%	17,5%	4,0%	1,8%
AMBITO DI TIRANO	1,3%	23,3%	2,5%	1,6%
TOTALE	1,3%	20,6%	2,7%	1,3%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella A4. Percentuale per Ambito territoriale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno avuto comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per l'acquisto di farmaci

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentate le percentuali delle persone rispondenti che hanno dichiarato di avere avuto negli ultimi 12 mesi comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per l'acquisto di farmaci. I dati sono ripartiti per gli Ambiti territoriali della provincia di Sondrio di residenza e per il totale delle persone rispondenti.

In riga sono riportati i dati per ogni ambito territoriale e per il totale delle persone rispondenti. In colonna sono riportati i dati relativi ai comportamenti di spesa considerati indicatori di povertà sanitaria: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri medici più economici, avere ricevuto aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Presentazione dei dati

Per l'Ambito di Bormio l'1,5% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per l'acquisto di farmaci, il 20,0% ha limitato la spesa allo stretto necessario, lo 0,5% si è rivolta a medici o a centri più economici, lo 0,5% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Chiavenna lo 0,4% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per l'acquisto di farmaci, il 19,8% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 2,1% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,3% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Morbegno l'1,1% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per l'acquisto di farmaci, il 18,4% ha limitato la spesa allo stretto necessario, l'1,5% si è rivolta a medici o a centri più economici, lo 0,4% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Sondrio l'1,6% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per l'acquisto di farmaci, il 17,5% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 4,0% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,8% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Tirano l'1,3% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per l'acquisto di farmaci, il 23,3% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 2,5% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,6% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per l'acquisto di farmaci l'1,3% del totale delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa, il 20,6% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 2,7% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,3% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Fonte dei dati

La tabella riporta dati frutto dell'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

Tabella A5. Percentuale per Ambito territoriale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno avuto comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per il dentista e per servizi di igiene dentale

SPESE PER IL DENTISTA E PER SERVIZI DI IGIENE DENTALE	ha rinunciato alla spesa	ha limitato la spesa allo stretto necessario	si è rivolta a medici o a centri più economici	ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione
AMBITO DI BORMIO	7,5%	21,0%	2,0%	3,0%
AMBITO DI CHIAVENNA	8,0%	24,1%	3,8%	1,7%
AMBITO DI MORBEGNO	7,4%	19,5%	4,4%	1,1%
AMBITO DI SONDRIO	10,4%	18,2%	5,5%	2,2%
AMBITO DI TIRANO	7,4%	17,4%	4,5%	2,2%
TOTALE	8,0%	19,4%	4,9%	2,0%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella A5. Percentuale per Ambito territoriale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno avuto comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per il dentista e per servizi di igiene dentale

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentate le percentuali delle persone rispondenti che hanno dichiarato di avere avuto negli ultimi 12 mesi comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per il dentista e per servizi di igiene dentale. I dati sono ripartiti per gli Ambiti territoriali della provincia di Sondrio di residenza e per il totale delle persone rispondenti.

In riga sono riportati i dati per ogni ambito territoriale e per il totale delle persone rispondenti. In colonna sono riportati i dati relativi ai comportamenti di spesa considerati indicatori di povertà sanitaria: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri medici più economici, avere ricevuto aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Presentazione dei dati

Per l'Ambito di Bormio il 7,5% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per il dentista e per servizi di igiene dentale, il 21,0% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 2,0% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 3,0% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Chiavenna l'8,0% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per il dentista e per servizi di igiene dentale, il 24,1% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 3,8% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,7% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Morbegno il 7,4% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per il dentista e per servizi di igiene dentale, il 19,5% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 4,4% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,1% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Sondrio il 10,4% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per il dentista e per servizi di igiene dentale, il 18,2% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 5,5% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,2% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Tirano il 7,4% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per il dentista e per servizi di igiene dentale, il 17,4% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 4,5% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,2% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per il dentista e per servizi di igiene dentale l'8,0% del totale delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa, il 19,4% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 4,9% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,0% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Fonte dei dati

La tabella riporta dati frutto dell'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

