

Appendice 6

Quanti sono realmente gli Italiani che rinunciano alle cure?

Cesare Cislighi *, Aldo Rosano **, Alessio Petrelli ***, Mario Braga *, Francesco Bevere *

* Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

** Istituto Superiore di Sanità

*** Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà

Il Servizio Sanitario Nazionale, disegnato dalla legge 833 del 23 dicembre 1978, ha come principio fondamentale l'universalismo, cioè la garanzia di erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali a tutti i cittadini senza distinzione alcuna. Negli ultimi mesi, invece, molti giornali ed anche alcuni programmi televisivi hanno lanciato il grido sul fatto che "più di dodici milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a curarsi" (VII Rapporto Rbm-Censis, Welfare Day, 31 luglio 2017)). Che il sistema sanitario italiano soffra oggi di alcune problematiche e che la popolazione sia sempre più povera non è certo in discussione; pare però necessario chiarire come stia realmente la situazione di accesso alle prestazioni, anche in relazione ad un comunicato del Ministero della salute che prende le distanze da queste notizie. (Ministro della Salute, "I dati Istat contraddicono il Censis", Comunicato n° 75, 31 luglio 2017)

Cosa si intende per rinuncia alle cure

Innanzitutto cosa si considera come cure? Quelle "mediche" relative alla prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione o anche all'assistenza socio-assistenziale? Esistono prestazioni essenziali, che il SSN dovrebbe garantire, a cui si rinuncia oppure o ci si riferisce anche ai problemi di gestione socio-sanitaria del malato? E ancora la rinuncia alle cure è rinuncia a tutte le cure o rinuncia a singole prestazioni o trattamenti? I dati delle indagini esistenti non sembrano mostrare che ci siano persone che abbiano rinunciato completamente a tutte le cure per loro essenziali, ma si osservano solo rinunce ad una o più prestazioni da parte di chi ha avuto anche ugualmente accesso ad altre.

Le motivazioni per rinunciare ad una prestazione sono varie: la troppo lunga lista di attesa, il costo del ticket o della tariffa degli erogatori privati oltre a meno frequenti ragioni personali quali gli impedimenti, la paura, ecc. e qui ci interessano maggiormente le rinunce indotte dalle regole del sistema sanitario più di quelle invece dipendenti da problemi dei soggetti.

I dati disponibili

Per illustrare la realtà con dati affidabili sono di aiuto sia l'Indagine Multiscopo Istat sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (<http://www.istat.it/it/archivio/7740>) sia l'indagine Eusilc di Eurostat (http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_silc_01_esms.htm), di cui si dispongono dati sugli ultimi quindici anni.

L'indagine Multiscopo Istat 2013

Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche visita specialistica pur avendone bisogno? (Escludere le visite dentistiche)	
NO.....	1 <input type="checkbox"/>
Se sì, per quale motivo	
Non poteva pagarla, costava troppo.....	2 <input type="checkbox"/>
Lista d'attesa lunga.....	3 <input type="checkbox"/>
Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi).....	4 <input type="checkbox"/>
Non poteva assentarsi dal lavoro.....	5 <input type="checkbox"/>
Doveva accudire figli o altre persone.....	6 <input type="checkbox"/>
Altro.....	7 <input type="checkbox"/>

L'indagine Multiscopo Istat sulle condizioni di salute e l'utilizzo dei servizi sanitari è realizzata con scadenze all'incirca quinquennali; l'ultima edizione è stata condotta tra il 2012 ed il 2013 su un campione di 49.811 famiglie ed un totale di 119.073 soggetti.

L'indagine copre molti settori riguardanti la salute e la sanità ed in particolare include domande

riguardanti la rinuncia alle prestazioni strutturate in modo simile a quella qui riprodotta, che si riferisce alle visite specialistiche. Oltre a questa le altre riguardano gli esami specialistici, gli interventi chirurgici, i trattamenti riabilitativi ed infine le prestazioni assistenziali non sanitarie. Una domanda a parte riguarda poi le visite dentistiche, che non essendo prestazioni LEA sono quasi tutte erogate privatamente.

Le indagini annuali Eusilc 2004-2015

Le indagini Eusilc, facenti parte dei programmi di Eurostat, e in Italia gestite da Istat, sono iniziate nel 2004 e da allora sono state ripetute con cadenza annuale e con contenuti molto simili sino ad

A parte il dentista, negli ultimi 12 mesi Le è mai successo di avere bisogno di una visita medica specialistica o di un trattamento terapeutico che poi NON ha più fatto?

SI, è successo almeno una volta.....1

NO, non è mai successo.....2

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

Non poteva pagarla, costava troppo.....1

Liste di attesa troppo lunghe, doveva aspettare troppo tempo.....2

Doveva accudire figli o altre persone.....3

Non poteva assentarsi dal lavoro.....4

Lo specialista lavora in una zona lontana, non raggiunta da mezzi di trasporto.....5

Paura.....6

Sperava che il problema si risolvesse da solo.....7

Non conosceva un buon specialista...8

Altro motivo9

oggi.

L'indagine è focalizzata sulle fonti reddituali e sulle condizioni di vita, ma include alcune informazioni sulla salute: la salute soggettiva, la cronicità, le limitazioni e le rinunce alle prestazioni sia quelle mediche sia quelle dentistiche. La domanda del questionario di questa indagine è quella qui riprodotto e come si vede abbastanza simile a quella dell'indagine Multiscopo.

Anche questa indagine è una indagine rivolta alle famiglie, e ai singoli membri che la compongono, e il campione è stato di numerosità pari a

anno indagine	numero soggetti
2004	52608
2005	47899
2006	46522
2007	45133
2008	44805
2009	43636
2010	40836
2011	40496
2012	40287
2013	38039
2014	40280
2015	36602
Totale	517143

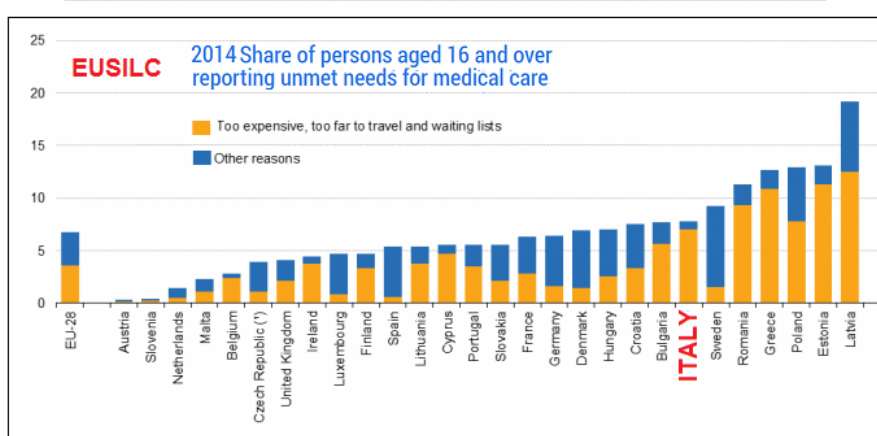
circa quarantamila soggetti per tutte le annualità. Questa indagine viene riproposta in tutti i paesi della Comunità Europea e in altri che pur non facendone parte sono dei vicini come la Norvegia, la Svizzera ed alcuni stati dell'ex Jugoslavia.

Il confronto internazionale

Il confronto internazionale non evidenzia una distanza importante tra la situazione italiana e quella di altri paesi con i quali è lecito il confronto (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics). Si nota però una differenza molto elevata in relazione alla sola motivazione economica (too expensive) o in genere alle ragioni attribuibili al sistema sanitario (health system related reasons); è difficile ipotizzare quanta parte di queste differenze siano reali o semplicemente legate all'interpretazione delle domande dell'indagine nelle varie lingue e nei vari Stati.

