

**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

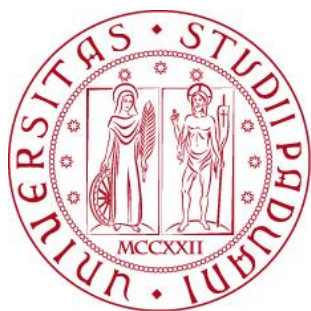
TESI DI LAUREA

**INDAGINE QUALITATIVA E QUANTITATIVA
SULL'IMPATTO DELLA POVERTÀ E LA RINUNCIA ALLE
CURE MEDICHE TRA GLI ASSISTITI DA CROCE ROSSA
ITALIANA**

RELATORE: PROF.SSA CARMEN PRIZZON

LAUREANDO: FRANCESCA NEGHERBON

ANNO ACCADEMICO 2023 - 2024



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**INDAGINE QUALITATIVA E QUANTITATIVA
SULL'IMPATTO DELLA POVERTÀ E LA RINUNCIA ALLE
CURE MEDICHE TRA GLI ASSISTITI DA CROCE ROSSA
ITALIANA**

RELATORE: PROF. SSA CARMEN PRIZZON

LAUREANDO: FRANCESCA NEGHERBON

ANNO ACCADEMICO 2023 - 2024

INDICE

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE	pag. 3
1.1 Le diverse dimensioni della povertà in Europa e Italia	
1.2 Dall’impoverimento alle ricadute sul SSN	
1.3 Territorio e associazioni solidali	
CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO	pag. 11
2.1 Il problema	
2.2 Scopo dello studio	
2.3 Revisione della letteratura	
CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI	pag. 15
3.1 Campione	
3.2 Aspetti autorizzativi	
3.3 Intervista strutturata	
3.4 Analisi statistica	
3.5 Limiti dello studio	
CAPITOLO 4 – RISULTATI	pag. 21
4.1 Analisi socio-economica campione	
4.2 Percezione della propria salute e le spese sanitarie	
4.3 Ruolo di Croce Rossa Italiana	
CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE	pag. 29
CAPITOLO 6 – CONCLUSIONE	pag. 31
BIBLIOGRAFIA	pag. 35
SITOGRAFIA	pag. 37
ELENCO DELLE TABELLE	pag. 39
ELENCO DEI GRAFICI	pag. 41
ALLEGATI	pag. 43



LAUREANDO: FRANCESCA NEGHERBON

MATRICOLA 2047690

TITOLO DELLA TESI “INDAGINE QUALITATIVA E QUANTITATIVA SULL’IMPATTO DELLA POVERTÀ E LA RINUNCIA ALLE CURE MEDICHE TRA GLI ASSISTITI DA CROCE ROSSA ITALIANA”

TITOLO IN INGLESE “QUALITATIVE AND QUANTITATIVE SURVEY ON THE IMPACT OF POVERTY AND RENUNCIATION OF MEDICAL CARE AMONG THOSE ASSISTED BY THE ITALIAN RED CROSS ”

RELATORE: CARMEN PRIZZON

INTRODUZIONE: la povertà assoluta in Italia è in aumento, soprattutto dopo la pandemia di COVID-19. Questo significa che sempre più persone e famiglie non riescono a permettersi le spese minime per vivere in modo dignitoso. Le conseguenze della povertà si fanno sentire anche sulla salute. Le persone in povertà hanno meno accesso alle cure mediche a causa di lunghe liste d'attesa e costi elevati delle prestazioni sanitarie private. Questo fenomeno è particolarmente evidente in Italia, dove si registra un aumento significativo del ricorso al privato a pagamento. La seguente indagine mette in rilevanza la correlazione tra povertà e rinuncia alle visite mediche in una popolazione che presenta già un aiuto socio-economico

MATERIALI E METODI: ai 54 nuclei famiglia assistiti dal comitato di Valdagno di Croce Rossa Italiana è stata somministrata un’intervista strutturata redatta, sia in lingua italiana che in lingua inglese, in modalità *Computer Assisted Personal Interview* tramite l’ausilio dei Moduli di Google. Nell’intervista sono stati indagati le caratteristiche socio-economiche del campione, la loro percezione della salute relativa alla rinuncia alle visite mediche e il ruolo che svolge Croce Rossa Italiana nell’aiuto che fornisce.

RISULTATI: la maggior parte degli intervistati rientra nelle fasce d'età tra i 31 e i 50 anni. Le donne rappresentano leggermente la maggioranza del campione. C'è una significativa presenza di stranieri, principalmente di origine africana. Il livello di istruzione più comune è la licenza media. La maggior parte degli intervistati vive in affitto. In generale, gli intervistati valutano positivamente il proprio stato di salute e quello dei componenti del nucleo familiare. Tuttavia, una minoranza significativa dichiara uno stato di salute "male" o "molto male". La Croce Rossa Italiana fornisce principalmente assistenza alimentare e supporto economico alle famiglie in difficoltà.

DISCUSSIONE: il campione analizzato presenta una serie di fragilità sociali ed economiche che influenzano significativamente la salute e l'accesso alle cure. La Croce Rossa Italiana svolge un ruolo importante nel sostegno a queste famiglie, ma è necessario continuare a lavorare per migliorare l'offerta di servizi e per superare le barriere che impediscono a tutti di accedere alle cure di cui hanno bisogno.

CONCLUSIONI: la ricerca ha offerto un contributo importante alla comprensione delle difficoltà che le famiglie in condizioni di povertà affrontano nell'accesso alle cure mediche. I risultati ottenuti sottolineano la necessità di intervenire a più livelli per garantire l'equità e l'universalità del diritto alla salute.

“Fiume di povertà che attraversa le nostre città e che diventa sempre più grande fino a straripare; quel fiume sembra travolgerci, tanto il grido dei fratelli e delle sorelle che chiedono aiuto, sostegno e solidarietà si alza sempre più forte”.

Francesco apre il messaggio della VII Giornata dei poveri

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE

1.1 Le diverse dimensioni della povertà in Europa e in Italia

La povertà assoluta è quella condizione in cui vengono a trovarsi persone e nuclei famigliari quando non possono permettersi le spese minime per condurre una vita accettabile. La soglia della spesa, sotto la quale uno o più soggetti vengono considerati poveri, è definita dall'Istat attraverso il paniere della povertà assoluta. Per il calcolo della soglia vengono presi in considerazione diversi fattori, tra cui beni e servizi ritenuti essenziali come le spese della casa, per la salute e per il vestiario. Altri fattori importanti da tenere in considerazione sono il luogo dove si abita, la numerosità del nucleo familiare e l'età dei componenti della famiglia.¹

Con l'emergenza sanitaria della pandemia Covid-19 c'è stato un aumento dei numeri di persone che volgono in condizioni di povertà assoluta. Come viene descritto nel modello ecologico di Brofenbrenner, lo sviluppo umano avviene tramite l'interazione dell'uomo con l'ambiente esterno. Nella popolazione povera queste interazioni si riducono o si annullano completamente, andando di conseguenza ad aumentare i loro bisogni di salute.

I governi dei 193 Paesi membri dell'ONU hanno sottoscritto nel settembre 2015 l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, nella quale sono definiti 17 Obiettivi.²

Il primo si pone come traguardo la sconfitta della povertà, nello specifico dimezzare il numero di uomini, donne e bambini in situazioni di povertà e/o esclusione sociale.³

Ad oggi questo obiettivo è distante dal suo raggiungimento in quanto i dati del 2022 riportano una popolazione con oltre 95milioni di persone in condizione di povertà. Di queste si è riscontrata una maggiore prevalenza tra le donne, i giovani adulti, le persone che hanno un livello d'istruzione basso e i disoccupati. Il ritardo è conseguente alla recente crisi sociosanitaria

¹ Openpolis, “Che cos'è la povertà assoluta”, <https://www.openpolis.it/parole/che-cose-la-poverta-assoluta/>, 2024 (ultima consultazione 9 ottobre 2024)

² Nazioni Unite, “Obiettivi per lo sviluppo sostenibile”, <https://unric.org/it/agenda-2030/#:~:text=L%E2%80%99Agenda%202030%20per%20lo%20Sviluppo%20Sostenibile%20%C3%A8%20un%20programma%20d%E2%80%99azione>, 2024 (ultima consultazione 9 ottobre 2024)

³ Nazioni Unite, “Obiettivo 1: Porre fine ad ogni forma di povertà nel mondo”, <https://unric.org/it/obiettivo-1-porre-fine-ad-ogni-forma-di-poverta-nel-mondo/>, (ultima consultazione 9 ottobre 2024)

causata dal Covid-19 e alla nascita di nuovi conflitti armati. ⁴

Tabella I: paesi europei con più alta incidenza di persone a rischio di povertà, fonte Caritas 2023⁵

Romania	34%
Bulgaria	32%
Grecia e Spagna	26%
Italia	24,4%
media Europea	21,8%

È riconosciuto che i soggetti a rischio di povertà ed esclusione sociale vivono in famiglie che si ritrovano in una delle seguenti situazioni: con reddito inferiore al 60% del reddito nazionale, con scarsa intensità di lavoro e con gravi mancanze materiali e sociali.

Come definito dal rapporto “Tutto da perdere rapporto sulla povertà ed esclusione sociale in Italia 2023” i gruppi maggiormente rappresentati sono i Genitori Fragili, gruppo che comprende in particolare genitori di età compresa tra i 35 e i 60 anni, per lo più di genere femminile. Il 60% di loro è coniugato. Quasi sempre hanno figli minori conviventi (90,7%). Vivono con i propri familiari o in convivenze di fatto, ma in nuclei mediamente più numerosi rispetto agli altri gruppi. Quasi il 60% di loro vive in affitto. Nel gruppo l’incidenza delle persone di cittadinanza italiana appare più alta della media (48,6% a fronte del 40,1%). Molto spesso presentano bisogni multipli (in oltre la metà dei casi in tre o più ambiti diversi), comprese diverse tipologie solitamente a più bassa incidenza come i problemi abitativi (28%), familiari (26%), di immigrazione (20%), salute (20%). Alto risulta essere il disagio occupazionale: due persone su tre esprimono infatti un bisogno legato al lavoro. Tra gli aiuti ricevuti, accanto a quelli di tipo materiale (per lo più viveri, buoni spesa, accesso agli empori), risulta significativamente più marcato il peso dei sussidi economici, dell’orientamento e dei coinvolgimenti di altri enti o soggetti del territorio.⁶

⁴⁻⁵⁻⁶ Caritas Italiana 2023, “TUTTO DA PERDERE Rapporto su povertà ed esclusione sociale in Italia 2023”, Palumbi, Roma.

1.2 Dall'impoverimento alle ricadute sul SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale, pur restando il principale erogatore di prestazioni sanitarie, subisce un costante deflusso di pazienti verso il settore privato a pagamento. Questo spostamento, che coinvolge cittadini di ogni estrazione sociale, è determinato principalmente dalle difficoltà di accesso alle cure nel pubblico, caratterizzato da lunghe liste d'attesa e limitate disponibilità. La pandemia da Covid-19 ha ulteriormente aggravato questa situazione, rendendo strutturale un fenomeno che prima era più circoscritto. Il rischio è quello di assistere a una progressiva erosione del sistema sanitario pubblico, con conseguenti disuguaglianze nell'accesso alle cure e un aumento della spesa sanitaria per i cittadini.⁷

La quota di prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale rispetto al 2019 che vengono effettuate nel privato è aumentata, raggiungendo un 34,9% dal 27,9% precedente.

Tabella II: Dettaglio delle prestazioni effettuate in privato nelle macro-regioni dal 2019 al 2023, dati CENSIS

2024

	2019	2023
Nord-Ovest	22,6%	29,9%
Nord-Est	20,7%	26,5%
Centro	31,6%	39,3%
Sud-Isole	33,2%	40,7%

Sulla base del reddito dei cittadini, si è evidenziato che per i più bassi, ogni 100 tentativi di prenotazione nel SSN hanno svolto le prestazioni richieste: nel pubblico e privato accreditato il 65,6%; di tasca propria, intramoenia, in ambito prettamente privato o privatistico il 32%; nel settore privato, attraverso la polizza sanitaria, il 2,4%. Per quanto riguarda i redditi medio-alti hanno svolto le prestazioni richieste: nel pubblico e privato accreditato il 56,3%; di tasca propria, intramoenia, in ambito prettamente privato o privatistico il 37,1%; nel settore privato, attraverso la polizza sanitaria, il 6,5%.⁸

⁷⁻⁸ Censis 2024, "Ospedali & Salute - 21° Rapporto annuale 2023", Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese

Pertanto, sono in atto due dinamiche che si intrecciano tra loro: una fuga dal Servizio sanitario più diffusa tra chi dispone di maggiori risorse economiche, lasciando così nel pubblico e nel privato accreditato sempre più persone a più alta vulnerabilità economica, e al contempo, una quota importante anche di persone a basso reddito che migra verso la sanità a pagamento, presumibilmente perché i tempi di attesa nel Servizio sanitario sono considerati inappropriati rispetto ad alcune delle proprie esigenze sanitarie. In buona sostanza, i dati dimostrano che esiste una forte propensione a non attendere la lista di attesa da parte di chi dispone di maggiori risorse economiche e, al contrario, un più alto tasso di accettazione della lunghezza delle liste di attesa e di permanenza nel Servizio sanitario da parte dei redditi più bassi.⁹