Tabella A6. Percentuale per Ambito territoriale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno avuto comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici

	ha rinunciato alla spesa	ha limitato la spesa allo stretto necessario	si è rivolta a medici o a centri più economici	ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione
SPESA PER ANALISI CLINICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI				
AMBITO DI BORMIO	3,0%	17,5%	2,5%	2,0%
AMBITO DI CHIAVENNA	3,4%	21,9%	5,1%	1,7%
AMBITO DI MORBEGNO	2,2%	18,4%	5,1%	0,4%
AMBITO DI SONDRIO	3,3%	13,5%	3,5%	3,1%
AMBITO DI TIRANO	2,5%	12,3%	4,0%	2,0%
TOTALE	2,8%	15,7%	4,0%	2,0%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella A6. Percentuale per Ambito territoriale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno avuto comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentate le percentuali delle persone rispondenti che hanno dichiarato di avere avuto negli ultimi 12 mesi comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici. I dati sono ripartiti per gli Ambiti territoriali della provincia di Sondrio di residenza e per il totale delle persone rispondenti.

In riga sono riportati i dati per ogni ambito territoriale e per il totale delle persone rispondenti. In colonna sono riportati i dati relativi ai comportamenti di spesa considerati indicatori di povertà sanitaria: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri medici più economici, avere ricevuto aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Presentazione dei dati

Per l'Ambito di Bormio il 3,0% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici, il 17,5% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 2,5% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,0% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Chiavenna il 3,4% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici, il 21,9% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 5,1% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,7% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Morbegno il 2,2% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici, il 18,4% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 5,1% si è rivolta a medici o a centri più economici, lo 0,4% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Sondrio il 3,3% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici, il 13,5% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 3,5% si è rivolta a medici o a centri più economici, lo 0,4% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Tirano il 2,5% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici, il 12,3% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 4,0% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,0% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici il 2,8% del totale delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa, il 15,7% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 4,0% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,0% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Fonte dei dati

La tabella riporta dati frutto dell'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

Tabella A7. Percentuale per Ambito territoriale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno avuto comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti

	ha rinunciato alla spesa	ha limitato la spesa allo stretto necessario	si è rivolta a medici o a centri più economici	ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione
SPESA PER L'ACQUISTO DI OCCHIALI E LENTI				
AMBITO DI BORMIO	6,5%	14,0%	1,5%	0,5%
AMBITO DI CHIAVENNA	5,1%	14,3%	3,0%	0,8%
AMBITO DI MORBEGNO	5,5%	14,7%	4,4%	0,0%
AMBITO DI SONDRIO	6,7%	14,0%	3,8%	2,0%
AMBITO DI TIRANO	3,6%	16,1%	3,6%	1,3%
TOTALE	5,3%	14,5%	3,5%	1,2%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella A7. Percentuale per Ambito territoriale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno avuto comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentate le percentuali delle persone rispondenti che hanno dichiarato di avere avuto negli ultimi 12 mesi comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti. I dati sono ripartiti per gli Ambiti territoriale della provincia di Sondrio di residenza e per il totale delle persone rispondenti.

In riga sono riportati i dati per ogni ambito territoriale e per il totale delle persone rispondenti. In colonna sono riportati i dati relativi ai comportamenti di spesa considerati indicatori di povertà sanitaria: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri medici più economici, avere ricevuto aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Presentazione dei dati

Per l'Ambito di Bormio il 6,5% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti, il 14,0% ha limitato la spesa allo stretto necessario, l'1,5% si è rivolta a medici o a centri più economici, lo 0,5% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Chiavenna il 5,1% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti, il 14,3% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 3,0% si è rivolta a medici o a centri più economici, lo 0,8% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Morbegno il 5,5% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti, il 14,7% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 4,4% si è rivolta a medici o a centri più economici, lo 0% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Sondrio il 6,7% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti, il 14,0% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 3,8% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,0% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Tirano il 3,6% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti, il 16,1% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 3,6% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,3% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti il 5,3% del totale delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa, il 14,5% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 3,5% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,2% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Fonte dei dati