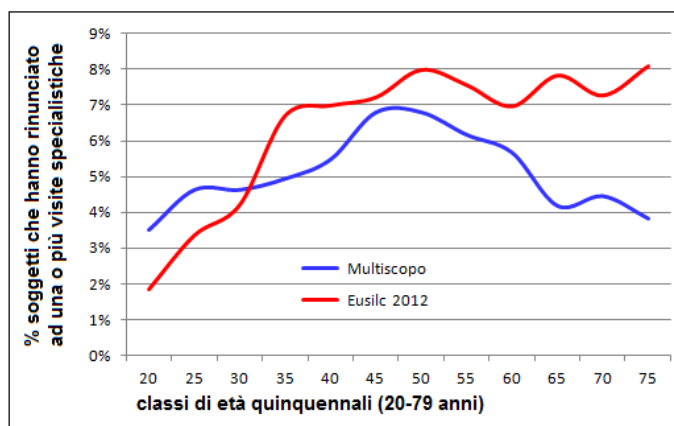
2014 Share of persons aged 16 and over reporting unmet needs for medical care (%)

	All reasons	of which:				Reasons other than those related to the health system	of which:				Other reasons
		Health system related reasons	Too expensive	Too far to travel	Waiting list		No time	Did not know a good doctor	Fear of doctor, hospital, examination or treatment	Wanted to wait and see if problem got better on its own	
EU-28	6.7	3.6	2.4	0.1	1.1	3.1	0.8	0.1	0.3	1.1	0.8
Belgium	2.8	2.4	2.1	0.2	0.0	0.4	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1
Bulgaria	7.7	5.6	4.4	0.5	0.7	2.1	0.5	0.1	0.1	1.1	0.3
Czech Republic (*)	3.9	1.1	0.5	0.3	0.3	2.8	0.6	0.1	0.2	1.5	0.4
Denmark	6.9	1.4	0.4	0.2	0.8	5.5	0.8	0.1	0.4	2.3	1.9
Germany	6.4	1.6	0.6	0.1	0.9	4.8	1.1	0.1	0.3	1.4	1.9
Estonia	13.1	11.3	0.5	0.7	10.1	1.8	0.2	0.7	0.1	0.2	0.6
Ireland	4.4	3.7	2.6	0.0	1.1	0.7	0.1	0.0	0.1	0.3	0.2
Greece	12.7	10.9	9.7	0.3	0.9	1.8	0.6	0.1	0.3	0.5	0.2
Spain	5.4	0.6	0.5	0.0	0.1	4.8	1.3	0.0	0.3	2.4	0.7
France	6.3	2.8	2.3	0.1	0.4	3.5	1.1	0.1	0.6	1.3	0.4
Croatia	7.5	3.3	1.4	1.1	0.8	4.2	0.9	0.0	0.3	2.0	1.0
Italy	7.8	7.0	6.2	0.1	0.8	0.8	0.2	0.0	0.1	0.1	0.3
Cyprus	5.5	4.7	4.6	0.0	0.1	0.8	0.1	0.0	0.2	0.4	0
Latvia	19.2	12.5	10.5	0.4	1.6	6.7	1.7	0.6	0.4	3.6	0.4
Lithuania	5.4	3.7	0.7	0.3	2.7	1.7	0.2	0.1	0.1	1.2	0.1
Luxembourg	4.7	0.6	0.6	0.0	0.1	3.9	0.7	0.1	0.3	2.5	0.4
Hungary	7.0	2.5	2.1	0.2	0.2	4.5	1.6	0.0	0.4	2.1	0.3
Malta	2.3	1.1	0.9	0	0.2	1.2	0.2	0	0.2	0.4	0.4
Netherlands	1.4	0.5	0.4	0.0	0.1	0.9	0.1	0.0	0.1	0.2	0.5
Austria	0.3	0.1	0.1	0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
Poland	12.9	7.8	3.1	0.3	4.4	5.1	1.9	0.1	0.7	1.8	0.6
Portugal	5.5	3.5	3.0	0.1	0.4	2.0	0.6	0.0	0.4	0.6	0.4
Romania	11.3	9.3	8.3	0.5	0.5	2.0	0.3	0.1	0.4	0.8	0.3
Slovenia	0.4	0.2	0.1	0.0	0.1	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1
Slovakia	5.5	2.1	0.9	0.2	1.0	3.4	1.0	0.2	0.4	1.2	0.5
Finland	4.7	3.3	0.1	0.0	3.1	1.4	0.0	0.0	0	0.0	1.4
Sweden	9.2	1.5	0.5	0.1	1.0	7.7	1.3	0.8	0.3	3.7	1.7
United Kingdom	4.1	2.1	0.1	0.0	2.0	2.0	0.2	0.1	0.1	0.2	1.4
Iceland	8.5	4.4	3.4	0.3	0.7	4.1	0.5	0.3	0.1	1.4	2.1
Norway	2.0	0.8	0.2	0.0	0.6	1.2	0.1	0.1	0	0.2	0.8
Switzerland	1.9	1.1	1.0	0	0.1	0.8	0.2	0.0	0.0	0.2	0.4
Montenegro (*)	12.7	11.8	9.9	0.7	1.2	0.9	0.3	0.0	0.1	0.3	0.3
FYR of Macedonia (*)	10.8	7.7	6.1	0.6	1.0	3.1	0.3	0.1	0.4	1.8	0.5
Serbia (**)	19.6	8.7	5.7	0.9	2.1	10.9	3.3	0.3	0.9	4.0	2.5



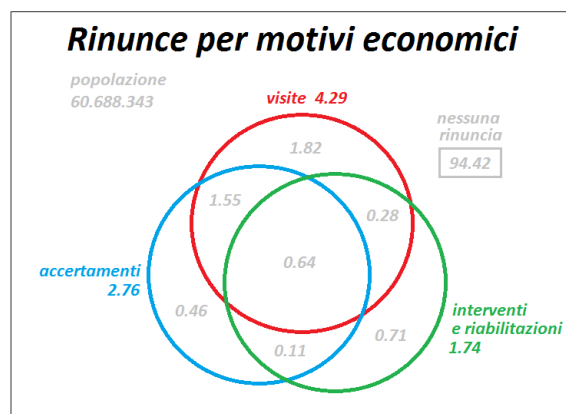
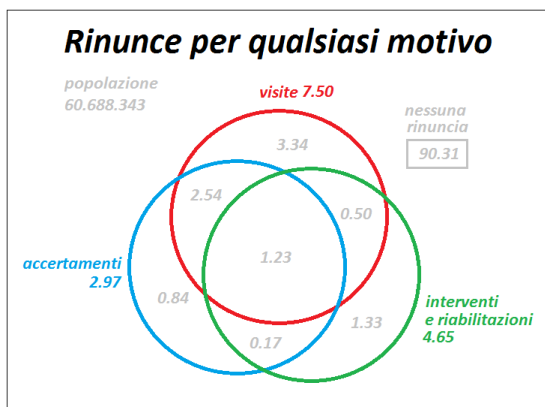
La coerenza tra le due Indagini

Le due indagini si basano su campioni differenti e domande anche leggermente differenti e quindi i loro dati non possono ovviamente coincidere completamente. Ciononostante confrontando i dati della Multiscopo con i dati di Eusilc per il solo anno 2012 contemporaneo con la rilevazione Multiscopo si ottiene un risultato abbastanza coerente seppur l'indagine Multiscopo sembra sottostimare la rinuncia dei soggetti più anziani. Una spiegazione potrebbe consistere nel fatto che in Eusilc sono comprese anche delle prestazioni riabilitative che invece nella Multiscopo sono rilevate separatamente.



I principali risultati dell'indagine Multiscopo 2013

La rinuncia alle visite riguarda nell'indagine Multiscopo il 7,5% della popolazione e di queste il 4,29% si motiva per ragioni economiche. La rinuncia a qualsiasi prestazione riguarda invece il 9,69%, di cui il 5,58% per motivi economici.

