



FONDAZIONE  
FARMAFACTURING

# Il Sistema Sanitario in controluce

Rapporto 2013

Seconda parte



FONDAZIONE  
FARMAFACTURING

## IL SISTEMA SANITARIO IN CONTROLUCE RAPPORTO 2013

*Le attività di prevenzione  
come elemento  
per la sostenibilità del SSN*

**Italia e Puglia, la prevenzione nella vita  
quotidiana dei cittadini:  
cosa sta cambiando con la crisi?**

È vietata la riproduzione senza preventivo consenso della Fondazione Farmafactoring



FONDAZIONE  
FARMAFACTORING



*L'obiettivo delle attività di ricerca della Fondazione Farmafactoring per il 2013 è proporre un differente modello di analisi della sostenibilità finanziaria del SSN basato su maggiori investimenti nelle politiche di prevenzione a tutti i livelli, implementando strategie che non saranno solo limitate a interventi nel settore sanitario.*

*Come consuetudine, il tema oggetto di analisi è affrontato da tre prospettive diverse: economico-finanziaria, sociale e manageriale.*

*La presente ricerca, realizzata in collaborazione con la Fondazione Censis, costituisce una delle tre parti del Rapporto 2013 "Le attività di prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN" e guarda al tema dal punto di vista sociale, indagando gli attuali comportamenti dei cittadini italiani nei confronti delle attività di prevenzione.*

*La prima parte del rapporto, già presentata a maggio 2013, ha guardato al problema della prevenzione dal punto di vista economico-finanziario simulando le prospettive di spesa da oggi al 2050 e disegnando possibili scenari a seguito dell'attivazione di politiche in grado di ridurre o ritardare l'età in cui si manifestano patologie croniche, responsabili di buona parte della spesa sanitaria.*

*La terza ed ultima parte, che verrà realizzata in collaborazione col CERGAS e sarà presentata a novembre 2013, affronterà l'analisi da un punto di vista manageriale.*



FONDAZIONE  
FARMAFACTORING

## INDICE

1. IL VALORE DI UN'INDAGINE: UN QUADRO D'INSIEME DELLA PREVENZIONE .....	1
2. I PRINCIPALI RISULTATI .....	2
3. I COMPORTAMENTI E GLI STILI DI VITA.....	6
4. LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE E GLI STILI DI VITA DEI FIGLI .....	17
5. I RISCHI DI UN PASSO INDIETRO NELLA PREVENZIONE SANITARIA .....	21
6. UN APPROFONDIMENTO SULLA DIMENSIONE PSICOLOGICA DELLA CRISI.....	27
7. L'ALTO INTERESSE DEGLI ITALIANI PER UNA INFORMAZIONE DI QUALITÀ SULLA PREVENZIONE .....	29
8. ABITUDINI INDIVIDUALI E AMBIENTE SALUBRE: I DUE PILASTRI PER COSTRUIRE BUONA SALUTE .....	34
9. IL CONSENSO SOCIALE SUGLI INVESTIMENTI DI RISORSE PUBBLICHE PER LA PREVENZIONE.....	38
10. I TIMORI DI UN DETERIORAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO .....	44
ALLEGATO - LA DOMANDA DI SALUTE E LA PERCEZIONE DELLA QUALITÀ DELL'OFFERTA .....	49

## 1. Il valore di un'indagine: un quadro d'insieme della prevenzione

Nell'affrontare il tema della prevenzione rispetto alla salute occorre tenere presente il fatto che si tratta di una dimensione non esclusivamente istituzionale, essendo costituita, per la parte che va sotto il nome di prevenzione primaria, dall'insieme dei comportamenti individuali, quotidiani, ed a volte intimi, la cui pratica è legata alla volontà e agli stili di vita delle persone.

Questa dimensione molecolare della prevenzione primaria è uscita da tempo dallo stato nascente, anche in Italia, visto che è parte integrante degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale dalla sua nascita, e che data da almeno un decennio la crescente attenzione degli italiani per gli impatti sulla propria salute dei comportamenti quotidiani legati all'alimentazione, al rapporto con il fumo e la pratica sportiva, ecc..

All'inizio dello scorso decennio sono stati due ministri oncologi, Umberto Veronesi e Girolamo Sirchia, a definire alcune importanti priorità rispetto al ruolo degli stili di vita nel determinare lo stato di salute delle persone, a prendere sul serio il contenuto e l'intensità della domanda sanitaria per i suoi addentellati con la dimensione comportamentale e privata della salute, e ad assegnare alla prevenzione un ruolo strategico all'interno del sistema sanitario. A seguito del loro impegno, il Paese ha raggiunto anche livelli di eccellenza riconosciuti a livello internazionale, ad esempio per la norma introdotta da Sirchia sul divieto di fumare nei locali pubblici.