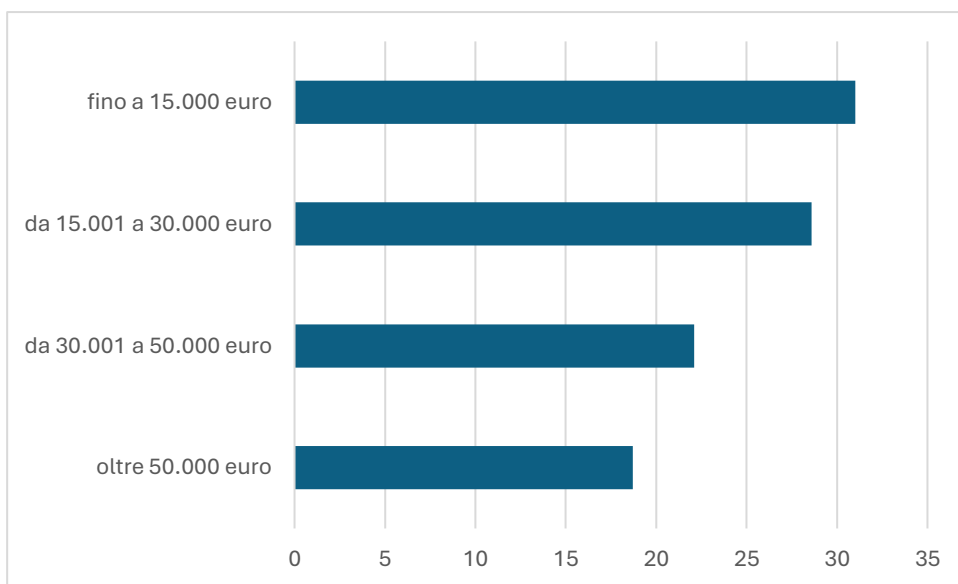


Grafico 1 Persone che hanno dovuto ritardare le cure per un problema di salute a causa dei tempi di attesa troppo lunghi per l'accesso al Servizio sanitario, per reddito familiare (val. %). Tratta da: indagine Censis, 2023¹⁰

Nel 2023, quasi la metà (42%) degli italiani con redditi inferiori a 15.000 euro ha dovuto procrastinare o addirittura rinunciare alle cure mediche. L'impossibilità di accedere al Servizio Sanitario Nazionale e l'incapacità di sostenere i costi del privato sono le cause principali di questa importante rinuncia.

A fronte dei dati raccolti si può notare un incremento della disuguaglianza sociale nel soddisfare

⁹⁻¹⁰ Censis 2024, "Ospedali & Salute - 21° Rapporto annuale 2023", Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese

i propri bisogni legati alla salute; infatti, la rinuncia alle cure colpisce in modo differenziato a seconda del reddito.¹¹

Tabella III: Fasce di reddito e relativa percentuale di rinuncia alle cure, fonte CENSIS 2024

tra 15.000 e 30.000 euro	32,6%
tra 30.000 e 50.000 euro	22,2%
oltre i 50.000 euro	14,7%

Dai dati precedentemente citati possiamo notare come la popolazione europea e italiana è sempre più povera o a rischio di esclusione sociale. Questo impoverimento della popolazione comporta un cambiamento diretto sulla salute dei cittadini, che si trovano con liste d'attesa lunghe e spese per le cure mediche sempre più elevate. Inoltre, la privatizzazione sempre più crescente del settore sanitario sta aggravando le disuguaglianze sociali, colpendo in modo particolare le fasce più deboli della popolazione, soprattutto pensionati, disoccupati, lavoratori precari, famiglie numerose che vivono in condizione di povertà.

Come riportato nell'undicesimo rapporto sulla Povertà Sanitaria dell'Osservatorio Povertà Sanitaria (OPSan) queste sono le principali motivazioni per cui le persone povere non si curano:¹²

- i farmaci da banco non sono pagati dal Servizio Sanitario Nazionale
- molte volte non possono permettersi di sostenere la spesa del ticket
- spesso sono privi di qualsiasi rete di protezione sociale o di amicizia, ignorano i propri diritti sanitari e non hanno nessuno che li aiuti a districarsi tra gli strumenti di scelta (come internet) o tra la burocrazia
- non hanno fissa dimora, né residenza e, quindi, non hanno il medico di base
- si vergognano di farsi assistere dalle strutture pubbliche: alcuni, per esempio, sono disoccupati che, un tempo, non erano poveri, e trovano nella realtà assistenziale un luogo discreto, che non guarda solamente alla malattia ma alla persona nel suo insieme

¹¹ Censis 2024, "Ospedali & Salute - 21° Rapporto annuale 2023", Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese

¹² OPSan – Osservatorio sulla Povertà Sanitaria 2023, "11° Rapporto donare per curare povertà sanitaria e donazione farmaci", Banco Farmaceutico, Milano

- alle difficoltà economiche spesso si accompagna la fragilità sociale; pertanto, queste persone hanno un deficit di educazione sanitaria e non conoscono i propri diritti in materia di salute
- non sono poveri secondo le statistiche ufficiali, ma lavoratori precari che, per timore di perdere il lavoro, quando si ammalano non si mettono in malattia, aggravando così il proprio stato di salute e trascurando le cure
- sono stranieri e a causa di barriere culturali e linguistiche non sono a conoscenza dei propri diritti sanitari

1.3 Territorio e associazioni solidali

Per tali ragioni si è scelto di approfondire il rapporto tra povertà e salute in un contesto territoriale circoscritto per verificare le dimensioni del fenomeno e le risposte attivate dalla rete dei servizi.

Valdagno è un comune della provincia di Vicenza, situato nella Valle dell'Agno, la più orientale delle valli parallele alle province di Vicenza e Verona. Il territorio comunale, con un'estensione di 50,20km², presenta un'altimetria variabile tra i 214 e i 1340 metri s.l.m., con una morfologia fortemente influenzata dalla conca di Recoaro Terme e dalle Piccole Dolomiti.¹³

Dalle rilevazioni del Censimento permanente della popolazione 2023, risulta che il comune di Valdagno ammonta a 25.652 residenti. La fascia di età maggiormente rappresentata sono i nati dal 1963 al 1967, con una leggera maggioranza per la popolazione femminile 50,5%,¹⁴ risulta così una popolazione con un'età media di 48,3 anni.

I dati più recenti riguardanti il reddito personale (Irpef) sono del 2021 con un numero di 20.292¹⁵ persone che lavorano, in una struttura della popolazione, sempre riferita all'anno 2021,

¹³Tuttitalia, “Valdagno”, <https://www.tuttitalia.it/veneto/64-valdagno/> 2024, (ultima consultazione 19 ottobre 2024)

¹⁴Tuttitalia, “Popolazione per età, sesso e stato civile 2023”, <https://www.tuttitalia.it/veneto/64-valdagno/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2023/> 2023, (ultima consultazione 19 ottobre 2024)

¹⁵ISTAT, “Reddito delle persone fisiche (Irpef)” http://dati.istat.it/index.aspx?datasetcode=mef_redditiirpef_com# 2024, (ultima consultazione 25 ottobre 2024)

con 60,2% della popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni.¹⁶

Gli stranieri a Valdagno rappresentano l'11,3% della popolazione per un totale di 2.899 residenti: la comunità straniera più rappresentata sono provenienti dall'India con il 26,3%; a seguire, il Ghana 11,9% e Repubblica di Serbia 11,5%.¹⁷ Il bilancio demografico della comunità straniera ha evidenziato, nel 2022, un aumento di 127 persone, riconducibile sia all'arrivo di 101 nuovi immigrati, sia alla nascita di 26 bambini.¹⁸

Valdagno si distingue per il forte senso di solidarietà che anima la sua comunità. La presenza di numerose associazioni, tra cui Avis, Aido e Admo, la rende una “Città del Dono”¹⁹ e della “Speranza”²⁰ a testimonianza dell'impegno dei suoi cittadini. Ricordiamo inoltre l'associazione “Centro aiuto alla vita” che si occupa di aiutare ragazze madri, ma anche le donne che vivono la gravidanza come un problema. Il Centro offre gratuitamente colloqui, consigli, assistenza, informazioni sui diritti della madre e del bambino e assistenza medica.²¹ I centri Caritas delle diocesi di San Clemente e Ponte dei Nori svolgono un ruolo fondamentale nel sostegno alle persone più bisognose, operando in stretta collaborazione con le comunità parrocchiali. I servizi offerti da questa realtà sono: la raccolta dei vestiti usati, lo sportello di ascolto per aiuti

¹⁶Tuttitalia, “Indici demografici e struttura di Valdagno”,<https://www.tuttitalia.it/veneto/64-valdagno/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/> 2023, (ultima consultazione 19 ottobre 2024)

¹⁷Tuttitalia, “Cittadini stranieri a Valdagno”, <https://www.tuttitalia.it/veneto/64-valdagno/statistiche/cittadini-stranieri-2023/> 2023, (ultima consultazione 19 ottobre 2024)

¹⁸Urbistat, “Mappe, analisi e statistiche sulla popolazione residente”
<https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/it/demografia/stranieri/valdagno/24111/4>, 2023, (ultima consultazione 20 ottobre 2024)

¹⁹Avis Valdagno, “Città del dono: tutto quello che serve sapere sulle donazioni anatomiche”
<https://www.cittadel dono.it/valdagno/#come-funziona> (ultima consultazione 20 ottobre 2024)

²⁰Istituto di ricerca pediatrica città della speranza, <https://cittadellasperanza.org/> 2024 (ultima consultazione 20 ottobre 2024)

²¹Centro di servizio per il volontariato della provincia di Vicenza, “VI0286 centro aiuto alla vita - Valdagno” <https://www.csv-vicenza.org/web/banca-dati-odv/vi0286-centro-aiuto-alla-vita-valdagno/> (ultima consultazione 20 ottobre 2024)

economici per le spese familiari, lo sportello per la distribuzione del cibo.²² Quest'ultima ha una rete di volontari composta da 174 persone e raggiunge circa i 1295 beneficiari.²³ Infine nel territorio di Valdagno è presente anche Croce Rossa Italiana, che con lo sportello sociale, le raccolte fondi, la raccolta e la distribuzione dei viveri, il sostegno economico e sanitario, aiuta un totale di 54 nuclei famigliari.²⁴

Nel colloquio con i servizi sociali si conferma una crescita del fenomeno della povertà e, al contempo, una crescita delle risposte istituzionali e solidali di contrasto alla povertà.

²²Informa Giovani Valdagno, elenco delle schede consultabili, <https://bancadatiinformagiovani.org/DBIG/web/dbigvedi?ik=khhfrfs778fvv5csa4qzswdrtdsesxxj> (ultima consultazione 20 ottobre 2024)

²³Caritas Vicenza 2024, “bilancio sociale 2023”, supplemento al n.26 del 7 luglio 2024 de “La Voce dei Berici”, Vicenza, Caritas Diocesana Vicentina

²⁴Croce Rossa Italiana Comitato di Valdagno, “Inclusione Sociale” <https://crivaldagno.org/cosa-facciamo/inclusione-sociale/> 2024, (ultima consultazione 22 ottobre 2024)

CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

2.1 Il problema

L'analisi dei dati “Passi d'argento” del biennio 2021-2022 mette in luce un allarmante incremento delle rinunce alle cure mediche tra gli ultra 65enni italiani, con particolare riferimento alle donne. Le difficoltà economiche emergono come uno dei principali fattori determinanti, con il 37% degli ultra 65enni in condizione di disagio economico che ha rinunciato a visite mediche.²⁵

L'analisi dei dati del 2023 indica una prevalenza del 32,4% di segnalazioni relative a difficoltà nell'accesso alle prestazioni sanitarie. Tale criticità è principalmente attribuibile a ritardi nell'erogazione delle prestazioni, dovuti a liste d'attesa prolungate, e a inefficienze nei sistemi di prenotazione, con conseguente difficoltà a contattare i Centri Unici di Prenotazione.²⁶

Le lunghe liste d'attesa per le prestazioni sanitarie in Italia evidenziano profonde disuguaglianze sociali. Le persone con un basso livello socioeconomico sono più esposte a fattori di rischio per la salute e hanno maggiori difficoltà a beneficiare dei servizi sanitari, perpetuando così un circolo vizioso di disuguaglianze.

2.2 Scopo dello studio

Lo studio, quindi, è stato costruito sulla base di alcuni quesiti di ricerca:

- Quali sono le caratteristiche socio-anagrafiche del campione?
- Qual è il livello di consapevolezza attribuito alla salute propria e della famiglia?
- Quali servizi vengono offerti dalle associazioni di aiuto?

A partire da questi quesiti si sono ricavati i seguenti obiettivi specifici che rispondono all'obiettivo generale di descrivere una correlazione tra povertà e rinuncia alle visite mediche. Questi obiettivi sono stati indagati su un campione selezionato. Il campione è costituito dai

²⁵Istituto Superiore di Sanità, “In Italia 3 milioni di anziani rinunciano alle cure” <https://www.iss.it/-/in-italia-3-milioni-di-anziani-rinunciano-alle-cure> 2023, (ultima consultazione 22 ottobre 2024)

²⁶Sanità24, “Cittadinanza attiva: più di un anno per le visite oculistiche e controlli oncologici, il 7,6% rinuncia alle cure” <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-10-22/cittadinanzattiva-piu-un-anno-visite-oculistiche-e-controlli-oncologici-76percento-rinuncia-cure-104108.php?uud=AGyuRLh> 2024, (ultima consultazione 22 ottobre 2024)

gruppi famiglia assistiti dallo sportello sociale di Croce Rossa Italiana del comitato di Valdagno.