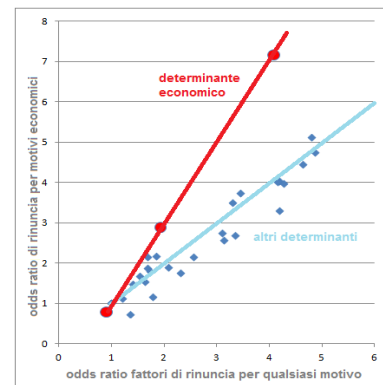


Per avere una visione sintetica della rinuncia alle prestazioni si riporta di seguito il risultato di una regressione logistica relativa alla rinuncia a tutte le prestazioni sanitarie indagate dall'indagine Multiscopo:

Regressione logistica relativa alla rinuncia a prestazioni

VARIABILE	MODALITA'	Odds ratio	
		MOTIVO QUALSIASI	MOTIVI ECONOMICI
eta decennale anni	0-9	1	1
	10-19	1,68	1,88
	20-29	3,3	3,51
	30-39	4,18	4,05
	40-49	4,87	4,76
	50-59	4,16	4,02
	60-69	3,1	2,75
	70-79	2,31	1,76
	80-89	1,79	1,16
	90-99	1,36	0,74
	100-	0,44	0
numero di tipologie di accessi sanitari avuti	nessuno	1	1
	1	1,63	1,54
	2	2,08	1,9
	3	2,56	2,15
	4	3,13	2,58
	5	3,35	2,69
	6	4,18	3,31
	7	4,27	3,98
Stato salute auto percepito	MOLTO BENE	1	1
	BENE	1,74	1,8
	NE BENE NE MALE	3,45	3,74
	MALE	4,8	5,12
	MOLTO MALE	4,64	4,46
Area geografica	NW	1	1
	NE	1,21	1,13
	CE	1,54	1,68
	SU	1,69	2,16
	IS	1,85	2,17
Stato economico auto percepito	OTTIME	1	1
	ADEGUATE	0,9	0,78
	SCARSE	1,93	2,88
	INSUFFICIENTI	4,08	7,17
Genere	UOMINI	1	1
	DONNE	1,4	1,48

Esaminando i singoli determinanti si può osservare innanzitutto come essi giochino lo stesso ruolo analizzando le rinunce con qualsiasi motivazione e le rinunce per sole ragioni economiche che ovviamente, invece, differiscono a riguardo del fattore familiare di reddito, il quale addirittura è associato a un rischio di rinuncia in chi denuncia condizioni insufficienti superiore a più di sette volte rispetto chi invece denuncia condizioni economiche adeguate.



Fattore età

Il fattore età, al netto degli altri qui considerati, evidenzia un massimo per i quarantenni: ciò si può interpretare col fatto che in questa fascia di età non vi sono ancora molte esenzioni tickets, sia per patologia che per reddito, e molte delle prestazioni sanitarie riguardano situazioni più di malessere che di malattia e quindi la percezione del bisogno è meno acuta e quindi è più facile che si verifichi una rinuncia.

Fattore genere

Le donne hanno il 40% di rischio in più degli uomini. E' possibile ipotizzare che le visite ginecologiche, quasi tutte in regime privatistico e per lo più considerate dilazionabili, giochino un ruolo importante. Inoltre si può ipotizzare che il rapporto con la sanità nelle donne sia vissuto con meno ansia, tenendo conto che le donne sono pressate da una molteplicità di incombenze e quindi forse più disponibili a rinunciare ad una visita con maggiore facilità.

Fattore stato di salute

Ci si potrebbe aspettare che la rinuncia sia meno frequente in funzione del bisogno ed invece è il contrario! Chi dice di star male ha un rischio di rinunciare di quasi cinque volte di più di chi sta molto bene! La spiegazione può essere nel fatto che le prestazioni prescritte aumentano con lo stato di malattia e quindi aumenta anche la probabilità che si rinunci ad una o più.

Fattore accessi sanitari

Come per lo stato di salute anche la varietà delle prestazioni cui si è ricorso determinano un aumento del rischio di rinuncia: chi fa un po' di tutto rischia molto di più di chi non ha fatto nulla. Eventualmente solo per quest'ultimi si potrebbe ritenere che essi abbiano "rinunciato a qualsiasi cura" ma per l'appunto questa è la classe con meno rinunce.

Fattore area geografica

il rischio di rinuncia è inoltre eterogeneo per area geografica e ciò ovviamente dipende dall'assetto del sistema sanitario nelle diverse Regioni ed evidenzia una realtà di diseguità di tipo "orizzontale", cioè geografica.

Fattore stato economico

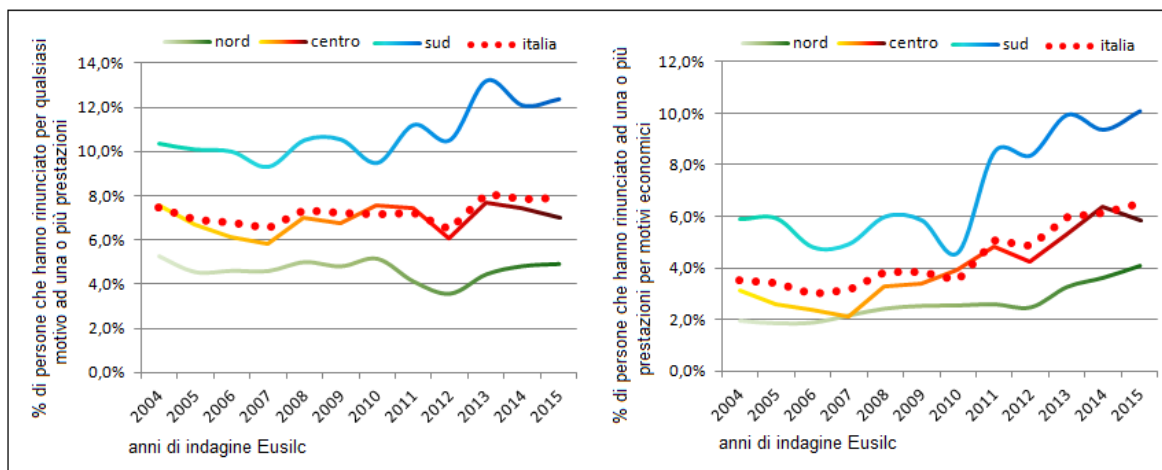
Il fattore economico invece determina delle diseguità importanti di tipo "verticale", cioè legato alle differenze socioeconomiche dei soggetti.

Dall'esame di questi fattori determinanti delle rinunce alle prestazioni si può ritenere che gli accessi alle prestazioni sanitarie siano condizionati in qualche misura anche da situazioni di diseguità che il sistema non è riuscito ad eliminare nonostante gli obiettivi presenti nella legge 833.

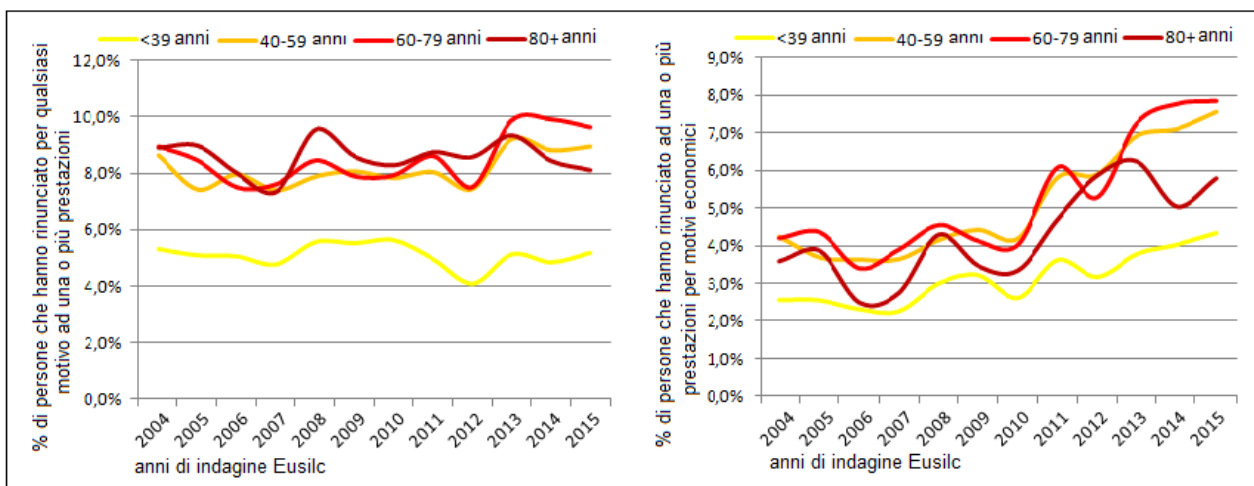
I principali risultati dell'indagine Eusilc 2004-2015

I dati delle Indagini Eusilc sono fondamentalmente coerenti con quelli dell'Indagine Multiscopo ma risultano molto utili, perchè disponibili per tutti gli anni dal 2004 al 2015. In questi anni la percentuale di persone che dicono di aver rinunciato ad una o più prestazioni non è di molto

aumentata mentre vi è stato un chiaro incremento nel riportare come motivazione quella economica, soprattutto nel sud del paese.