La propensione individuale agli stili di vita salutari, ed anche la *legacy* dell'impegno pubblico politico-istituzionale sulla loro diffusione, deve però fare i conti sia con una antica residualità della prevenzione sanitaria rispetto ad altri comparti della sanità pubblica, ed in particolare rispetto al ruolo dell'intervento ospedaliero, sia con gli effetti della crisi economico-finanziaria sulle ristrettezze dei bilanci pubblici, ed anche delle famiglie, che hanno avuto ripercussioni negative di ogni settore.

Si può dire che nel nuovo contesto che si è venuto determinando è alto il rischio che la prevenzione subisca un ulteriore ridimensionamento, come componente della sanità e della spesa sanitaria pubblica, e che questo processo di *downsizing* si estenda anche alla spesa e all'impegno individuale degli italiani.



Per questo vanno considerati di estremo interesse i risultati di una indagine realizzata dalla Fondazione Censis, all'interno del Rapporto Fondazione Farmafactoring 2013 *La sanità in controluce*, su un campione nazionale di 1.000 cittadini ed un campione di 600 cittadini residenti in Puglia.

Attraverso lo studio è stato possibile mettere a fuoco dal punto di vista dei cittadini la matrice di comportamenti, opinioni ed aspettative dei cittadini italiani e pugliesi, con particolare riferimento alla dimensione della prevenzione sanitaria ed agli effetti della crisi, sullo sfondo dell'evoluzione dei servizi sanitari regionali.

## 2. I principali risultati

La prevenzione per italiani e pugliesi è un fatto prevalentemente individuale, che si compone di una pluralità di comportamenti soggettivi quotidiani, collocati in sfere diverse ed anche distanti tra loro, che però contribuiscono in maniera sinergica a promuovere buona salute ed a ridurre il rischio di insorgenza di patologie.

Dalle diete salutari alla pratica sportiva, dal rigetto del fumo e dell'alcol alle tecniche di promozione del benessere psicologico, sino alle pratiche di tutela dall'*ageing* (come il tenere allenata la mente), nel quotidiano di italiani e pugliesi sono ormai radicati comportamenti dal positivo impatto verso la tutela della salute.

E' questo un primo positivo risultato che emerge dalla indagine e che richiama la responsabilizzazione crescente dei cittadini rispetto all'autoregolazione della propria salute, che ha ovviamente nella prevenzione un terreno privilegiato di espressione.

La propensione a praticare stili di vita salutari e ad adottare comportamenti di prevenzione rispetto ai danni alla salute è particolarmente alta tra i genitori, sia italiani che pugliesi, in linea con quella genitorialità responsabile, forse a volte un po' ansiosa, che è dato riscontrare anche in altri ambiti.

Dalle attività sportive al rapporto continuativo con il pediatra, dalle vaccinazioni al ricorso agli apparecchi odontoiatrici, sino al rispettare l'uso del seggiolino di sicurezza in auto (come previsto dalla legge), è molto ampia la matrice di comportamenti che generano prevenzione per la salute dei propri figli.

Il quadro non è però ovviamente tutto roseo: colpisce, ad esempio, quanto ancora diffusi siano comportamenti notoriamente ad alto rischio, dal non





utilizzare il casco in moto, al non proteggersi durante i rapporti sessuali occasionali; così come tra i bambini, dalle dichiarazioni dei genitori si evidenzia che esistono quote non marginali di comportamenti alimentari non adeguati, come il mangiare con regolarità merendine preconfezionate o il bere frequentemente bevande gassate, prodotti che a detta degli esperti ed al di là di possibili ed erronee demonizzazioni, non dovrebbero trovare posto stabile nella dieta delle persone in età evolutiva.

Si può dire, pertanto, che gli stili di vita salutari sono oggi una realtà consolidata della nostra società, in Puglia come nel resto del paese, e tuttavia è evidente quanto ampio sia ancora l'impegno necessario per diffondere ulteriormente la consapevolezza e la responsabilità soggettiva, e soprattutto per modificare i comportamenti erronei in ambiti in cui l'adozione di alcune semplici regole potrebbe ridurre l'insorgenza di patologie e la conseguente pressione sul sistema sanitario.