Gli obiettivi specifici sono:

- Descrizione delle caratteristiche socio-anagrafiche del campione per individuare le diversità degli assistiti
- Descrivere e indagare il livello di consapevolezza della propria salute e dei componenti del nucleo familiare
- Individuazione il ruolo di Croce Rossa Italiana nell'erogazione dei servizi di assistenza

Il profilo professionale dell'Assistente Sanitario (AS)²⁷, come delineato dal decreto ministeriale n.69 del 17 gennaio 1997, definisce un ruolo centrale nella promozione e tutela della salute pubblica. L'AS, infatti, è chiamato a svolgere un'attività di analisi approfondita dei contesti socio-sanitari, al fine di individuare i bisogni specifici della popolazione, sia espressi che latenti. Questa attività di indagine, basata su dati epidemiologici e socio-culturali, consente all'AS di identificare i fattori di rischio e di progettare interventi che rientrano nell'ambito delle proprie competenze.

In tal senso l'AS svolge un ruolo di indagine epidemiologica mirata alla valutazione dell'incidenza del problema in un campione specifico di persone riconosciute in difficoltà economica e già seguite da un'associazione di volontariato. Tale associazione, Croce Rossa Italiana, fornisce loro un aiuto alimentare con la distribuzione dei viveri e di collaborazione con Salute Solidale che fornisce un sostegno sanitario con visite specialistiche, esami di laboratorio, ritiro dei farmaci e fornitura di occhiali in modo gratuito.

2.3 Revisione della letteratura

La ricerca bibliografica è stata realizzata principalmente attraverso il motore di ricerca PubMed. Il ricorso al modello PICO per la formulazione del quesito di ricerca ha restituito la seguente strutturazione:

²⁷Ministero della Sanità, Italia, Decreto Ministeriale n. 69, Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'assistente sanitario, Roma, 17 gennaio 1997.

Da qui in poi si usa la forma abbreviata AS

P (*Population*): Gruppi famiglia che fanno parte del progetto Punto Salute del comitato di CRI Valdagno;

I (*Intervention*): Hanno l'ISEE basso;

O (*Outcome*): Rinunciare alle visite mediche

I *MeSH* term utilizzati per la ricerca bibliografica sono i seguenti: *poverty, treatment refusal e socioeconomic disparities in health*.

La prima stringa di ricerca, “(“Poverty”[Mesh]) AND “Treatment Refusal”[Mesh:NoExp]” applicata con il filtro *free full text* ha portato ad una generazione di 74 risultati, di essi solo 1 selezionato. Il contenuto rilevante di questo primo articolo selezionato è l'introduzione della presenza di un questionario diviso in cinque parti: profilo sociodemografico, profilo sanitario, pratiche sanitarie, atteggiamenti, pratiche e conoscenze in materia di salute e assicurazione sanitaria. Pur non essendo stato disponibile nella letteratura non presente il questionario ma è stato utile per individuare le aree tematiche da indagare.

La seconda stringa di ricerca, “(“Socioeconomic Disparities in Health”[Mesh]) AND “Poverty”[Mesh]” applicata con il filtro di *free full text* ha generato 5 articoli selezionato solo 1.

L'articolo selezionato riporta l'impatto che ha la povertà nella psiche umana e conseguentemente nelle proprie scelte di uno stile di vita sano. Inoltre, vengono riportate diverse strategie da abbinare a degli interventi sistemici per abbattere gli effetti della povertà sulle capacità cognitive e decisionali.

Gli articoli più importanti e focalizzati sul problema in analisi sono il rapporto della CARITAS “Tutto da perdere” su povertà ed esclusione sociale in Italia nel 2023 e il “21° rapporto annuale 2023 ospedali&salute” del CENSIS

CAPITOLO 3 – MATERIALE E METODI

3.1 Campione

Il campione utilizzato per svolgere l'indagine è rappresentato dagli utenti che afferiscono allo sportello sociale di Croce Rossa Italiana. I nuclei familiari che vengono assistiti da Croce Rossa Italiana in modo continuativo con la distribuzione di pacchi alimentari vengono individuati secondo i criteri di disuguaglianza dell'ISTAT, FEAD (Fondo di aiuti Europei per gli Indigenti) e ministero del lavoro e politiche sociali.

Il periodo in cui è avvenuta la raccolta dei dati è dal 3 al 31 luglio ogni mercoledì durante la distribuzione alimentare.

La condizione di bisogno deve essere attestata dalla dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2020 n. 445. In questo atto notorio il destinatario finale dichiara di versare in una situazione di indigenza a causa di almeno una delle sottoelencate casistiche:

1. essere in possesso di un'attestazione della condizione di indigenza rilasciata dal Servizio Sociale del Comune di residenza
2. essere in possesso di attestazione INPS del riconoscimento del beneficio dell'Assegno di Inclusione
3. essere in possesso di un valore dell'Indicatore di Situazione Economica Equivalente in corso di validità, non superiore a euro 9.360²⁸

L'intervista strutturata è stata rivolta al titolare del nucleo familiare per garantire un'unica risposta per nucleo andando così ad escludere gli altri componenti.

I nuclei familiari sono disomogenei tra loro in quanto di nazionalità e di età differenti, portando ad una difficoltà di comunicazione efficace.

²⁸FEAD, istruzioni operative AGEA n.22

https://cdn2.bancoalimentare.it/sites/default/files/documents/agea-2024-0019108-allegato-ion222024vaddendumalleion124del22122021_def_signed.pdf 2024, (ultima consulta 20 settembre 2024)

3.2 Aspetti autorizzativi

L'intervista è stata somministrata in formato anonimo per garantire il rispetto della privacy e la riservatezza delle informazioni raccolte secondo il d.lgs. 30 giugno 2003, n.196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” integrato con le modifiche del d.lgs. 10 agosto 2018 “Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”.

All’inizio del progetto di tesi si è reso necessario un incontro con la delegata dello Sportello Sociale per presentare il progetto di tesi avvenuto grazie agli strumenti della sinossi, per maggiori informazioni allegato 1, e la bozza dell’intervista agli utenti. Dopo un successivo incontro al consiglio con il presidente del comitato di Valdagno e avvenuta ricezione della firma autorizzativa per raccogliere i dati è stato possibile utilizzare degli spazi forniti da CRI per effettuare le interviste.

3.3 Intervista strutturata

Per la raccolta dati si è utilizzato lo strumento dell’intervista strutturata, essa è stata auto-redatta in quando non presenti questionari ad *hoc* che trattavano il tema di indagine. L’intervista strutturata è stata sviluppata sulla base scientifica e sulle ricerche svolte sui rapporti annui dell’ISTAT riguardanti la crescente povertà assoluta nella popolazione e la sua conseguente rinuncia alle visite mediche. Le domande sono state successivamente raggruppate per aree tematiche e ottimizzate per una compilazione agevole. L’intervista, realizzata con lo strumento “Google Moduli”, è stata somministrata a un campione di 54 nuclei famigliari.

Dal 3 al 31 luglio 2024 la studentessa si è dedicata ogni mercoledì dalle 9:00 alle 12:30 e nel pomeriggio dalle 14:30 alle 16:30 allo svolgimento delle interviste presso la sede del comitato di Valdagno di Croce Rossa Italiana. Sono state svolte il giorno mercoledì in quanto unica giornata della settimana che viene dedicata alla distribuzione del pacco alimentare da parte dello Sportello Sociale.

Considerata la differenza etnica e culturale del campione l’intervista è stata redatta sia in lingua italiana che in lingua inglese, si veda allegato 2-3, per evitare *bias* di comprensione del testo sono state tutte somministrate in modalità *Computer Assisted Personal Interview* (CAPI).

L'intervistatrice, prestando particolare attenzione a mantenere una posizione neutrale, ha chiarito eventuali dubbi dei partecipanti. Grazie alla collaborazione della delegata dello Sportello Sociale, è stato possibile instaurare un rapporto di fiducia con gli utenti, facilitato anche dall'utilizzo di un linguaggio più colloquiale.

Questa tipologia di somministrazione è apparsa la soluzione migliore per una raccolta efficace delle risposte nel poco tempo a disposizione per ogni nucleo familiare. In una giornata si raccoglievano circa 15 risposte.

L'intervista è composta da 21 domande divise in tre sezioni.

La prima sezione "A-00 Caratteristiche socio-demografiche" è composta da nove domande (A01-A09) si indaga, l'età, lo stato civile, la nazionalità, il numero di componenti del nucleo familiare e il tipo di alloggio.

Nella seconda sezione "B-01 Percezione salute e visite mediche" composta da sette domande (B01-B07) si domanda come ritengono sia la loro salute e dei componenti della loro famiglia, se hanno rinunciato alle visite mediche o se hanno una patologia che li porta ad essere seguiti da un medico specialista, si indaga anche se devono affrontare delle spese sanitarie e se conoscono/aderiscono agli screening oncologici.

Nell'ultima sezione "C-03 Ruolo di Croce Rossa Italiana" composto da cinque domande (C01-C05) descrive da quanto tempo Croce Rossa aiuta la famiglia, con che servizi, il modo di arrivo in CRI e indaga la conoscenza degli utenti del servizio del Punto Salute offerto in collaborazione con Salute Solidale.

L'intervista è composta con domande quantitative e qualitative su scala nominale o ordinale.

I primi quesiti presentano *items* a scelta singola, successivamente vengono inserite scelte multiple o batterie di domande (griglia a scelta multipla). Vengono inserite delle scale di *Likert* per le domande B01-B02 con sei *items* "Molto bene", "Bene", "Né bene né male", "Male", "Molto male", "Non sa" e "Rifiuta di rispondere". Nella domanda B03 quattro *item* "Sempre", "Più di una volta", "Solo una volta" e "Mai". Sono state usate anche le voci: "Mai", "Almeno 1 volta a settimana", "Una volta al mese", "Una volta ogni tre mesi", "Una volta ogni sei mesi" e "Una volta l'anno".

Le sezioni dell'intervista sono costruite in modo analogo cercando di rispettare l'ordine logico iniziando con una domanda generale per poi passare a domande più specifiche sul tema trattato in ognuna delle sessioni.

Di seguito viene riportato il codice alfanumerico corrispondente al numero della domanda nella matrice dati (*Tabella IV*)

Tabella IV: Codice alfanumerico corrispondente alla domanda nella matrice dati

Domanda questionario	Dati matrice	Domanda questionario	Dati matrice	Domanda questionario	Dati matrice
1	A01	11	B02	21	C05
2	A02	12	B03		
3	A03	13	B04		
4	A04	14	B05		
5	A05	15	B06		
6	A06	16	B07		
7	A07	17	C01		
8	A08	18	C02		
9	A09	19	C03		
10	B01	20	C04		

3.4 Analisi statistica

Ultimata la raccolta dati, il 31 luglio 2024 si è proceduto con la rielaborazione dei dati raccolti.

Per analizzare i dati dell'intervista e rielaborarli si è usato il pacchetto Microsoft Office 365, programma Excel. I dati raccolti in formato Excel sono derivati dalla matrice creata da "Google Moduli", essi sono stati rielaborati in tabelle Pivot. Dalle tabelle Pivot è stato possibile creare grafici per mettere in correlazione i dati raccolti. Successivamente si è passato all'analisi e codifica delle risposte assegnando ad essi dei codici numerici.

Di seguito vengono riportate le principali codifiche alfanumeriche:

- Molto bene = 1, Bene = 2, Ne male ne bene = 3, Male = 4, Molto male = 5, Non sa = 6, Rifiuta di rispondere = 7
- Sì, sempre = 1, Più di una volta = 2, Almeno una volta non l'ha fatta = 3, Mai = 4, Rifiuta di rispondere = 5
- Non potevamo permettercela (costava troppo) = 1, liste di attesa troppo lunghe, dovevamo aspettare troppo tempo = 2, non potevamo assentarci da lavoro o dalla cura dei bambini/persona = 3, Il medico lavora in una zona lontana o non raggiunta da mezzi di trasporto = 4, Altro motivo = 5, rifiuta di rispondere = 6, Non sa = 7

Si è proceduto realizzando i grafici descrittivi del campione, proseguendo successivamente con il confronto con le altre variabili.

3.5 Limiti dello studio

In relazione allo studio è necessario porre attenzione sull'assenza di questionari già validati che trattavano il tema delle rinunce mediche nelle fasce di popolazione con un ISEE basso.

In quanto intervista auto-redatta e i quesiti forniscono delle informazioni difformi per avere una valenza scientifica maggiore era necessario somministrare l'intervista inizialmente ad un piccolo gruppo per valutare l'efficienza delle domande successivamente ad un gruppo più ampio. Ma essendo il campione in studio molto specifico non è stato possibile testare precedentemente l'efficacia o l'inadeguatezza delle domande.

Il campione è caratterizzato dalla presenza di persone di nazionalità straniera che in alcuni casi portava ad un difficile comprensione delle domande

CAPITOLO 4 – RISULTATI

4.1 Analisi socio-economica campione

Il primo obiettivo specifico riportava la descrizione socio-anagrafica del campione; esso è rappresentato dai 54 gruppi famiglia che hanno risposto all'intervista strutturata.

Il campione è quindi composto da un 53,7% di donne e il 46,3% di uomini. Il campione, come viene mostrato nel *grafico 2*, è maggiormente concentrato nelle fasce d'età 31-40 e 41-50 rappresentando un'età mediamente di 45 anni.