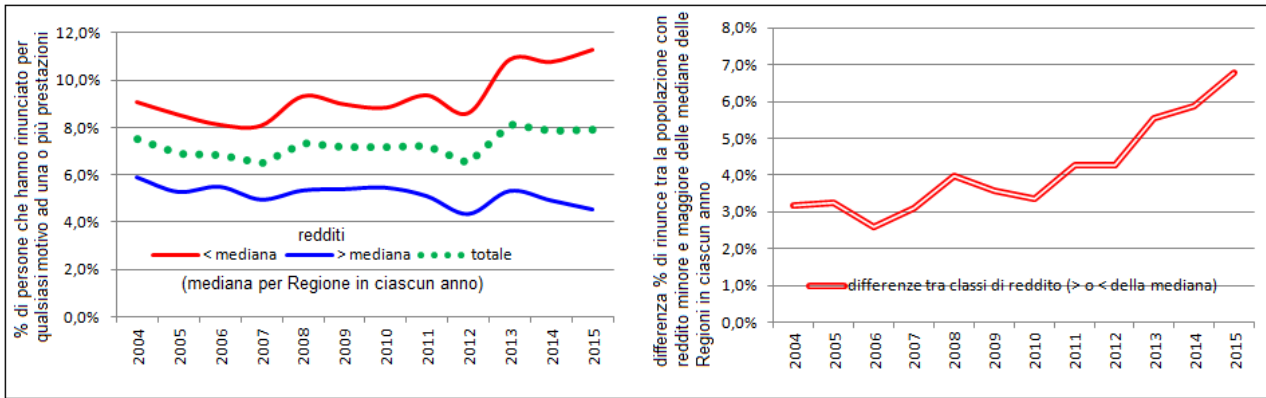
Se si esamina la distribuzione per classi di età, senza correggere il dato per diversi determinanti, si può osservare una percentuale di rinunce inferiore nei più giovani, una sostanziale stabilità del trend relativo a tutte le rinunce ed una crescita per quelle motivate da ragioni economiche.



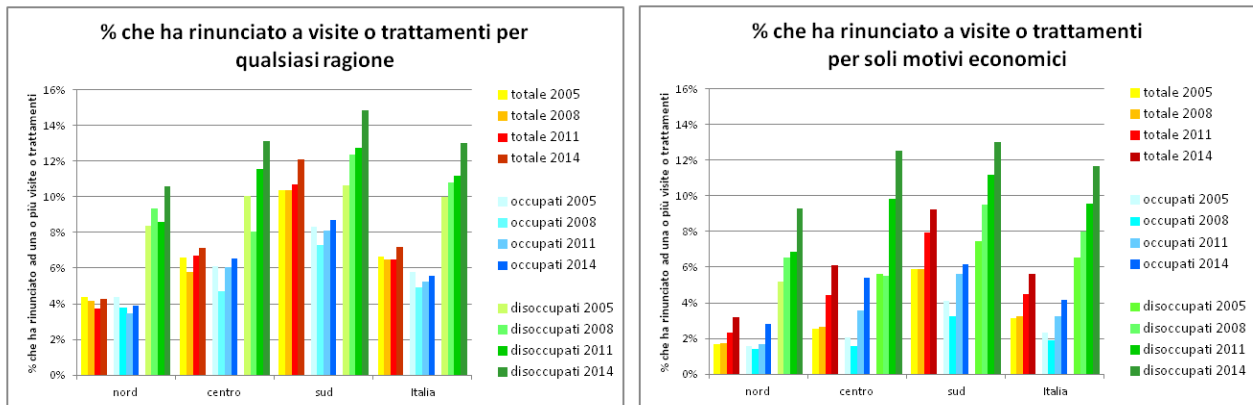
L'indagine Eusilc fornisce una stima del reddito familiare dal quale viene calcolato un reddito equivalente individuale applicando dei pesi funzione del numero e dell'età dei componenti.

Per esaminare il ruolo che le condizioni reddituali possono giocare sulle rinunce si sono classificati i rispondenti in due classi a seconda che il loro reddito equivalente fosse inferiore o superiore alla mediana del reddito della loro regione per ogni anno dell'indagine.

Utilizzando queste due categorie si vede come le rinunce siano cresciute in chi ha un reddito inferiore alla mediana mentre sono diminuite in chi ha un reddito superiore; in tal modo la forbice tra le due categorie rispetto alla percentuale delle rinunce è cresciuta sempre più sino a raddoppiarsi.



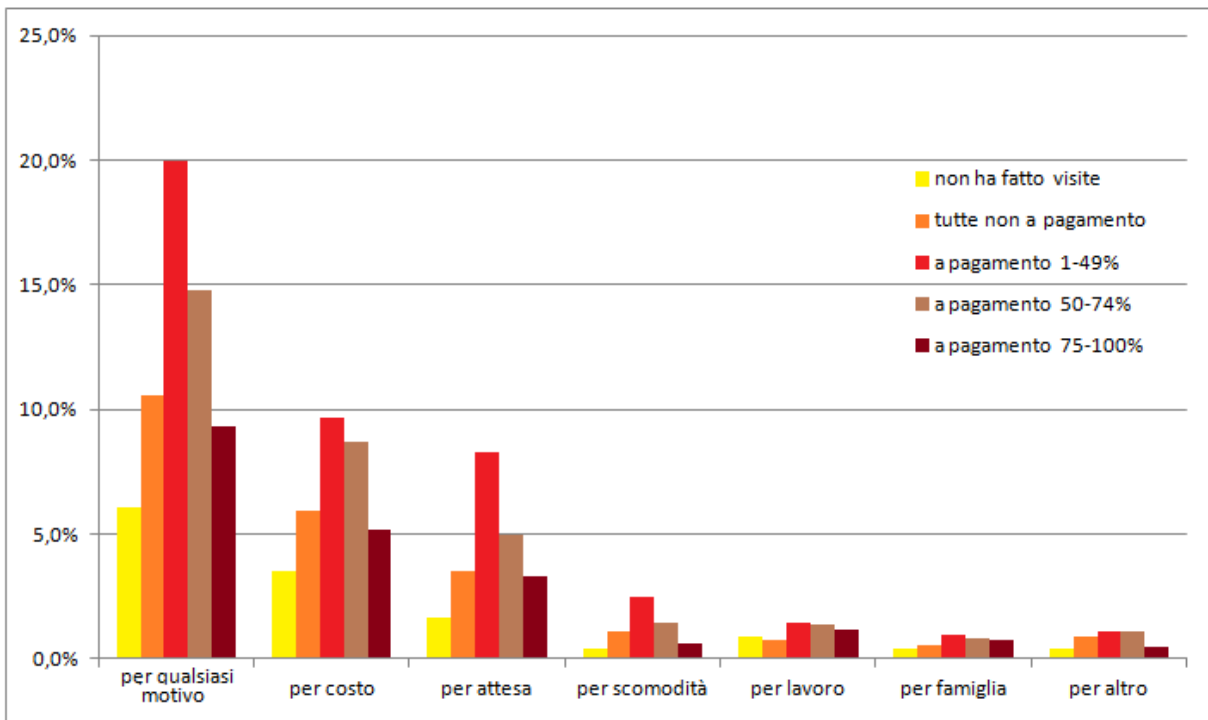
Oltre al reddito una informazione disponibile è la condizione occupazionale; nei disoccupati la rinuncia di prestazioni è molto più elevata ed è cresciuta negli anni