Peraltro, la crisi sta modificando profondamente una serie di comportamenti, in particolare nella sfera dei consumi e degli acquisti, con riduzione del consumo di alcuni alimenti tipici della buona dieta, come frutta, verdura e pesce, o con la rinuncia forzata a palestre e piscine; ed è ormai ampiamente evidente che l'impatto psicologico e materiale della crisi non lascia indenne l'area delle opzioni relative alla salute, penalizzando maggiormente i gruppi sociali a più basso reddito. Fenomeno questo che peraltro ha avuto anche qualche effetto positivo, ad esempio inducendo una quota di soggetti a rinunciare per ragioni economiche ad acquistare sigarette, con un effetto netto positivo sulla propria salute.

L'aspetto più nuovo che l'indagine richiama rispetto all'impatto che la crisi ha avuto e sta avendo sulla salute dei cittadini riguarda però la dimensione psicologica e del benessere in senso ampio, tenuto conto della elevata quota di italiani che soggiace ad un incremento dello stress da sostenere a causa di eventi afferenti direttamente o indirettamente alla crisi, e questo è un fenomeno trasversale ai gruppi sociali.

Nell'ambito dei comportamenti di prevenzione sono abbastanza diffusi ormai anche quelli di tipo secondario, con una buona propensione a realizzare accertamenti diagnostici specificamente orientati alla prevenzione generale o a quella per specifiche patologie; in questo ambito riferimento primario è il medico di medicina generale al quale le persone, in Puglia come in Italia, tendono a rivolgersi prioritariamente per avere indicazioni ed orientamenti, e per disegnare una personale traiettoria di autotutela dall'insorgere di patologie.



Se il medico di medicina generale è il pivot del rapporto dei cittadini con la prevenzione sanitaria, specie di tipo secondario, la consapevolezza dell'importanza della prevenzione generale e della necessità di non attendere l'insorgere di una patologia o di specifici sintomi per attivare le necessarie iniziative, secondo gli intervistati dipende soprattutto dalla maturazione individuale e soggettiva.

E a questa maturazione contribuisce in misura rilevante l'informazione, che se di qualità e certificata, è in grado di produrre educazione sanitaria, come dimostrato dal sito di alcune ampie campagne nazionali e locali che nel passato, anche recente, sono state realizzate con un certo successo.

La dimensione individuale, privata, della prevenzione trova solo in parte un riscontro in quella pubblica, in quanto questa ultima costituisce da sempre una voce minore della spesa sanitaria pubblica, ed ora anche perché rischia di subire anch'essa gli effetti delle politiche di downsizing.

A questo proposito dai dati emerge, soprattutto per la Puglia, il timore che l'esito del rigore di bilancio pubblico sfoci in una riduzione della qualità delle performance del Servizio sanitario regionale, che già viene percepito in pericoloso scivolamento verso il basso; la paura di dovere investire più risorse proprie per la salute convive quindi con quella che la qualità delle prestazioni sanitarie pubbliche si deteriori ulteriormente.

Questi timori vanno di pari passo con la consapevolezza di italiani e pugliesi che la sanità deve cambiare profondamente e che occorre trasferire risorse dal settore ospedaliero a quello sociosanitario e territoriale e, soprattutto, alla prevenzione.

E' questo forse il dato più innovativo dell'indagine: italiani e pugliesi sono sicuri, da un lato, della necessità di innalzare l'efficienza di utilizzo delle risorse attualmente impiegate in sanità e, dall'altro, della priorità da dare alla riallocazione di risorse nel quadro di una sanità che non consideri marginali i due pilastri del territorio e della prevenzione, secondo uno schema diverso da quello tradizionalmente orientato all'ospedale, in linea con il portato dell'epidemiologia moderna e della domanda di assistenza che proviene dai cittadini.

Vi è dunque, secondo la ricerca, un'urgenza di risposte politiche e di bilancio pubblico rispetto a questa esigenza, anche perché né i pugliesi né i cittadini delle altre regioni sono disposti a subire ulteriori rialzi della pressione fiscale, fosse pure tramite tasse di scopo dalle finalità condivisibili, come quella per l'acquisto di tecnologie utili per la prevenzione sanitaria.



Che i soldi ci siano, che vadano utilizzati in modo più efficiente e che l'offerta sanitaria debba evolvere verso una composizione più in linea con le esigenze della sanità moderna è opinione trasversalmente condivisa, visto che il persistere di un contesto di inefficiente utilizzo delle risorse non solo genera frustrazione, ma anche, forse per la prima volta condensa una potenziale linea di frattura del consenso ai valori di solidarietà, che hanno trovato espressione anche nell'universalismo del servizio sanitario.