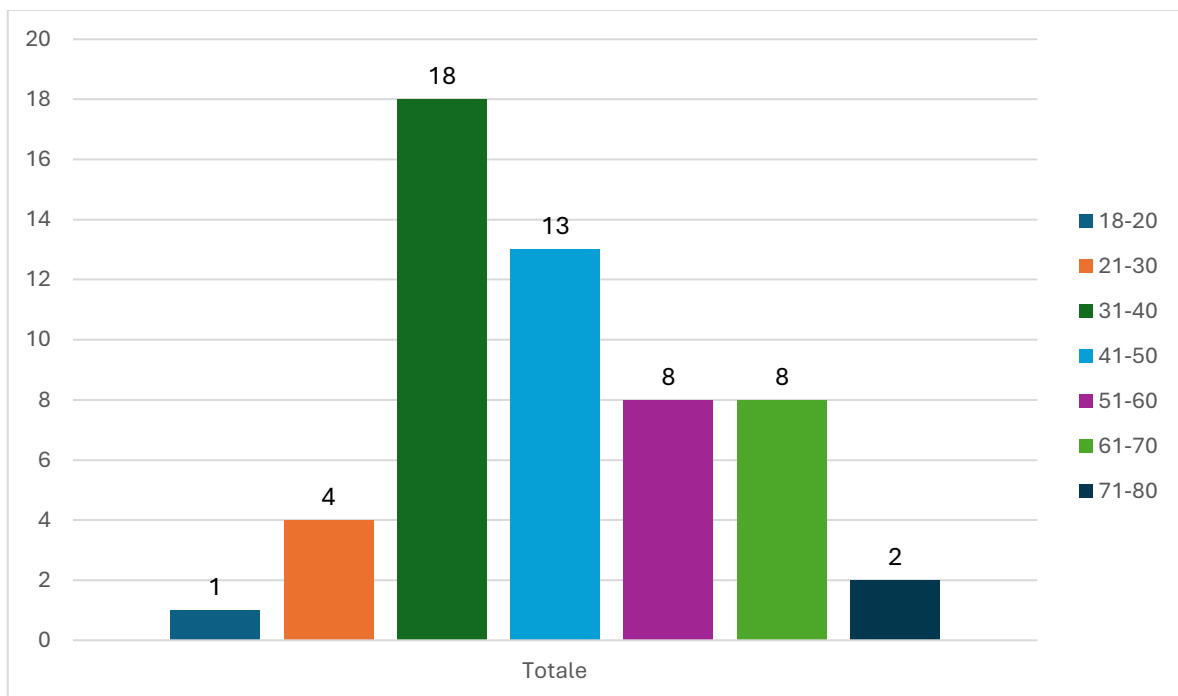


Grafico 2 Fasce di età del campione

L'analisi dei dati ha rivelato un profilo demografico complesso tra gli utenti che hanno risposto all'intervista. Nonostante vi sia una maggioranza di risposte provenienti da donne, il numero assoluto più elevato di partecipanti è costituito da uomini di nazionalità italiana. Seguono le donne, con una prevalenza di italiane, seguite a pari merito da ghanesi e marocchine.

Questa distribuzione ha portato a una composizione etnica del campione con una significativa presenza di stranieri (59,25%) rispetto agli italiani (41%).

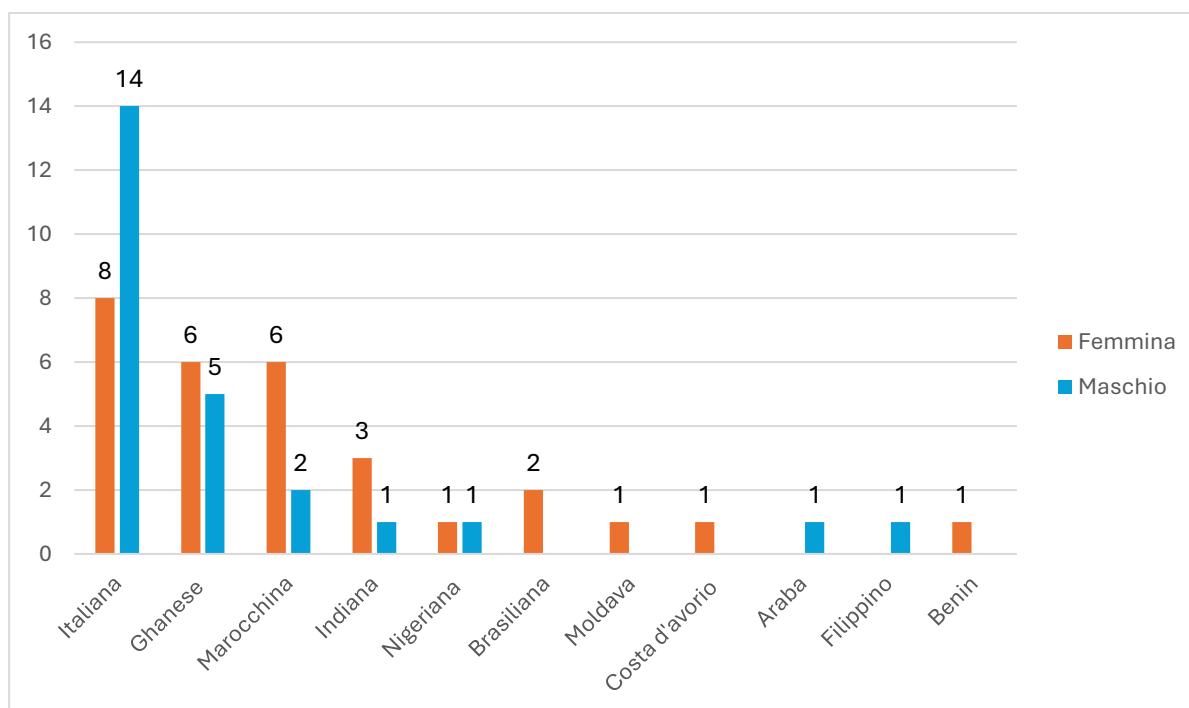


Grafico 3 Distribuzione della nazionalità del campione

Nel *grafico 4* viene descritta il rapporto tra il titolo di studio del campione e l'occupazione rivelando una concentrazione di utenti che possiedono unicamente il titolo di studio di licenza media.

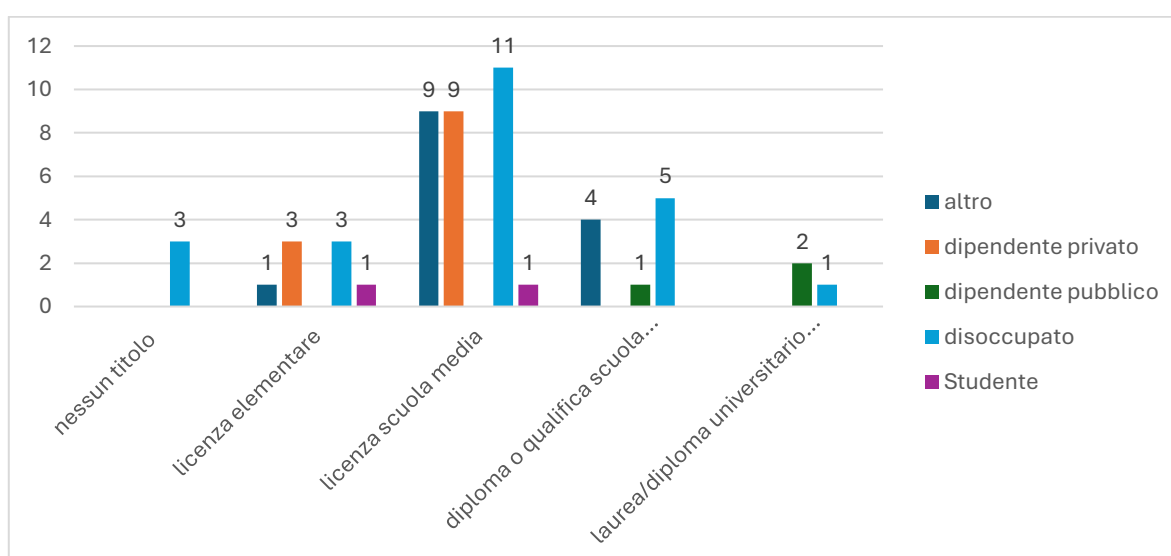


Grafico 4 Correlazione tra livello di istruzione e occupazione

Nel *grafico 5* emerge chiaramente che l'affitto è la forma di occupazione predominante nel campione esaminato.

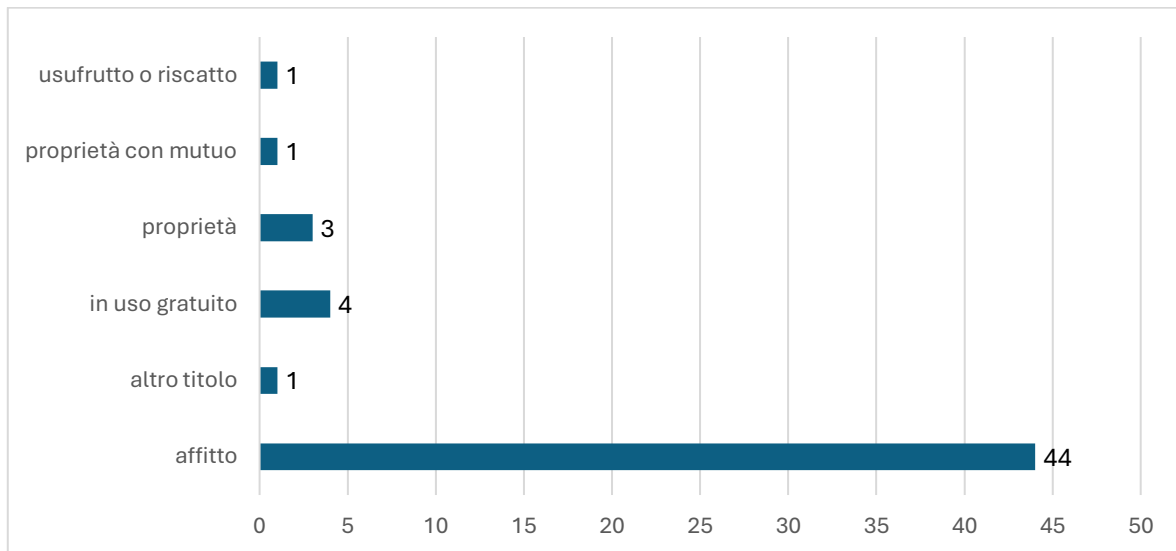


Grafico 5 Tipo di alloggio

4.2 Percezione della propria salute e le spese sanitarie

Come descritto nel secondo obiettivo specifico ora verranno riportati i dati qualitativi e quantitativi sulla percezione dello stato di salute e delle spese sanitarie.

Il *grafico 6* fornisce un'istantanea della percezione che gli intervistati possiedono del proprio stato di salute. La maggior parte dei partecipanti ha valutato la propria salute come "media alta". Nonostante questa tendenza positiva, un'analisi più approfondita rivela che il 7% degli intervistati ha valutato la propria salute come "molto male" e il 22% come "male".

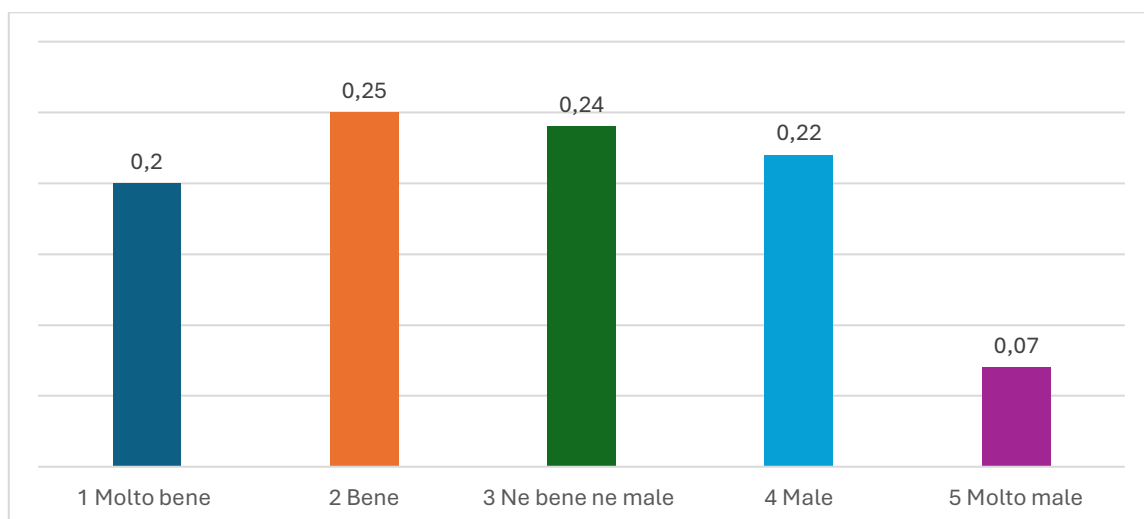


Grafico 6 Percentuale della percezione della salute degli intervistati

Anche nel grafico “Percezione dello stato di salute dei componenti del nucleo familiare” possiamo notare come generalmente i componenti del nucleo familiare godono di buona salute. Male 9,91% molto male 8,26%