La tabella riporta dati frutto dell'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

Tabella A8. Percentuale per Ambito territoriale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno avuto comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine

SPESA PER VISITE, INTERVENTI, ESAMI E RICOVERI FINALIZZATI ALLA CURA DI PROBLEMI DI SALUTE CRONICI, DISABILITÀ PERMANENTI E/O DI ALTRE PATOLOGIE CHE RICHIEDONO ASSISTENZA MEDICA A LUNGO TERMINE	ha rinunciato alla spesa	ha limitato la spesa allo stretto necessario	si è rivolta a medici o a centri più economici	ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione
AMBITO DI BORMIO	1,5%	7,0%	0,0%	0,5%
AMBITO DI CHIAVENNA	0,8%	10,5%	3,4%	1,7%
AMBITO DI MORBEGNO	2,2%	9,2%	2,9%	2,2%
AMBITO DI SONDRIO	1,5%	8,4%	2,7%	1,3%
AMBITO DI TIRANO	1,8%	8,9%	2,7%	2,5%
TOTALE	1,5%	9,1%	2,8%	1,7%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella A8. Percentuale per Ambito territoriale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno avuto comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentate le percentuali delle persone rispondenti che hanno dichiarato di avere avuto negli ultimi 12 mesi comportamenti indicatori di povertà sanitaria per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine. I dati sono ripartiti per gli Ambiti territoriale della provincia di Sondrio di residenza e per il totale delle persone rispondenti. In riga sono riportati i dati per ogni ambito territoriale e per il totale delle persone rispondenti. In colonna sono riportati i dati relativi ai comportamenti di spesa considerati indicatori di povertà sanitaria: avere rinunciato alla spesa, avere limitato la spesa allo stretto necessario, rivolgersi a medici o a centri medici più economici, avere ricevuto aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Presentazione dei dati

Per l'Ambito di Bormio l'1,5% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine, lo 0% ha limitato la spesa allo stretto necessario, l'1,5% si è rivolta a medici o a centri più economici, lo 0,5% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Chiavenna lo 0,8% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine, il 10,5% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 3,4% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,7% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Morbegno il 2,2% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine, il 9,2% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 2,9% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,2% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Sondrio l'1,5% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine, l'8,4% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 2,7% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,3% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per l'Ambito di Tirano l'1,8% delle persone che hanno risposto al questionario ha rinunciato alla spesa per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine, l'8,9% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 2,7% si è rivolta a medici o a centri più economici, il 2,5% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine l'1,5% del totale delle persone che hanno risposto al

questionario ha rinunciato alla spesa, il 9,1% ha limitato la spesa allo stretto necessario, il 2,8% si è rivolta a medici o a centri più economici, l'1,7% ha ricevuto un aiuto da qualche ente o da qualche associazione.

Fonte dei dati

La tabella riporta dati frutto dell'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

Tabella A9. Percentuale per Ambito territoriale delle persone che negli ultimi 12 mesi hanno rinunciato alla spesa tra le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese

HA RINUNCIATO ALLA SPESA TRA LE PERSONE CHE ARRIVANO CON DIFFICOLTÀ ALLA FINE DEL MESE	spese presso il medico di base o il pediatra di base	spese per visite specialistiche	spese per l'acquisto di farmaci	spese per il dentista	spese per analisi cliniche ed esami diagnostici	spese per l'acquisto di occhiali e lenti	spese per la cura di problemi di salute cronici
AMBITO DI BORMIO	1,2%	13,4%	0,0%	12,2%	9,8%	4,9%	0,0%
AMBITO DI CHIAVENNA	1,1%	4,4%	1,1%	27,8%	5,6%	8,9%	6,7%
AMBITO DI MORBEGNO	2,5%	10,7%	4,9%	17,2%	9,0%	13,9%	3,3%
AMBITO DI SONDRIO	3,7%	9,9%	4,5%	19,8%	6,6%	18,1%	4,5%
AMBITO DI TIRANO	2,7%	4,7%	0,0%	10,8%	2,7%	4,7%	0,7%
TOTALE	2,7%	9,0%	2,7%	17,3%	6,4%	11,8%	3,3%