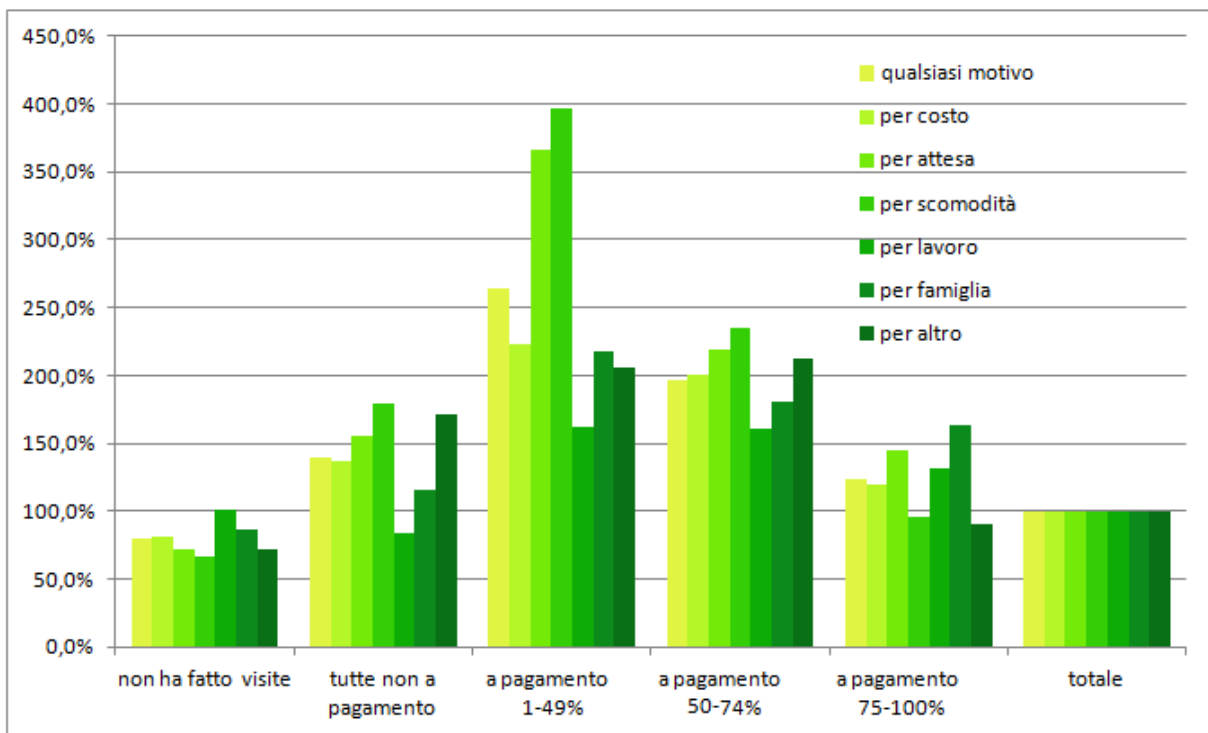
Le motivazioni delle rinunce

Una analisi più approfondita delle motivazioni che hanno portato alle rinunce delle prestazioni può essere eseguita considerando la tipologia dei consumi sanitari dei soggetti.

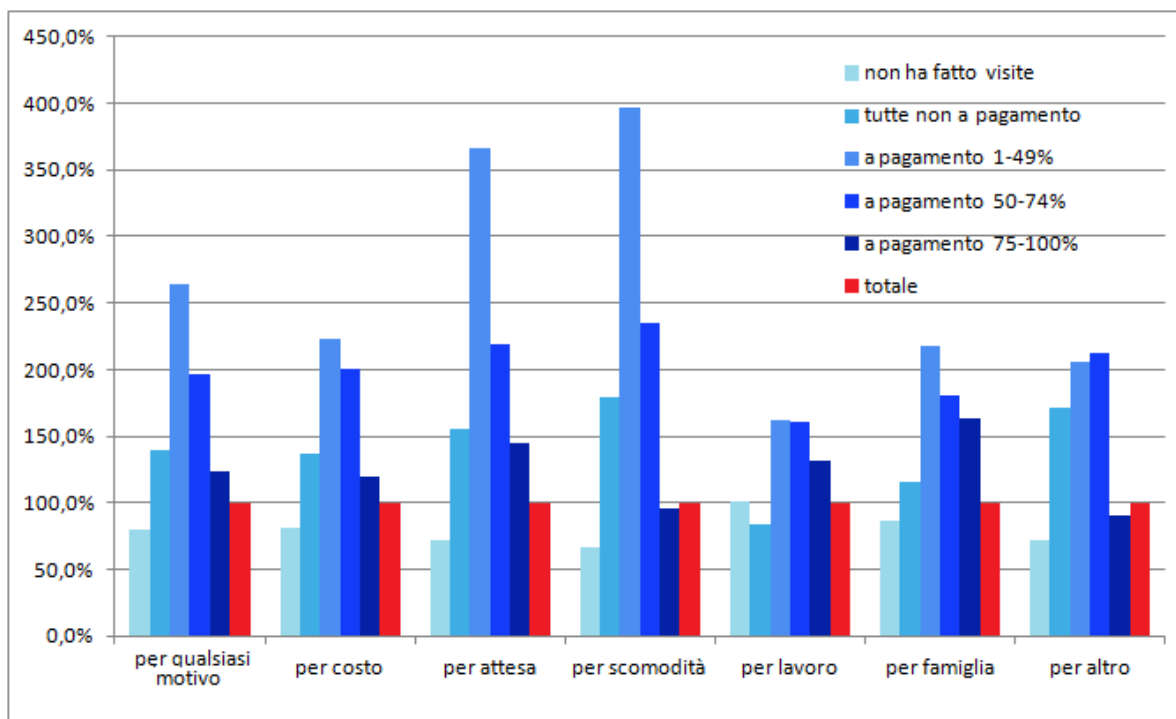
Si osserva innanzitutto che la quota maggiore di rinunce avviene nei soggetti che affermano di aver avuto un accesso alle prestazioni anche a pagamento ma sotto la soglia del 50% e le differenze sono più marcate quando la motivazione sono i tempi di attesa. Chi invece afferma di aver praticamente eseguito solo prestazioni a pagamento le rinunce sono minori.



Rinuncia a visite secondo la motivazione e il tipo di accesso avuto nell'anno: % sulla popolazione