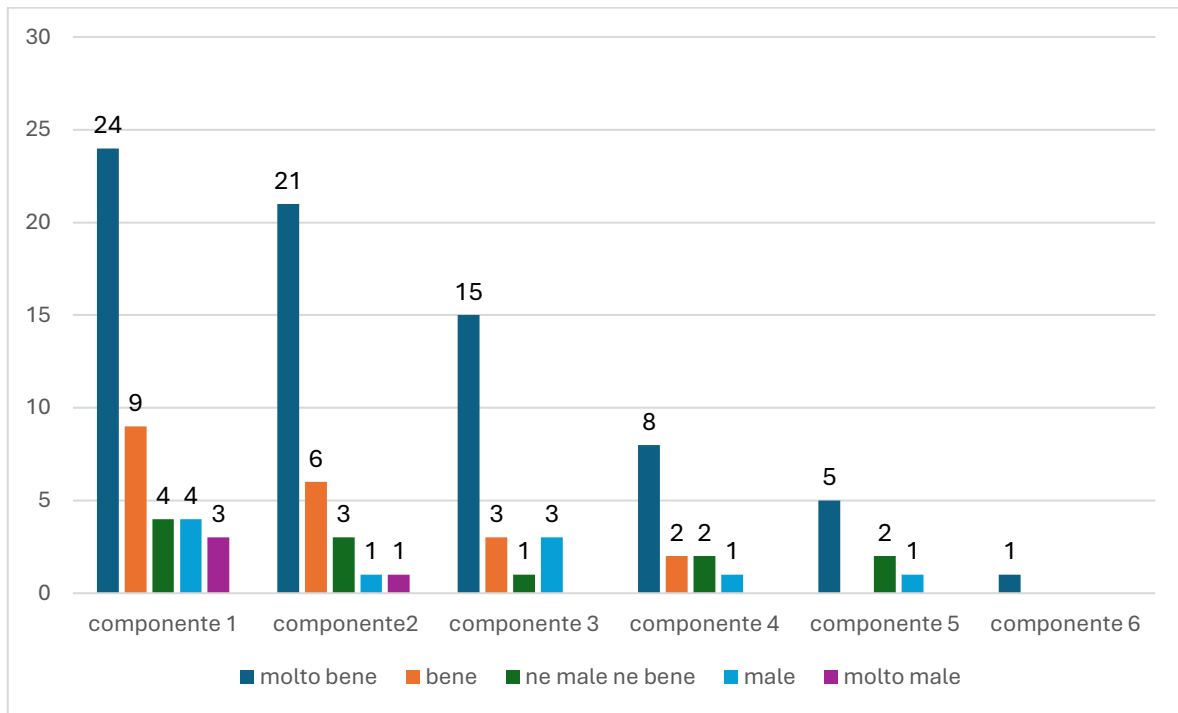


Grafico 7 Percezione della salute dei componenti del nucleo familiare

Il dato sull'adesione alle cure mediche delle famiglie mostra un tasso di copertura del 76%. Tale adesione è principalmente garantita dall'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, che rappresenta la scelta più frequente per l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte degli utenti.

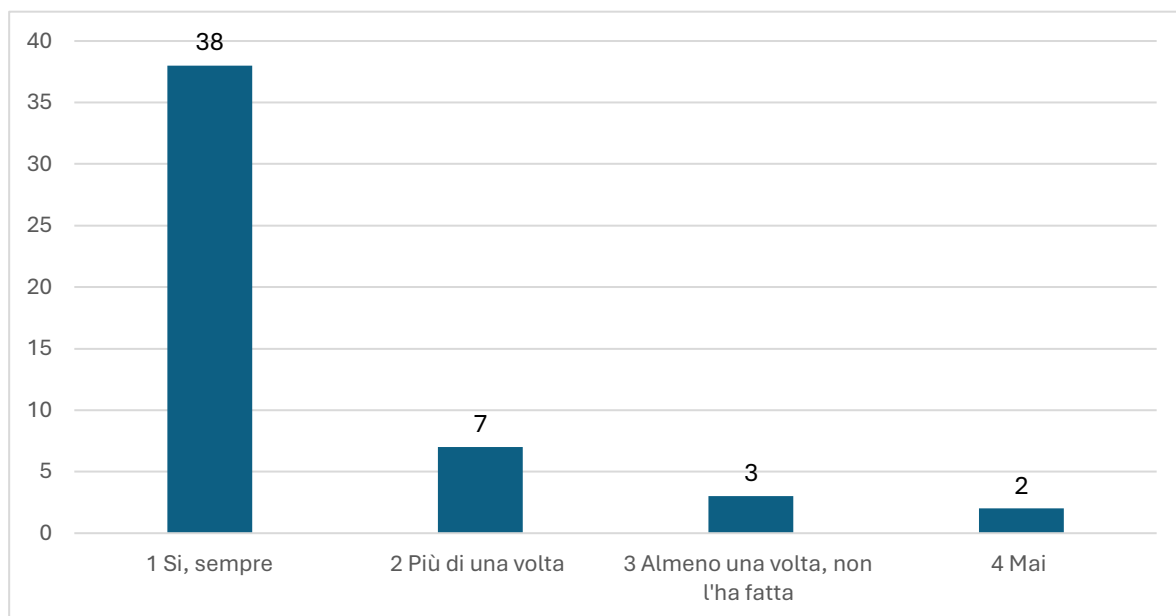


Grafico 8 Adesione alle visite mediche

Solo pochi utenti hanno riferito che hanno rinunciato almeno una volta ad effettuare una visita medica, le motivazioni riportate nel *grafico 9* sono: che non se la potevano permettere (troppo costosa), i tempi d'attesa erano troppo lunghi, il medico lavora in una zona lontana o non raggiunta da mezzi di trasporto pubblico. Alcuni utenti hanno fornito più di una motivazione.

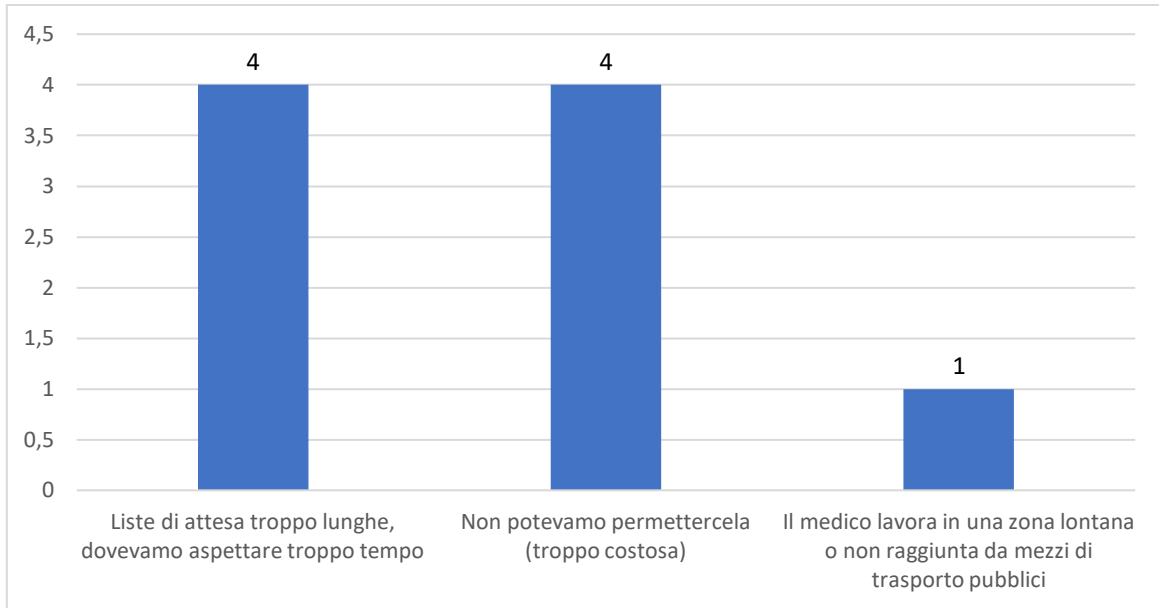


Grafico 9 Motivazioni per la rinuncia agli esami/visite

Per la seguente risposta è presente un *bias* in quanto non tutti gli intervistati hanno risposto alla domanda: “La persona o persone con questi problemi di salute hanno dovuto affrontare spese sanitarie?”.

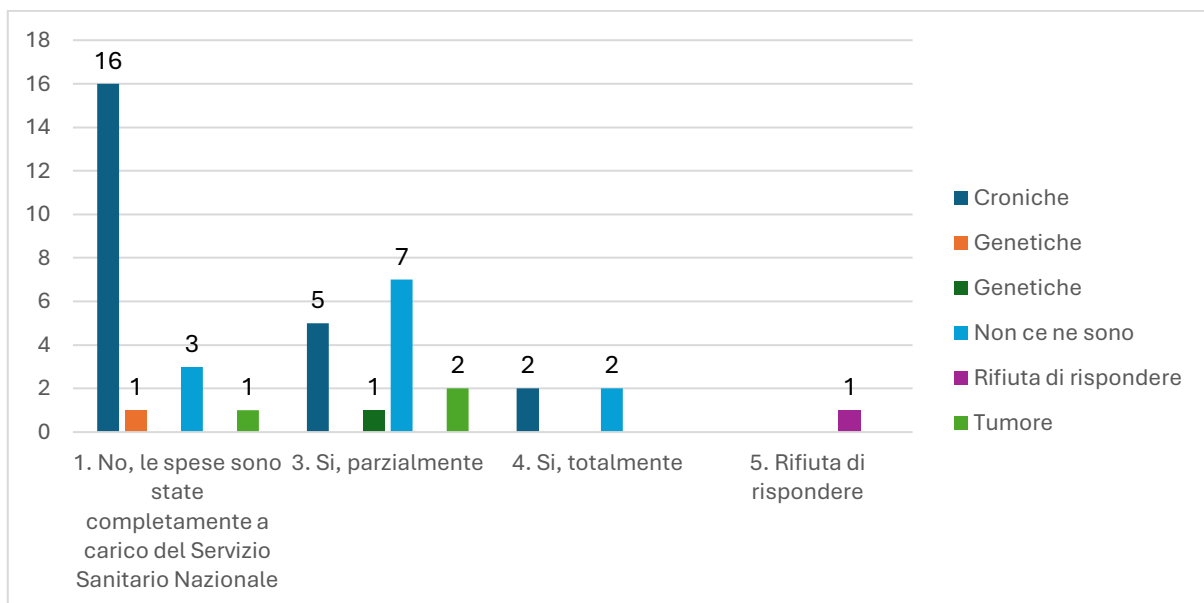


Grafico 10 Correlazione tra malattie e spese mediche

4.3. Ruolo di Croce Rossa Italiana, Comitato di Valdagno

L'ultimo obiettivo specifico riportava l'individuazione del ruolo di Croce Rossa Italiana in relazione ai servizi offerti agli utenti con difficoltà economiche.

Il *grafico 11* rivela che la maggior parte dei 54 nuclei familiari inclusi nello studio è seguita da un periodo superiore ad un anno.

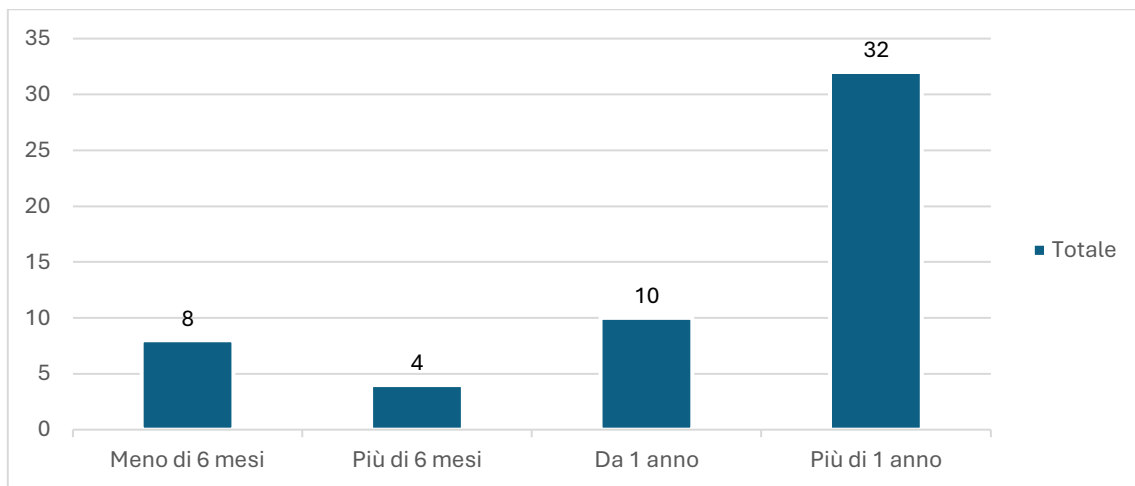


Grafico 11 Periodo di assistenza in Croce Rossa Italiana

L'esiguo numero di utenti che usufruisce del punto salute CRI, composto da medici volontari in pensione, è dovuto alla recente attivazione del servizio e al fatto che gli utenti, prima di potervi accedere, devono dimostrare di aver esaurito tutti i percorsi previsti dal Servizio Sanitario Nazionale.