Elaborazione: Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

TESTO ALTERNATIVO

Titolo della Tabella

Tabella A9. Percentuale per Ambito territoriale delle persone che negli ultimi 12 mesi hanno rinunciato alla spesa tra le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese

Descrizione della Tabella

Nella tabella sono presentate le percentuali delle persone rispondenti e che arrivano con difficoltà alla fine del mese che hanno dichiarato di avere rinunciato negli ultimi 12 mesi alle spese sanitarie prese in considerazione. I dati sono ripartiti per gli Ambiti territoriali della provincia di Sondrio di residenza e per il totale delle persone rispondenti.

In riga sono riportati i dati per ogni ambito territoriale e per il totale delle persone rispondenti. In colonna sono riportati i dati relativi alla rinuncia alla spesa per le spese sanitarie prese in considerazione: le spese presso il medico di base o il pediatra di base; le spese per visite specialistiche; le spese per l'acquisto di farmaci; le spese per il dentista; le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici; le spese per l'acquisto di occhiali e lenti; le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine.

Presentazione dei dati

Per l'Ambito di Bormio tra le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese hanno rinunciato alla spesa: l'1,2% per le spese presso il medico di base o il pediatra di base; il 13,4% per le spese per visite specialistiche; lo 0% per le spese per l'acquisto di farmaci; il 12,2% per le spese per il dentista; il 9,8% per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici; il 4,9% per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti; lo 0% per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine.

Per l'Ambito di Chiavenna tra le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese hanno rinunciato alla spesa: l'1,1% per le spese presso il medico di base o il pediatra di base; il 4,4% per le spese per visite specialistiche; l'1,1% per le spese per l'acquisto di farmaci; il 27,8% per le spese per il dentista; il 5,6% per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici; l'8,9% per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti; il 6,7% per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine.

Per l'Ambito di Morbegno tra le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese hanno rinunciato alla spesa: il 2,5% per le spese presso il medico di base o il pediatra di base; il 10,7% per le spese per visite specialistiche; il 4,9% per le spese per l'acquisto di farmaci; il 17,2% per le spese per il dentista; il 9,0% per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici; il 13,9% per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti; il 3,3% per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine.

Per l'Ambito di Sondrio tra le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese hanno rinunciato alla spesa: il 3,7% per le spese presso il medico di base o il pediatra di base; il 9,9% per le spese per visite specialistiche; il 4,5% per le spese per l'acquisto di farmaci; il 19,8% per le spese per il dentista; il 6,6% per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici; il 18,1% per le spese per l'acquisto

di occhiali e lenti; il 4,5% per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine.

Per l'Ambito di Tirano tra le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese hanno rinunciato alla spesa: il 2,7% per le spese presso il medico di base o il pediatra di base; il 4,7% per le spese per visite specialistiche; lo 0% per le spese per l'acquisto di farmaci; il 10,8% per le spese per il dentista; il 2,7% per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici; il 4,7% per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti; lo 0,7% per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine.

Tra tutte le persone che arrivano con difficoltà alla fine del mese hanno rinunciato alla spesa: il 2,7% per le spese presso il medico di base o il pediatra di base; il 9,0% per le spese per visite specialistiche; il 2,7% per le spese per l'acquisto di farmaci; il 17,3% per le spese per il dentista; il 6,4% per le spese per analisi cliniche ed esami diagnostici; l'11,8% per le spese per l'acquisto di occhiali e lenti; il 3,3% per le spese per visite, interventi, esami e ricoveri finalizzati alla cura di problemi di salute cronici, disabilità permanenti e/o di altre patologie che richiedono assistenza medica a lungo termine.

Fonte dei dati

La tabella riporta dati frutto dell'elaborazione dei dati di ricerca da parte dell'Osservatorio provinciale per il contrasto alle povertà e alle vulnerabilità

#Pro POSITIVI

Progetto realizzato da



con