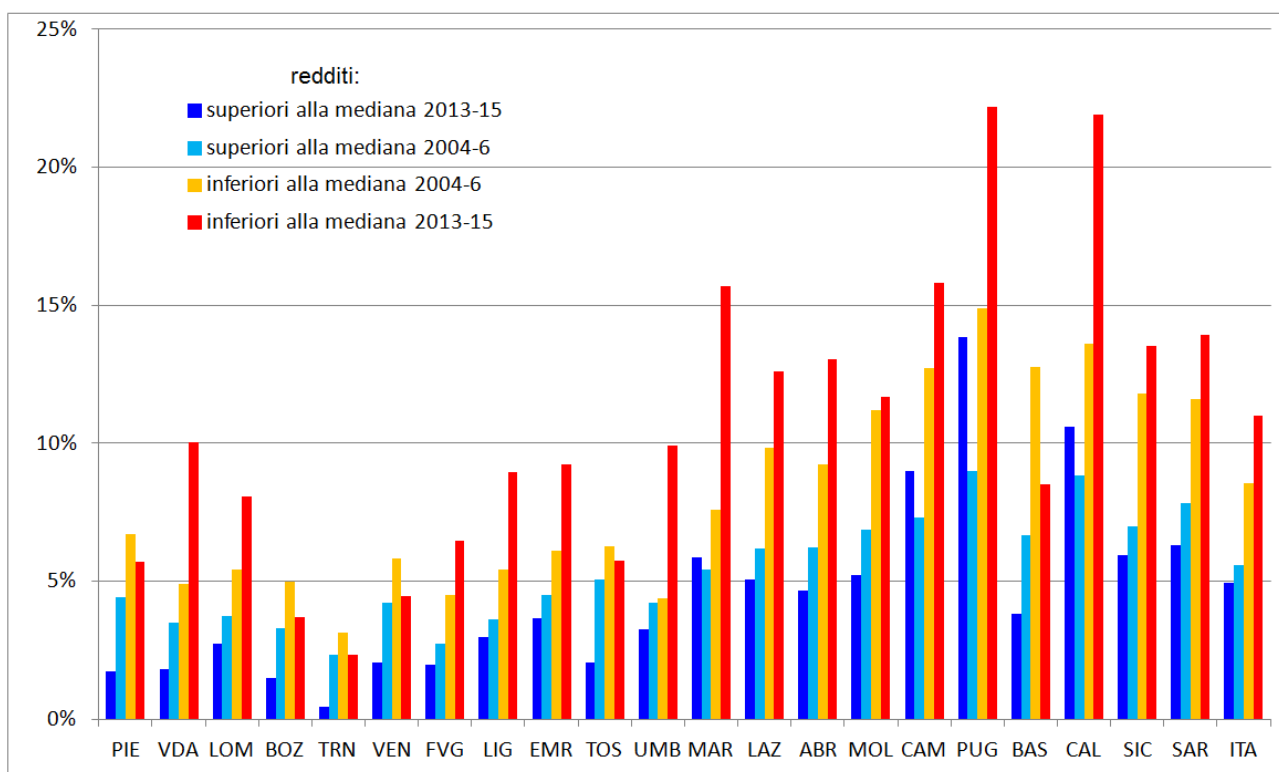


Rinuncia a visite secondo la motivazione e il tipo di accesso avuto nell'anno: % rispetto al totale per i diversi motivi



Rinuncia a visite secondo la motivazione e il tipo di accesso avuto nell'anno : % rispetto al totale per la tipologia d'accesso avuto nell'anno

Anche la residenza nelle diverse Regioni è un fattore che crea forti disuguaglianze soprattutto in chi ha un reddito inferiore e la situazione appare in forte crescita in alcune Regioni come le Marche, la Puglia e la Calabria mentre in Alto Adige, in Veneto ed in Toscana sembra diminuire.



Anche per i dati Eusilc si è effettuata una analisi mediante una regressione logistica. Sono stati eliminati gli anni 2004-2006 perchè la variabile salute soggettiva aveva delle categorie differenti dagli anni successivi e si è tolto anche l'anno 2012 perchè sono state segnalate delle incoerenze nella rilevazione.

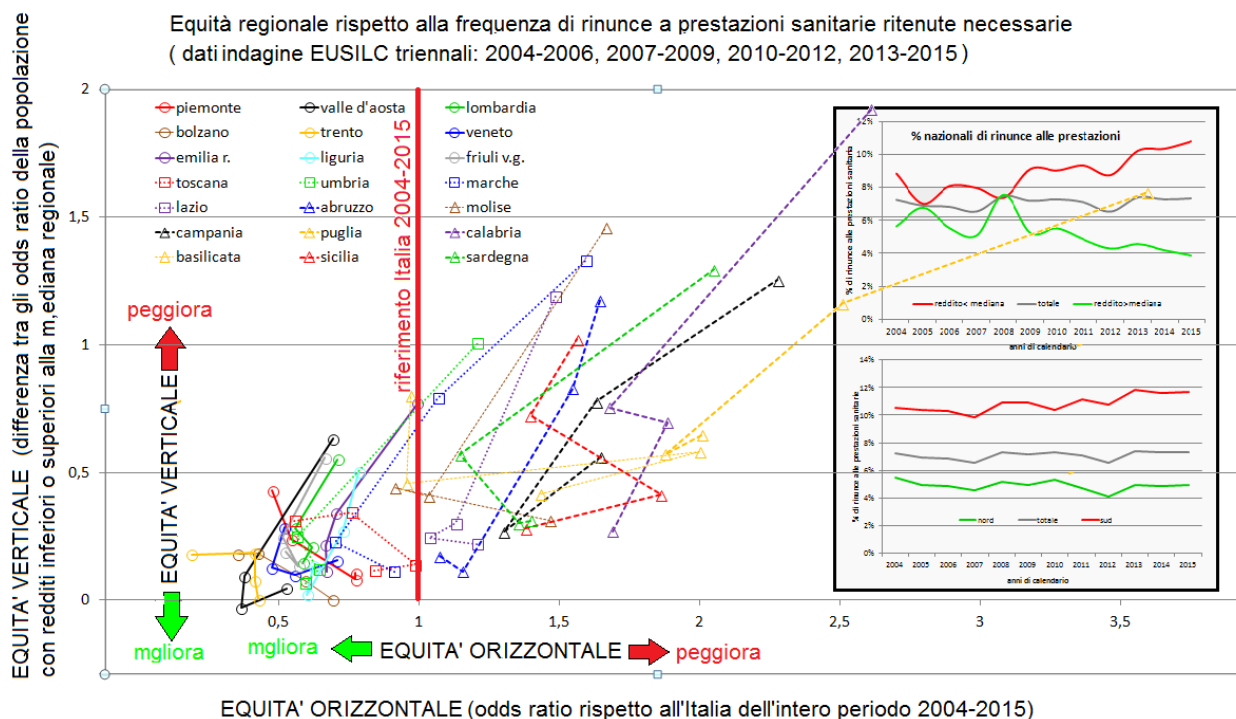
Gli Odds Ratios riportati in tabella rappresentano la misura moltiplicativa del ruolo dei singoli fattori, cioè il rischio di determinare una rinuncia, al netto di tutti gli altri.

Come per l'indagine Multiscopo il ruolo di ciascun fattore non cambia molto se si analizzano tutte le rinunce o le sole motivate da ragioni economiche; tuttavia si può osservare una maggiore crescita del trend e valori più elevati per gli stati di salute peggiori nonché ovviamente per le condizioni reddituali della famiglia.

Regressione logistica relativa alla rinuncia di prestazioni			
VARIABILE	MODALITA'	Odds ratio	
		MOTIVO QUALSIASI	MOTIVI ECONOMICI
età quinquennale	20-24	1	1
	25-20	1,220	1,208
	30-34	1,758	1,874
	35-39	1,685	1,773
	40-44	1,706	1,784
	45-49	1,778	1,788
	50-54	1,585	1,670
	55-59	1,486	1,513
	60-64	1,249	1,261
	65-69	1,058	1,034
	70-74	0,937	0,854
	75-79	0,859	0,740
genere	uomo	1	1
	donna	1,236	1,293
anno inchiesta	2007	1	1
	2008	1,187	1,310
	2009	1,176	1,348
	2010	1,259	1,329
	2011	1,163	1,775
	2013	1,431	2,291
	2014	1,429	2,516
	2015	1,423	2,624
stato salute autopercepita	MOLTO BENE	1	1
	BENE	1,821	1,815
	NE BENE NE MALE	5,066	5,752
	MALE	9,079	11,565
	MOLTO MALE	12,729	16,422
reddito	SUPERIORE	1	1
	INFERIORE	1,896	2,920
aree geografiche	NORDOVEST	1	1
	NORDEST	0,751	0,652
	CENTRO	1,441	1,416
	SUD	2,452	2,560
	ISOLE	2,055	2,283

Disequità nelle rinunce di prestazioni sanitarie

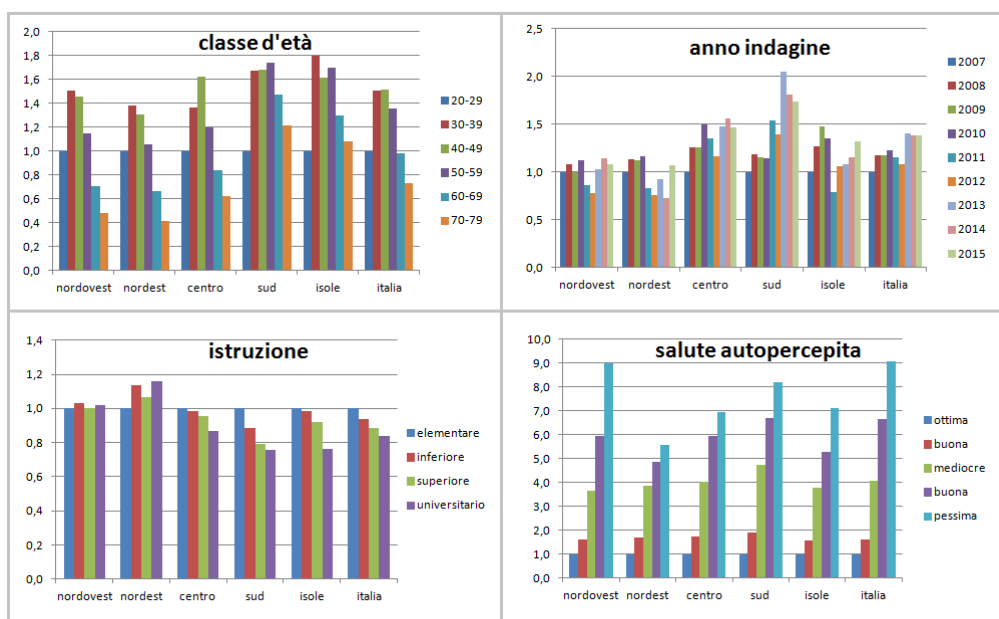
Per valutare le disequità presenti in Italia nell'accesso alla sanità, il dato della rinuncia alle prestazioni può rappresentare un valido indicatore che non esaurisce tutti gli aspetti, ma che sicuramente riesce a disegnare un valido panorama.