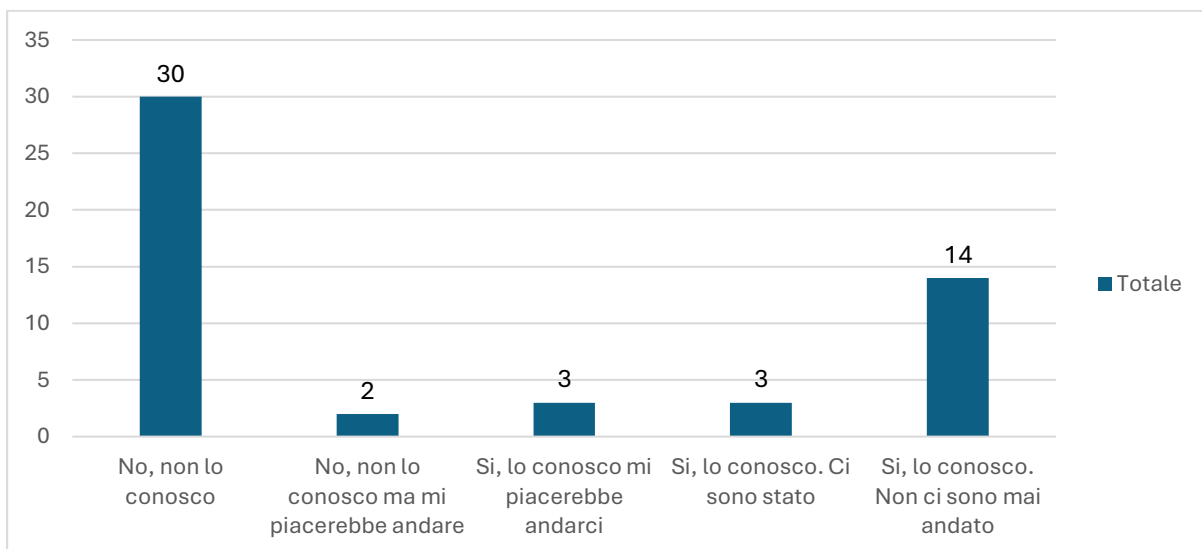


Grafico 12 Conoscenza del Punto Salute

Il servizio principale consiste nella distribuzione alimentare. Questo supporto è possibile grazie alla collaborazione con il fondo di aiuti europei agli indigenti (FEAD) che fornisce il cibo e con la raccolta che viene fatta fuori dai supermercati. Il pagamento delle bollette viene effettuato solo una volta all'anno per nucleo familiare, tranne in casi particolari.

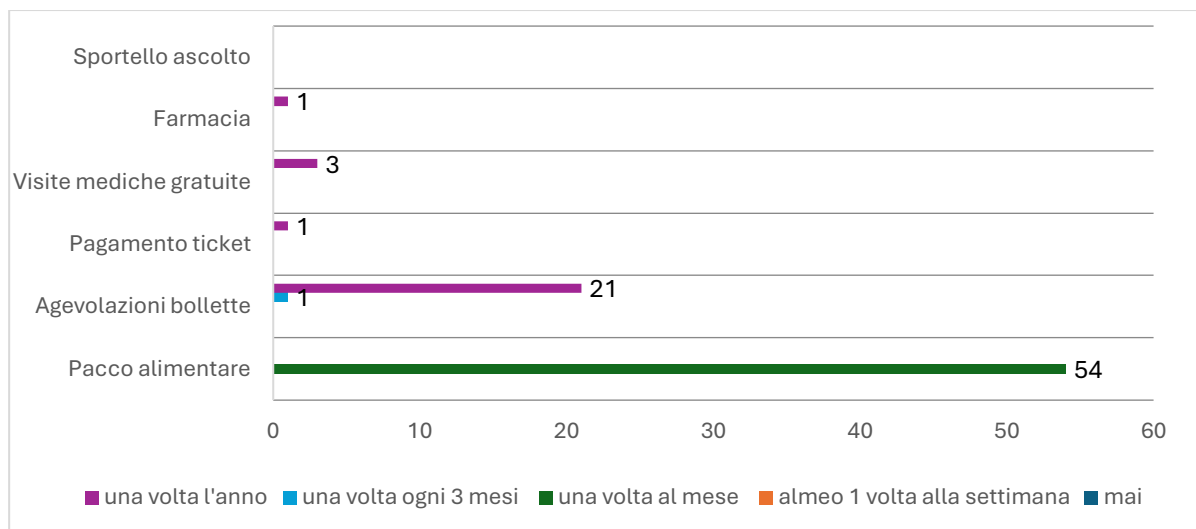


Grafico 13 Servizi proposti da CRI

Come possiamo osservare nel *Grafico 14* la maggior parte dell'utenza è inviata dai servizi sociali del comune, questo permette di avere un controllo immediato dell'ISEE essenziale per la richiesta di aiuto da parte di Croce Rossa Italiana.

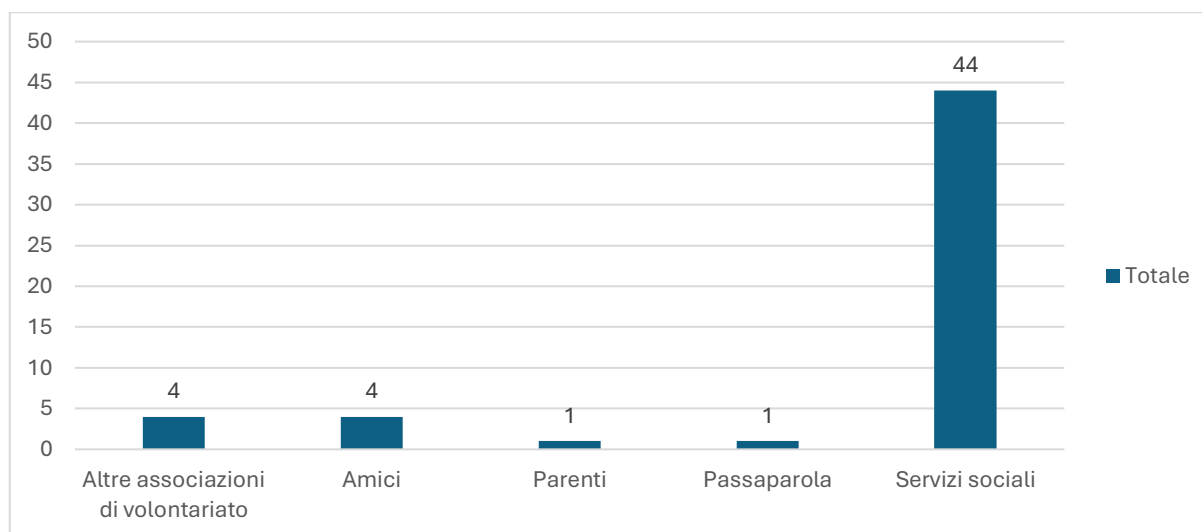


Grafico 14 Invio allo sportello sociale di CRI

CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE

L'analisi del campione ha evidenziato una preponderanza di donne di nazionalità italiana, ghanese e marocchina con un'età media di 45 anni. Tale distribuzione potrebbe essere correlata al fatto che la maggior parte delle partecipanti al sondaggio è coniugata e ha figli a carico.

Il nucleo familiare generalmente composto da due adulti e un bambino minorenne vivono in case in affitto, questo comporta una spesa costante che può andare ad incidere sulla distribuzione delle spese.

Essendo che la popolazione in esame è costituita per la maggior parte di stranieri (59,25%), ha portato a delle difficoltà di comprensione alle domande poste in lingua italiana/inglese riguardanti la percezione della propria salute e le spese mediche. A seguito di ciò potrebbero essersi generati dei bias.

Il *grafico 4* del capitolo precedente delinea il profilo socio-economico della popolazione caratterizzato da un livello generale di istruzione medio-basso. Che hanno conseguito solo la licenza media fanno parte i disoccupati, i lavoratori del settore privato, le persone con invalidità o in pensione.

Gli utenti alla domanda “Come va in generale la sua salute?” hanno risposto per la maggior parte con delle affermazioni positive, solo un 29% ha risposto con male o molto male. Coloro che hanno riferito di stare male riportavano di possedere dei certificati di invalidità o di avere delle malattie gravi.

Il benessere generale incide sulla frequenza con cui si ricorre alle visite mediche. In genere, persone in buona salute tendono a farle solo in caso di necessità. Tuttavia, in alcuni casi specifici, come la presenza di malattie gravi ma non riconosciute come invalidanti, è stata segnalata la rinuncia degli accertamenti. Le motivazioni riferite dagli utenti riportano che le visite erano troppo costose, le liste d’attesa troppo lunghe rispetto la necessità dell’utente o si trovavano in un luogo troppo lontano, difficile da raggiungere. In questa domanda è stata data la possibilità agli intervistati di dare più di una risposta.

Per quanto riguarda le spese che sono sostenute dall’utenza la maggior parte vengono coperte dal Servizio Sanitario Nazionale in quanto molti di loro possiedono delle esenzioni o certificati di invalidità. Il campione è risultato un campione che ha il 43% di patologie di tipo croniche quindi una popolazione che necessita di assunzione costante di alcuni farmaci e quindi una spesa continuativa.

Alla domanda riferita agli screening per la prevenzione al tumore alla cervice uterina, alla

mammella e al colon retto, la maggior parte dell'utenza non era a conoscenza di cosa fosse e ha riferito di non aver mai ricevuto una lettera da parte dell'ULSS. Solo un 27,7% partecipa regolarmente agli screening. Questo denota una poca conoscenza dell'importanza della medicina preventiva, essenziale per mantenere uno stato di salute ottimale. La prevenzione non si limita a prolungare l'aspettativa di vita, ma contribuisce in modo significativo a migliorare la qualità della vita degli individui. Riducendo il rischio di malattie, si aumenta la capacità di svolgere attività quotidiane, di mantenere relazioni sociali e di godere di un benessere psicofisico ottimale.

I partecipanti all'intervista hanno una lunga esperienza con lo sportello sociale, dato che oltre la metà usufruisce del servizio da più di un anno. Nonostante questa familiarità, la conoscenza e l'utilizzo del Punto Salute offerto da CRI risultano limitati. Ciò potrebbe essere dovuto a una scarsa promozione del servizio o al fatto che gli utenti non percepiscono un immediato bisogno di assistenza sanitaria. Solo 3 persone hanno usufruito di questa prestazione in collaborazione con Salute Solidale che, dopo consulta con i medici volontari, hanno messo a disposizione i loro specialisti per ulteriori approfondimenti.

Il servizio offre principalmente la distribuzione degli alimenti ma per agevolare le famiglie in gravi crisi economica offrono il loro aiuto anche pagando eventuali bollette. Il pagamento delle bollette viene fatto solo una volta l'anno per famiglia e solo dopo attenta valutazione, le bollette in questione sono rateate e Croce Rossa si impegna a pagare una rata.

L'analisi dei flussi degli utenti dimostra un'elevata integrazione tra i servizi sociali e la Croce Rossa. L'invio programmato degli utenti dai servizi sociali rappresenta un indicatore significativo della presenza di un sistema di riferimento consolidato, in grado di offrire risposte articolate e coerenti ai bisogni della popolazione.

Grazie a questa rete, le famiglie dispongono di un unico punto di riferimento, evitando così di dover cercare aiuto presso altre realtà. Le uniche famiglie che hanno riferito di essere aiutate da altre associazioni fanno riferimento al centro aiuto alla vita per la fornitura di pannolini e latte in polvere.

Una riflessione doverosa e la considerazione che chi versa in condizioni di povertà assoluta, tra cui i senza fissa dimora, non può accedere nemmeno alle cure di base in quanto sono sprovvistisi di tessera sanitaria.

CAPITOLO 6 – CONCLUSIONE

Ripercorrendo le tappe fondamentali dello studio, partito dall'ipotesi che ci fosse una correlazione tra povertà e salute, ci si è inizialmente concentrati sul fenomeno della rinuncia alle visite mediche, un problema sociale di crescente rilevanza che colpisce in modo particolare le fasce più vulnerabili della popolazione, spesso caratterizzate da condizioni di povertà.

Questo è stato possibile attraverso la somministrazione di un'intervista strutturata nella quale sono stati indagati le condizioni sociali, economiche e sanitarie dei gruppi famiglia seguiti da Croce Rossa Italiana.

L'analisi dei dati ha mostrato che la maggior parte dei nuclei familiari intervistati, caratterizzati dalla presenza di figli a carico, ha dichiarato di non aver rinunciato alle visite mediche. Tale risultato sembra essere correlato alla percezione di uno stato di salute generalmente buono, con il 71% degli intervistati che ha riferito di non percepire particolari problematiche di salute. Inoltre, gli intervistati che hanno dichiarato di stare male o molto male presentano una maggiore probabilità di essere già seguiti da specialisti, portando dunque ad avere un percorso terapeutico su misura.

Il 24% dei partecipanti allo studio ha dichiarato di aver omesso almeno un accesso alle prestazioni sanitarie. La ragione più frequentemente citata per tale rinuncia è rappresentata dalla prolungata durata delle liste d'attesa nel Servizio Sanitario Nazionale e dagli elevati costi delle prestazioni private, un *trend* in linea con i dati nazionali relativi all'abbandono del sistema sanitario pubblico.

Sebbene la motivazione principale per la rinuncia alle visite mediche risulti essere coerente con i dati nazionali, lunghe liste d'attesa e costi elevati, il campione analizzato presenta una caratteristica peculiare: una significativa porzione degli intervistati ha dichiarato di non aver necessità di effettuare visite mediche in quanto percepisce il proprio stato di salute come buono. Tale percezione potrebbe influenzare la decisione di rinunciare alle prestazioni sanitarie, anche in presenza di potenziali bisogni di salute non riconosciuti. Con il presente lavoro si è riusciti ad evidenziare come sussista una correlazione diretta tra persone in povertà assoluta e mancanza di cure e il secondo elemento che si è evidenziato consiste nell'aver rilevato una correlazione diretta tra povertà relativa e la salute intesa come prevenzione.