Si parla di equità orizzontale quando si valutano le differenze geografiche rispetto alla situazione media italiana, e di equità verticale quando invece si analizzano le differenze tra classi sociali o reddituali.

Il grafico qui presentato mostra come i due parametri di equità siano tra di loro associati e come le differenze di rinuncia siano non solo maggiori nelle Regioni meridionali, ma in queste siano più accentuate le differenze per classi di reddito.

Rinunce per aree, anni e motivazioni



Rinunce per qualsiasi motivazione (regressione logistica su dati Eusilc 2007-2015)

Odds ratio di aver rinunciato ad una o più prestazioni

fattori	modalità	nordovest	nordest	centro	sud	isole	italia
classe di età	20-29	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	30-39	1,503	1,378	1,367	1,674	1,802	1,508
	40-49	1,458	1,309	1,621	1,679	1,615	1,512
	50-59	1,151	1,057	1,200	1,737	1,700	1,355
	60-69	0,704	0,667	0,841	1,473	1,299	0,979
	70-79	0,484	0,415	0,625	1,218	1,081	0,728
istruzione	elementare	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	inferiore	1,032	1,136	0,987	0,886	0,986	0,937
	superiore	1,001	1,066	0,953	0,792	0,919	0,887
	universitario	1,020	1,160	0,870	0,756	0,761	0,837
salute autopercepita	ottima	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	buona	1,589	1,700	1,744	1,903	1,566	1,614
	mediocre	3,663	3,870	4,020	4,719	3,783	4,090
	buona	5,940	4,843	5,934	6,702	5,289	6,643
	pessima	8,996	5,565	6,954	8,200	7,130	9,081
anno inchiesta	2007	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	2008	1,080	1,135	1,259	1,189	1,263	1,170
	2009	1,001	1,122	1,258	1,155	1,481	1,170
	2010	1,117	1,159	1,492	1,144	1,351	1,226
	2011	0,864	0,829	1,347	1,535	0,787	1,153
	2012	0,774	0,758	1,164	1,395	1,055	1,078
	2013	1,025	0,924	1,480	2,046	1,082	1,400
	2014	1,147	0,728	1,557	1,814	1,156	1,387
	2015	1,079	1,070	1,471	1,737	1,322	1,382
genere	uomo	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	donna	1,250	1,274	1,238	1,207	1,225	1,224
cronicità	non cronico	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	cronico	1,699	1,766	1,416	1,653	1,604	1,418
reddito	inferiore	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	superiore	0,460	0,593	0,526	0,527	0,527	0,538



Rinunce per ragioni economiche (regressione logistica su dati Eusilc 2007-2015)

Odds ratio di aver rinunciato ad una o più prestazioni

fattori	modalità	nordovest	nordest	centro	sud	isole	italia
classe di età	20-29	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	30-39	1,657	1,297	1,244	1,820	2,018	1,581
	40-49	1,587	1,242	1,506	1,752	1,711	1,550
	50-59	1,279	1,025	1,069	1,859	1,762	1,408
	60-69	0,713	0,517	0,698	1,528	1,249	0,954
	70-79	0,415	0,339	0,498	1,103	0,930	0,632
istruzione	elementare	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	inferiore	1,019	1,312	0,921	0,870	0,972	0,914
	superiore	0,976	1,154	0,901	0,761	0,911	0,856
	universitario	0,967	1,173	0,787	0,731	0,642	0,771
salute autopercepita	ottima	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	buona	1,802	1,671	1,936	1,778	1,389	1,569
	mediocre	4,881	4,208	5,128	4,809	3,809	4,525
	buona	9,597	5,635	8,184	7,393	5,822	8,197
	pessima	15,235	6,389	9,078	8,756	8,059	11,279
anno inchiesta	2007	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	2008	1,172	1,049	1,609	1,217	1,572	1,285
	2009	1,181	1,168	1,803	1,082	1,964	1,336
	2010	1,232	1,092	2,287	0,993	1,358	1,284
	2011	1,275	0,907	2,541	2,225	1,217	1,755
	2012	1,189	1,030	2,423	2,094	1,949	1,769
	2013	1,753	1,119	2,952	2,730	2,025	2,221
	2014	1,915	1,172	4,198	2,528	2,277	2,408
	2015	1,998	1,813	3,727	2,608	2,635	2,508
genere	uomo	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	donna	1,342	1,582	1,320	1,191	1,270	1,273
cronicità	non cronico	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	cronico	1,579	1,790	1,432	1,687	1,638	1,394
reddito	inferiore	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	superiore	0,267	0,342	0,348	0,376	0,372	0,360

Le regressioni logistiche distinte per aree geografiche mostrano degli Odds ratios abbastanza simili per età, istruzione e salute. Si differenziano invece rispetto agli anni dell'indagine, ed in particolare per la motivazione economica della rinuncia. Nel nordovest è superiore al 2007 negli ultimi tre anni, nel nordest solo nel 2015, nel sud negli ultimi quattro anni mentre nel centro vi è una crescita continua dal 2007 al 2015. In generale comunque sembra potersi ritenere che le rinunce, al netto dei vari fattori che le hanno determinate, siano cresciute soprattutto dal 2011 in poi.

Conclusioni

Quali conclusioni si possono ricavare a grandi linee come sintesi di questi dati?

- La variabilità negli anni è molto esigua mentre la variabilità tra aree è molto elevata. Il valore dell'Italia centrale quasi raddoppia il dato del nord e il dato dell'Italia meridionale quasi lo triplica.
- La motivazione economica alle rinunce era presente in meno della metà dei casi nel 2004 mentre nel 2015 superava i tre quarti. L'incremento di questa quota è pressoché costante in tutte le aree ma superiore al sud.

- C) La vera differenza la si osserva nei soggetti più a rischio ed in particolare nei soggetti a basso reddito e nei soggetti disoccupati che non solo hanno percentuali di rinuncia più che doppi rispetto alla popolazione generale, ma negli anni la loro situazione si aggrava ulteriormente.
- D) Che i comunicati che affermano che più di 12 milioni di Italiani stanno rinunciando alle cure non corrispondono ai dati che indagini serie su ampi campioni hanno misurato.

La riflessione porta quindi a concludere che il SSN ha mostrato una sufficiente resilienza alla crisi economica assumendo quindi un ruolo importante di elemento anticiclico, ma non ha risolto purtroppo sia la situazione di disomogeneità territoriale, sia la garanzia di parità di accesso alle diverse fasce di popolazione.

Una revisione del sistema contributivo che tenga maggiormente in considerazione lo stato economico degli assistiti ed una riduzione delle necessità di accedere a dei servizi a pagamento per poter risolvere attese eccessive sono due priorità importanti per far aumentare l'equità di accesso al SSN.

E ugualmente non si può tacere dell'opportunità di considerare questi dati quando si elaborano i criteri di finanziamento dei servizi sanitari regionali che sicuramente evidenziano tra di loro delle differenze importanti di efficienza nella produzione di prestazioni ma anche delle differenze rilevanti di bisogno nelle popolazioni. Se si vuole mantenere il valore dell'universalismo del nostro sistema sanitario non si può accettare che la rinuncia di una prestazione sia un evento raro in alcune Regioni mentre in altre riguarda fino ad un quinto della popolazione.