Il sostegno alimentare fornito dalla Croce Rossa Italiana ha un impatto significativo sulla sostenibilità economica delle famiglie, liberando risorse finanziarie che potrebbero essere destinate all'acquisto di farmaci essenziali o al pagamento di prestazioni sanitarie non coperte

interamente dal Servizio Sanitario Nazionale. Tuttavia, ciò è possibile se vi è una consapevolezza del proprio stato di salute e/o se vi è un accompagnamento competente. La calendarizzazione mensile del servizio, offerto da Croce Rossa Italiana, unito alla costruzione di un rapporto di fiducia iniziale tra volontario e utente, permette un monitoraggio costante delle condizioni di salute degli utenti e favorisce l'individuazione tempestiva di eventuali necessità di consulto medico specialistico. Tuttavia, i risultati evidenziano anche la necessità di intensificare gli sforzi per sensibilizzare gli utenti sull'importanza di effettuare regolari controlli medici, anche in assenza di sintomi evidenti.

L'analisi dei dati raccolti durante le interviste ha messo in luce l'importanza della rete di collaborazione tra volontari e assistenti sociali nell'identificazione e nell'accompagnamento degli utenti. Tale sinergia volta ad un intervento educativo contribuisce a costruire un sistema di supporto più efficace ed efficiente per le famiglie in difficoltà.

Durante la rielaborazione dei dati si è notato che il campione mancava di una fascia di età significativa, cioè quella degli ultra 65enni. Infatti, la letteratura scientifica, in particolare i dati della sorveglianza Passi d'Argento, pone in evidenza questa fascia d'età come particolarmente vulnerabile alla rinuncia alle visite mediche, spesso correlata a fragilità economica. Sarebbe quindi opportuno approfondire ed indagare ulteriormente le motivazioni dietro le quali questa parte di popolazione non si rivolge al comitato di Valdagno di Croce Rossa Italiana per aiuti e sostegno. Vista la cooperazione già ben radicata e funzionante con i servizi sociali, si potrebbe creare una collaborazione interdisciplinare per attuare un programma di identificazione, riconoscimento dei bisogni e sostegno educativo per questa fascia di popolazione.

Si sottolinea inoltre che la popolazione studiata ha presentato una ridotta conoscenza dei servizi proposti dal SSN riguardanti i percorsi gratuiti di screening oncologici. Va indagata la motivazione per il quale non ricevono le informazioni adeguate atte ad usufruire del servizio. Si rende necessario una maggiore collaborazione con le Assistenti Sanitarie figura ancora poco conosciuta ma responsabile dei programmi di promozione, prevenzione e educazione sanitaria.

Lo studio condotto ha riscontrato dei limiti: uno tra questi è rappresentato dalla dimensione ridotta del campione analizzato. Inoltre, l'assenza di un gruppo di controllo, ossia di un campione di persone a cui non è stato applicato lo stesso intervento, rende difficile stabilire con certezza se la diminuzione delle visite mediche sia effettivamente attribuibile alle cause studiate. Va sottolineato che tutti i partecipanti allo studio hanno dichiarato di possedere la

tessera sanitaria, un requisito fondamentale per accedere alle prestazioni sanitarie. È possibile che in altri contesti, come ad esempio tra gli utenti dei servizi della Caritas, la mancanza di questo documento possa rappresentare una barriera all'accesso alle visite mediche.

Durante la somministrazione dell'intervista si è evidenziata la difficoltà dell'utenza della comprensione della lingua italiana, questo ha portato alla stesura di un questionario in lingua inglese, il quale non ha permesso di evitare alcune incomprensioni.

Infine, nonostante la diversificazione del campione per età e nazionalità, l'assenza della fascia ultra 65enne rappresenta una limitazione significativa per lo studio. Pertanto, i risultati ottenuti non possono essere generalizzati a questa popolazione.

L'assenza di ricerche precedenti in questo ambito limita la possibilità di sviluppare un quadro teorico di riferimento solido e di interpretare adeguatamente i dati emersi dalla presente indagine.

Pertanto, per verificare l'esistenza di una correlazione statisticamente significativa tra lo status socio-economico e l'accesso alle cure mediche nella popolazione valdagnese che si rivolge alla rete solidale, si propone di condurre un'analisi comparativa su un campione più ampio, includendo anche gli utenti seguiti da Caritas. Tale analisi consentirebbe il controllo di eventuali variabili confondenti e di ottenere risultati più robusti.

L'indagine dovrebbe essere estesa inoltre al territorio regionale e nazionale per poter indagare a fondo sulla correlazione tra povertà e rinuncia alle cure. Questo permetterebbe di progettare un piano di interventi più adeguati e politiche più inclusive e di supporto verso soggetti e famiglie in difficoltà.

È importante, infine, un'analisi approfondita dei motivi per cui solo una minoranza dell'utenza partecipa e/o conosce gli screening preventivi. Tale indagine dovrà individuare le barriere che impediscono una maggiore adesione, come la mancanza di informazione, le preoccupazioni legate all'esame, gli ostacoli logistici o le convinzioni personali.

In conclusione, questa tesi ha fornito una nuova prospettiva sulla correlazione tra povertà e rinuncia alle visite mediche contribuendo, sebbene in minima parte, alla letteratura al momento presente.

Lo studio condotto ha evidenziato un quadro complesso e sfaccettato in merito all'accesso alle cure mediche da parte delle famiglie supportate dalla Croce Rossa Italiana a Valdagno. Se da un lato è incoraggiante la percezione di uno stato di salute generalmente buono e il fatto che la

maggior parte dei nuclei familiari non abbia rinunciato alle visite mediche, dall'altro emergono criticità significative riguardo la conoscenza dei servizi di screening. Coinvolgere le associazioni di volontariato, gli enti del terzo settore, le parrocchie e le scuole può essere una leva importante per sensibilizzare l'opinione pubblica e mobilitare risorse. La comunità locale ha quindi un ruolo cruciale nel promuovere l'accesso alle cure e nel creare reti di solidarietà. L'indagine effettuata rappresenta un primo passo importante per comprendere le complessità dell'accesso alle cure mediche da parte delle famiglie in difficoltà economica. I risultati ottenuti evidenziano la necessità di un impegno congiunto da parte di tutti gli attori coinvolti per garantire l'equità nella fruizione dei servizi sanitari e promuovere il benessere della popolazione.

Le politiche sanitarie nazionali e regionali hanno un impatto significativo sull'accesso alle cure. Sarebbe significativo analizzare come le recenti riforme del Servizio Sanitario Nazionale e quella della riorganizzazione degli ambiti territoriali sociali (ATS) produrranno delle ricadute nelle risposte per questi nuovi bisogni.

BIBLIOGRAFIA

- Caritas Italiana 2023, “TUTTO DA PERDERE Rapporto su povertà ed esclusione sociale in Italia 2023”, Palumbi, Roma.
- Caritas Vicenza 2024, “bilancio sociale 2023”, supplemento al n.26 del 7 luglio 2024 de “La Voce dei Berici”, Vicenza, Caritas Diocesana Vicentina
- Censis 2024, “Ospedali & Salute - 21° Rapporto annuale 2023”, Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese
- Ministero della Sanità, Italia, Decreto Ministeriale n. 69, Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'assistente sanitario, Roma, 17 gennaio 1997 da qui in poi si usa la forma abbreviata AS
- OPSan – Osservatorio sulla Povertà Sanitaria 2023, “11° Rapporto donare per curare povertà sanitaria e donazione farmaci”, Banco Farmaceutico, Milano

SITOGRAFIA

- Avis Valdagno, “Città del dono: tutto quello che serve sapere sulle donazioni anatomiche” <https://www.cittadelldono.it/valdagno/#come-funziona> (ultima consultazione 20 ottobre 2024)
- Centro di servizio per il volontariato della provincia di Vicenza, “VI0286 centro aiuto alla vita - Valdagno” <https://www.csv-vicenza.org/web/banca-dati-odv/vi0286-centro-aiuto-alla-vita-valdagno/> (ultima consultazione 20 ottobre 2024)
- Croce Rossa Italiana Comitato di Valdagno, “Inclusione Sociale” <https://crivaldagno.org/cosa-facciamo/inclusione-sociale/> 2024, (ultima consultazione 22 ottobre 2024)
- FEAD, istruzioni operative AGEA n.22 https://cdn2.bancoalimentare.it/sites/default/files/documents/agea-2024-0019108-allegato-ion222024vaddendumalleion124del22122021_def_signed.pdf 2024, (ultima consulta 20 settembre 2024)
- Informa Giovani Valdagno, elenco delle schede consultabili, <https://bancadatiinformagiovani.org/DBIG/web/dbigvedi?ik=khhfrfs778fvv5csa4qzswdrtdsesxxj> (ultima consultazione 20 ottobre 2024)
- ISTAT, “Reddito delle persone fisiche (Irpef)” http://dati.istat.it/index.aspx?datasetcode=mef_redditiirpef_com# 2024, (ultima consultazione 25 ottobre 2024)
- Istituto di ricerca pediatrica città della speranza, <https://cittadellasperanza.org/> 2024 (ultima consultazione 20 ottobre 2024)
- Istituto Superiore di Sanità, “In Italia 3 milioni di anziani rinunciano alle cure” <https://www.iss.it/-/in-italia-3-milioni-di-anziani-rinunciano-alle-cure> 2023, (ultima consultazione 22 ottobre 2024)
- Nazioni Unite, “Obiettivi per lo sviluppo sostenibile”, <https://unric.org/it/agenda-2030/#:~:text=L%E2%80%99Agenda%202030%20per%20lo%20Sviluppo%20Sostenibile%20%C3%A8%20un%20programma%20d%E2%80%99azione,> 2024 (ultima consultazione 9 ottobre 2024)
- Nazioni Unite, “Obiettivo 1: Porre fine ad ogni forma di povertà nel mondo”, <https://unric.org/it/obiettivo-1-porre-fine-ad-ogni-forma-di-poverta-nel-mondo/>, (ultima consultazione 9 ottobre 2024)
- Openpolis, “Che cos’è la povertà assoluta”, <https://www.openpolis.it/parole/che-cose->

la-poverta-assoluta/ , 2024 (ultima consultazione 9 ottobre 2024)

- Sanità24, “Cittadinanzaattiva: più di un anno per le visite oculistiche e controlli oncologici, il 7,6% rinuncia alle cure” <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-10-22/cittadinanzattiva-piu-un-anno-visite-oculistiche-e-controlli-oncologici-76percento-rinuncia-cure-104108.php?uuid=AGyuRLh> 2024, (ultima consultazione 22 ottobre 2024)
- Tuttitalia, “Cittadini stranieri a Valdagno”, <https://www.tuttitalia.it/veneto/64-valdagno/statistiche/cittadini-stranieri-2023/> 2023, (ultima consultazione 19 ottobre 2024)
- Tuttitalia, “Indici demografici e struttura di Valdagno”,<https://www.tuttitalia.it/veneto/64-valdagno/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/> 2023, (ultima consultazione 19 ottobre 2024)
- Tuttitalia, “Popolazione per età, sesso e stato civile 2023”, <https://www.tuttitalia.it/veneto/64-valdagno/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2023/> 2023, (ultima consultazione 19 ottobre 2024)
- Tuttitalia, “Valdagno”, <https://www.tuttitalia.it/veneto/64-valdagno/> 2024, (ultima consultazione 19 ottobre 2024)
- Urbistat, “Mappe, analisi e statistiche sulla popolazione residente” <https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/it/demografia/stranieri/valdagno/24111/4>, 2023, (ultima consultazione 20 ottobre 2024)

ELENCO DELLE TABELLE

Tabella I: paesi europei con più alta incidenza di persone a rischio di povertà, fonte Caritas 2023	4
Tabella II: Dettaglio delle prestazioni effettuate in privato nelle macro-regioni dal 2019 al 2023, dati CENSIS 2024	5
Tabella III: Fasce di reddito e relativa percentuale di rinuncia alle cure, fonte CENSIS 2024..	7
Tabella IV: Codice alfanumerico corrispondete alla domanda nella matrice dati Errore.	II

segnalibro non è definito.

ELENCO DEI GRAFICI

Grafico 1 Persone che hanno dovuto ritardare le cure per un problema di salute a causa dei tempi di attesa troppo lunghi per l'accesso al Servizio sanitario, per reddito familiare (val. %).