Non si pensi infine che le differenze tra aree del paese possano essere risolte sacrificando il regionalismo dell'organizzazione sanitaria; queste differenze sono innanzitutto frutto delle diversità economiche e culturali delle popolazioni e solo lavorando sulla maggior omogeneità di queste che si possono ridurre quelle.

Bibliografia (un elenco di articoli sulla letteratura internazionale che trattano della rinuncia alle prestazioni sanitarie)

Israel S. (2016) How social policies can improve financial accessibility of healthcare: a multi-level analysis of unmet medical need in European countries. <i>Int J Equity in Health</i> . 2016;15:41. doi: 10.1186/s12939-016-0335-7.
Jon Ivar Elstad (2016) Income inequality and foregone medical care in Europe during The Great Recession: multilevel analyses of EU-SILC surveys 2008–2013 <i>Int J Equity Health</i> . 2016; 15: 101.
S. Chaupain-Guillot, O. Guillot, (2015) ,Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. <i>The European Journal of Health Economics</i> , Volume 16, Issue 7, pp 781–796
Reeves A, Mckee M, Stuckler D. (2015) The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. <i>Eur J Public Health</i> . 2015;25:364–365. doi: 10.1093/eurpub/ckv040.
Tsounis A, Sarafis P, Alexopoulos EC. (2014) Austerity and its consequences on cancer screening in Greece. <i>Lancet</i> . 2014 Dec 13;384(9960):2110
Vargas Bustamante A, Chen J. (2014) The Great Recession and Health Spending among Uninsured U.S. Immigrants: Implications for the Affordable Care Act Implementation. <i>Health Serv Res</i> . 2014 Jun 24.
Eurofond . (2014). Access to healthcare in times of crisis. Luxembourg: Publication Office of the European Union;

Chaupain-Guillot, S., Guillot, O., Jankeliowitch-Laval, E.: (2014) Le renoncement aux soins médicaux et dentaires: une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. <i>Economie et Statistique</i> 469–470, 169–197
Giovanella L, Stegmüller K.(2014) The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. <i>Cad Saude Publica</i> . 2014 Nov;30(11):2263-2281
Huang J, Birkenmaier J, Kim Y. (2014)Job loss and unmet health care needs in the economic recession: different associations by family income. <i>Am J Public Health</i> . 2014 Nov;104(11):e178-83.
Royce R.(2013) Health coverage lessons from the Greek meltdown. <i>Manag Care</i> . 2013 Jul;22(7):11-2.
Dubois H, Anderson R. (2013) Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2013.
Rodrigues R, Zolyomi E, Kalavrezou N, Matsaganis M. (2013) The impact of the financial crisis on unmet needs for healthcare. Research Note 7/2013. Brussels: European Commission; 2013.
Cavaliere, M.: (2013) Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. , <i>Int. J. Health Geogr</i> , 12. doi:10.1186/1476-072X-12-27. Article no. 27
Gould E. (2012) Employer-sponsored health insurance erosion accelerates in the recession. <i>Int J Health Serv</i> . 2012;42(3):499-537.
Tchicaya, A., Lorentz, N. (2012): Inégalités et déterminants socioéconomiques du non recours aux soins dentaires en Europe. Paper presented at the 32nd annual meeting of the French association for social economics, Aix-en-Provence, 13–14 September 2012
Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R., Jusot, F. (2011): Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique. <i>Quest. d'économie de la santé</i> 170
Busse R, Van Ginneken E, Wörz M.(2011)Access to health care services within and between countries of the European Union. In: Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, Van Ginneken E, editors. <i>Cross-border Health Care in the European Union</i> . Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2011. pp. 47–90.
Baggett, T.P., O'Connell, J.J., Singer, D.E., Rigotti, N.A. (2010): The unmet health care needs of homeless adults: a national study. <i>Am. J. Public Health</i> 100(7), 1326–1333
Chang NH, Huang CL, Yang YO. (2010) The effects of economic crises on health care. <i>Aug</i> ;57(4):89-94
Fronstin P. (2010) The impact of the recession on employment-based health coverage. <i>EBRI Issue Brief</i> . 2010 May;(342):1-22
Hernández-Quevedo, C., Masseria, C., Mossialos, E. (2010): Methodological issues in the analysis of the socioeconomic determinants of health using EU-SILC data. <i>EUROSTAT Methodologies and working papers</i> , Publications Office of the Eur. Union, Luxembourg
Chaupain-Guillot, S., Guillot, O., Jankeliowitch-Laval, E.: (2009) Le renoncement aux soins de santé: une analyse à partir de l'enquête SRCV. In: Barnay, T., Legendre, F. (eds.) <i>Emploi et politiques sociales</i> , tome 1, pp. 85–96. L'Harmattan, Paris
Or, Z., Jusot, F., Yilmaz, E. (2009): Inégalités de recours aux soins en Europe. Quel rôle attribuable aux systèmes de santé? <i>Rev. Economique</i> 60(2), 521–543
Allin, S., Grignon, M., & Le Grand, J. (2009). Subjective Unmet Need and Utilization of Health Care Services in Canada: Implications for Equity. <i>Social Science and Medicine</i> , Epub ahead of print.
Allin, S., Masseria, C., & Mossialos, E. (2009). Measuring Socioeconomic Differences in Use of Health Care Services by Wealth Versus by Income. <i>American Journal of Public Health</i> , 99(10): 1849-1855.
Allin S, Masseria C. (2009) Unmet need as an indicator of health care access. <i>Eurohealth</i> . 2009;15:7–9.

Hurley, J., Jamal, T., Grignon, M., & Allin, S. (2008). The Relationship between Self-reported Unmet Need for Health Care and Health Care Utilization. Report for the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. Hamilton:McMaster University.
Koolman, X. (2007): Unmet need for health care in Europe. In Comparative EU statistics on income and living conditions: issues and challenges. Proceedings of the EU-SILC conference (Helsinki, 6-8 November 2006), pp. 183–191. EUROSTAT, Office for Official Publications of the Eur. Communities, Luxembourg
Mielck, A., Kiess, R., van den Knesebeck, O., Stirbu, I., & Kunst, A. (2007). Association between access to health care and household income among the elderly in 10 western European countries. Tackling health inequalities in Europe: An integrated approach pp. 471-482). Rotterdam: Erasmus MC Department of Public Health.
Ahs, A., & Westerling, R. (2006). Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. <i>Health Policy</i> , 78, 178-193.
Mollborn, S., Stepanikova, I., & Cook, K. S. (2005). Delayed care and unmet needs among health care system users: when does fiduciary trust in a physician matter? <i>Health Services Research</i> , 40(6), 1898-1917.
Kane, D.J., Zotti, M.E., Rosenberg, D. (2005): Factors associated with health care access for Mississippi children with special health care needs. <i>Matern. Child Health J.</i> 9(suppl 2), S23–S31
Shi, L., Stevens, G.D. (2005): Vulnerability and unmet health care needs. The influence of multiple risk factors. <i>J. Gen. Intern. Med.</i> 20(2), 148–154
Dusing, S.C., Skinner, A.C., Mayer, M.L. (2004): Unmet need for therapy services, assistive devices, and related services: data from the national survey of children with special health care needs. <i>Ambul. Pediatr.</i> 4(5), 448–454
van Doorslaer, E., Masseria, C., & the OECD Health Equity Research Group Members. (2004). Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Paris: OECD.21
Lewis, J.H., Andersen, R.M., Gelberg, L. (2003): Health care for homeless women. Unmet needs and barriers to care. <i>J. Gen. Intern. Med.</i> 18(11), 921–928
Heslin, K.C., Cunningham, W.E., Marcus, M., Coulter, I., Freed, J., Der-Martirosian, C., Bozzette, S.A., Shapiro, M.F., Morton, S.C., Andersen, R.M. (2001): A comparison of unmet needs for dental and medical care among persons with HIV infection receiving care in the United States. <i>J. Public Health Dent.</i> 61(1), 14–21
Aday, L., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. <i>Health Services Research</i> , 9, 208-220.