<i>Tratta da: indagine Censis, 2023</i>	6
Grafico 2 Fasce di età del campione	21
Grafico 3 Distribuzione della nazionalità del campione	22
Grafico 4 Correlazione tra livello di istruzione e occupazione	22
Grafico 5 Tipo di alloggio	23
Grafico 6 Percentuale della percezione della salute degli intervistati.....	23
Grafico 7 Percezione della salute dei componenti del nucleo familiare	24
Grafico 8 Adesione alle visite mediche.....	24
Grafico 9 Motivazioni per la rinuncia agli esami/visite	25
Grafico 10 Correlazione tra malattie e spese mediche	25
Grafico 11 Periodo di assistenza in Croce Rossa Italiana	26
Grafico 12 Conoscenza del Punto Salute	26
Grafico 13 Servizi proposti da CRI.....	27
Grafico 14 Invio allo sportello sociale di CRI	27

ALLEGATI



**SINOSI PROGETTO DI TESI CON RICHIESTA RACCOLTA DATI –
STUDENTE: FRANCESCA NEGHERBON - MATRICOLA 2047690**

Allegato 1

ARGO- MENTO DI TESI	Correlazione tra povertà e rinuncia alle visite mediche Servizi a disposizione delle famiglie che si rivolgono a Croce Rossa Italiana	
TIPOLO- GIA DI TESI	Teorico pratica	
FRA- MEWORK E PRO- BLEMA	<p>L'emergenza sanitaria del Covid-19 ha avuto un impatto devastante non solo sulla salute pubblica, ma anche sulle condizioni socio-economiche di milioni di persone in Europa. Il numero di individui a rischio di povertà e/o esclusione sociale è infatti aumentato considerevolmente, travolgendo anche fasce della popolazione che in precedenza non necessitavano di alcun sostegno. Oltre 95 milioni di persone in Europa, pari al 21,8% della popolazione, si trovano oggi in una condizione di grave vulnerabilità (prima della pandemia la percentuale era del 20,7%). L'Italia è uno dei paesi più colpiti, con un tasso di rischio povertà e/o esclusione sociale che raggiunge il 24,4%, per un totale di 14 milioni e 304mila persone in difficoltà.</p> <p>Nel 2023, quasi la metà (42%) degli italiani con redditi inferiori a 15.000 euro ha dovuto procrastinare o addirittura rinunciare alle cure mediche. L'impossibilità di accedere al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e l'incapacità di sostenere i costi del privato sono le cause principali di questa drammatica rinuncia.</p> <p>Disuguaglianza in aumento: La rinuncia alle cure colpisce in modo differenziato a seconda del reddito; 32,6% nella fascia tra 15.000 e 30.000 euro, 22,2% tra 30.000 e 50.000 euro, 14,7% oltre i 50.000 euro</p>	
QUESITI DI TESI	<ol style="list-style-type: none">1. Quali sono le caratteristiche socio-anagrafiche del campione2. Qual è il livello di consapevolezza attribuito alla salute propria e della famiglia3. Quali servizi vengono offerti dalle associazioni di aiuto	
OBIET- TIVI DI TESI	<p>OBIETTIVO GENERALE: Descrivere il bisogno espresso e una reale correlazione tra povertà e rinuncia delle cure mediche</p> <p>OBIETTIVI SPECIFICI:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Descrivere le caratteristiche socio-anagrafiche del campione2. Descrivere il livello di consapevolezza attribuito alla propria salute e della famiglia3. Individuare il ruolo di CRI nell'erogazione dei servizi di assistenza	
MATE- RIALI E METODI	CARATTERI- STICHE DELLA POPO- LAZIONE IN STUDIO	Nuclei familiari già presi in carico che accedono regolarmente allo Sportello Sociale del comitato di Croce Rossa Italiana di Valdagno. CRITERI INCLUSIONE: <ul style="list-style-type: none">• Uno dei facenti il nucleo familiare
	STRUMENTI	Intervista strutturata autoredatta somministrato in modalità informatica, con il supporto del ricercatore
	DURATA AU- TORIZZATIVA DI ACCESSO AI DATI	DA maggio a ottobre 2024
METODI STATI- STICI GE- NERALI E TIPO DI ANALISI	I dati verranno raccolti in formato excel: saranno elaborate frequenze, misure di tendenza centrale (media, mediana, moda, deviazione standard, e range), proporzioni e correlazioni.	
UU.OO. COIN- VOLTE	Croce Rossa Italiana - Comitato di Valdagno OdV: Sportello Sociale	



Buongiorno Signora, (o altro utente)

Sono Francesca Negherbon, studente del Corso di Laurea di Assistenza Sanitaria dell'Università di Padova. La mia formazione riguarda soprattutto l'ambito della prevenzione, promozione ed educazione alla salute e sto elaborando una tesi per la quale chiedo la Sua collaborazione.

Lo scopo della ricerca è ricercare una correlazione tra povertà e rinuncia alle visite mediche. Le chiedo gentilmente di rispondere al seguente questionario riportando la sua esperienza.

Il questionario è **anonimo** e garantisce il rispetto della privacy e la riservatezza delle informazioni raccolte secondo il D.Lgs 30 giugno 2003, n.196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” integrato con le modifiche del D.Lgs 10 agosto 2018 “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”.

I dati saranno raccolti ed elaborati in forma aggregata, per tale motivo non sarà possibile risalire alla singola persona che ha risposto al questionario.

Se desiderate avere maggiori informazioni potete contattarmi tramite e-mail al seguente indirizzo: francesca.negherbon@studenti.unipd.it

Il tempo stimato per la compilazione del questionario è di circa 15 minuti.

La ringrazio anticipatamente per la collaborazione.

SEZIONE A00: CARATTERISTICHE SOCIO-ANAGRAFICHE

A01 - Anno di nascita _____

A02 - Genere

- Maschio
- Femmina
- Altro

A03 - Stato civile

- Coniugato
- Celibe/nubile
- Vedovo/a
- Separato/a-divorziato/a

A04 - Cittadinanza

- Italiana
- Straniera
- Doppia (italiana e straniera)

A04.1 Se straniera o doppia, specificare _____

A05 - Da quanti anni vive in Italia

--	--

numero anni:

A06 - Titolo di studio

- Nessun titolo
- Licenza elementare
- Licenza di scuola media
- Diploma o qualifica scuola media superiore
- Laurea/Diploma universitario o titolo superiore
- Altro

A07 - Occupazione:

- Studente
- Disoccupato
- Dipendente pubblico
- Dipendente privato
- Libero professionista
- Altro

A08 – Compreso con lei, quante persone vivono in casa con lei? Includa parenti, amici, adozioni, tutela, affittuari.

Numero:

--	--

A08.1 – Quanti minorenni abitano con lei?

--	--

A08.2 – Quante persone con più di 64 anni abitano con lei?

--	--

A09 - Tipo di alloggio

- Proprietà
- Proprietà con mutuo
- Affitto
- Subaffitto
- Usufrutto o riscatto
- In uso gratuito
- Altro titolo _____

SEZIONE B00: PERCEZIONE SALUTE E VISITE MEDICHE

Le prossime domande riguardano il suo stato di salute e dei componenti della sua famiglia/conviventi, potrà decidere di non rispondere, ma le saremo grati se vorrà farlo data l'importanza della ricerca.

B01 - Come va in generale la sua salute(intervistato)?

Molto bene

Bene

Né bene né male

Male

Molto male

Non sa

Rifiuta di rispondere

B02 - Come va in generale la salute (componenti del nucleo familiare)?

Molto bene

Bene

Né bene né male

Male

Molto male

Non sa

Rifiuta di rispondere

componenti	1.	2.	3.	4.	5.	6.

B03 - Negli ultimi 12 mesi, ciascuno dei componenti della famiglia ha fatto la visita medica specialistica o il trattamento terapeutico tutte le volte che ne ha avuto bisogno?

Si, sempre

Più di una volta

Almeno una volta non l'ha fatta

Mai

Rifiuta di rispondere

B04 - Per quale motivo non ha fatto la visita medica specialistica o il trattamento terapeutico?

Non potevamo permettercela (costava troppo)

Liste di attesa troppo lunghe, dovevamo aspettare troppo tempo

Non potevamo assentarci da lavoro o dalla cura dei bambini/persone

Il medico lavora in una zona lontana o non raggiunta da mezzi di trasporto

Altro motivo _____

Rifiuta di rispondere

Non sa

B05 - Lei o qualcuno della sua famiglia soffre di malattie di lunga durata

Croniche

Genetiche

Tumore

Non credo di avere malattie in corso

Rifiuta di rispondere

Non ce ne sono

B06 - La persona o persone con questi problemi di salute hanno dovuto affrontare spese sanitarie?

No, le spese sono state completamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale

No, le spese sono state completamente a carico di un'assicurazione privata

Si, parzialmente

Si, totalmente

Rifiuta di rispondere

Non sa

B07 - Se all'interno dell'età prevista per gli screening aderisce ad essi?

Si a tutti

Solo ad alcuni screening

No non aderisco

Altro

SEZIONE C00: RUOLO DI CROCE ROSSA ITALIANA

C01 - Da quanto tempo Croce Rossa Italiana aiuta la sua famiglia?

Meno di 6 mesi

Più di 6 mesi

Da 1 anno

Più di 1 anno

C02 – Conosci il Punto Salute, è mai stato?

Si, lo conosco. Ci sono stato

Si, lo conosco. Non ci sono mai andato

Si, lo conosco mi piacerebbe andarci

No, non lo conosco ma mi piacerebbe andare

No, non lo conosco

C03 – Indichi di questi servizi la sua famiglia usufruisce e con quale frequenza

	Mai	Almeno 1 una volta settimana	Una volta al mese	Una volta ogni tre mesi	Una volta ogni sei mesi	Una volta l'anno
Pacco alimentare						
Agevolazioni bollette						
Pagamento ticket						
Visite mediche gratuite						
Farmacia						
Sportello ascolto						

C04 – Che percorso ha svolto per trovare Croce Rossa?

Amici	
Parenti	
Servizi sociali	
ULSS	
Altre associazioni di volontariato	
Altro	

C05 – Venite aiutati anche da altre associazioni?



Good morning Miss, (or other user)

I'm Francesca Negherbon, student of the Health Care Course at the University of Padua. My education is centred specifically on the concept of health prevention, promotion, and education. At the moment, I'm writing an essay for which I ask for your collaboration.

The focus of the research is discovering if there is a correlation between poverty and renunciation of medical care. I'd like to ask of answering the following interview starting from your personal experience.

The interview will remain **anonymous** and ensures the respect of your privacy and confidentiality of the information collected in accordance with Legislative Decree 30 June 2003, no.196 '*Code on the protection of personal data*' supplemented with the amendments of Legislative Decree 10 August 2018 '*Provisions for the adaptation of national legislation to the provisions of Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation)*'.

The data will be collected and elaborated on aggregated form, which means that it will not be possible to trace them back to the specific person which has answered to the interview.

If you want to have more information you could contact me via e-mail to the following address:
francesca.negherbon@studenti.unipd.it

The estimated completion time of the interview is about 15 minutes.

Thank you in advance for your collaboration.

SECTION A00: SOCIO-ANAGRAPHICAL CHARACTERISTICS

A01 - Years of birth _____

A02 - Gender

- Male
- Female
- Others

A03 - Marital status

- Married
- Single
- widower
- Separated-divorced

A04 - Citizenship

- Italian
- Foreign
- Double (italian and foreign)

A04.1 If foreign or double, please specify _____

A05 - Since how long have you lived in Italy

--	--

number of years:

A06 - Educational qualification:

- No qualification
- Primary school (scuole elementari)
- Middle school (scuole medie)
- High school (superiori)
- University or degrees above
- Other

A07 - Occupation:

- Student
- Unemployed
- Civil servant / public employee
- Private employee
- Self-employed
- Other

A08 - Counting yourself, how many people live with you? Include blood-relatives, friends, adoptions, pretections, tenants.

Number:

--	--

A08.1 - How many underage people are living with you?

--	--

A08.2 - How many people over the age of 64 are living with you?

--	--

A09 - Kind of housing:

- Owned porperty
- Property with mortgage
- Rent
- Sublettin
- Usufruct or redemption
- Free use
- Other contract _____

SECTION B00: HEALTH PERCEPTION AND MEDICAL APPOINTMENTS.

The following questions will be about the health state of you and your family members; you can always decide to not answer but we will be very grateful if you could complete the totality of the interview since the grate importance of it.

B01 - Generally speaking, how is your health (interviewed)?

Very good

Good

Neither good nor bad

Bad

Very bad

Couldn't describe

Refuse to answer

B02 - Generally speaking, how would you describe the health of your family members?

Very good

Good

Neither good nor bad

Bad

Very bad

Couldn't describe

Refuse to answer

components	1.	2.	3.	4.	5.	6.

B03 - In the last 12 months, has every member of the family attended to the specialist medical examination or to the therapeutic treatment every time they needed it?

Yes, always.

More than once.

At least one time they didn't attend.

Never.

Refuse to answer.

B04 - Why didn't they attend to the specialist medical examination or to the therapeutic treatment?

We couldn't afford it

Waiting lists too long, we had to wait too much time

We couldn't take time off from work or the care of babies/people

The physician works too far or in an area not accessible by public transport

Other _____

Refuse to answer.

Doesn't know.

B05 - You or someone in your family suffers from long time diseases?

Chronic diseases

Genetic diseases

Cancer

I don't think I have a diseases

Refuse to answer

There are none

B06 - The people with this kind of diseases had to pay a specific health expenditure?

No, the cost has been entirely up to the National Health Care System

No, the cost has been entirely up to a private insurance company

Yes, partially

Yes, totally

Refuse to answer

Doesn't know

B07 - Do you the following screenings: mammography, cervix, and colon rectum? If yes, do you adhere?

Yes, to all of them

Just to some of them

No, I don't adhere

Other

SECTION C00: THE ROLE OF THE ITALIAN RED CROSS

C01 - Since how long has the Italian Red Cross helped your family?

Less than 6 months

More than 6 months

1 year

More than 1 year

C02 - Do you know the “Punto Salute”, have you ever been?

Yes, I know about it, and I went.

Yes, I know about it, but I never went.

Yes, I know about it, and I'd like to go.

No, I didn't know about it, but I'd like to go.

No, I didn't know about it.

C03 - Check the services provided that your family uses and how often

	Never	At least once a week	Once a month	Once every three months	Once every six months	Once a year
Food parcel						
Bills facilitation						
Ticket payment						
Free medical examinations						
Pharmacy						
Listening desk						

C04 - How did you find the Italian Red Cross?

Friends	
Blood relatives	
Social service	
ULSS	
Other volunteering association	
Other	

C05 - Do you receive help from other Associations?