Infatti dalla ricerca emerge una quota relativamente alta di cittadini, pugliesi ed anche delle altre regioni, favorevoli a penalizzare o tassare punitivamente coloro che adottano comportamenti nocivi per la salute. Una sorta di versione estrema, questa, della responsabilità individuale rispetto alla regolazione della salute, che si distanzia dalla consueta logica della solidarietà orizzontale tipica della sanità universalista, che ha garantito libero accesso e, a determinate condizioni, gratuita assistenza a tutti coloro che hanno un bisogno.

Obesi, alcolisti, tossicodipendenti, fumatori e in generale chi non agisce in conformità ai comportamenti salutisti è, secondo una quota sorprendentemente alta di cittadini, da considerare direttamente responsabile dell'eventuale insorgenza di problematiche sanitarie ed è quindi imputabile direttamente, o per tramite della leva fiscale, degli esiti delle proprie scelte.

Più che una evoluzione della responsabilizzazione individuale, questa eticità punitiva sembra espressione di una sorta di esasperazione sociale verso la persistenza degli sprechi e il trasferimento di costi a carico dei cittadini, che sfocia nella voglia indefinita di trovare un colpevole sul quale scaricare i costi e le colpe di quanto accade. Per cui il senso degli stili di vita salutari migra da strumento di una più alta maturità a veicolo per stigmatizzare il mancato conformismo.

Anche per questo motivo dalla ricerca emerge l'esigenza di considerare la prevenzione non solo un fatto individuale e soggettivo, di fatto in carico ai cittadini sia come responsabilità che come finanziamento, ma sempre più deve diventare uno dei pilastri fondanti di una sanità sostenibile e di qualità.

E' questa forse l'indicazione più utile, da un punto di vista delle politiche sanitarie: scelte che spostino risorse verso un potenziamento della prevenzione, che trovano il consenso dei cittadini e sono percepite come un modo efficace di utilizzare le risorse e costruire una sostenibilità non punitiva nell'ambito di un servizio sanitario rinnovato, che si distacchi dal modello classico centrato sull'offerta ospedaliera, ed incarni una sanità più in linea con le nuove esigenze.

### 3. I comportamenti e gli stili di vita

Per delineare il quadro di riferimento complessivo dell'indagine è utile partire dall'analisi del contenuto e dell'intensità di diffusione di una matrice di comportamenti che afferiscono alla prevenzione in generale, e che riguardano gli stili di vita, il rapporto con il medico di medicina generale e gli altri sanitari, nonché le prestazioni sanitarie finalizzate all'individuazione precoce di patologie.

Quasi l'86% degli italiani e poco più dell'84% dei pugliesi, dichiarano di svolgere attività che afferiscono alla prevenzione, dagli stili di vita al rapporto con i medici sino agli accertamenti diagnostici di vario tipo (tab. 1).

**Tab. 1 – Attività di prevenzione praticate nell'ultimo anno, confronto Puglia – altre regioni meridionali – Italia**  
(val. %)

<i>Negli ultimi dodici mesi, Lei ha svolto le seguenti attività di prevenzione per la Sua salute?</i>	Puglia	Altre regioni meridionali	Italia
<b>Si</b>	<b>84,3</b>	<b>79,6</b>	<b>85,8</b>
di cui			
- <i>esami mirati per specifiche patologie (rischio cardiovascolare, controlli oncologici ecc.)</i>	25,5	49,1	21,4
- <i>stili di vita salutari (non fumare, alimentazione sana, movimento ecc.)</i>	61,9	46,9	58,5
- <i>esami medici a scopo di prevenzione generale (visite, analisi, radiografie, ecc.)</i>	56,6	17,6	59,9
<b>No</b>	<b>15,7</b>	<b>20,4</b>	<b>14,2</b>
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013

Esiste una certa articolazione provinciale del grado di diffusione delle attività di prevenzione in Puglia: infatti, è il 94% dei residenti nella provincia di Taranto, l'87% di quelli di Brindisi e poi il 72,3% di Bat a dichiarare di avere svolto negli ultimi dodici mesi una qualche forma di prevenzione, dall'adozione di stili di vita salutari agli esami medici di controllo generali o specificamente rivolti a particolari rischi, dal cardiovascolare all'oncologico.



In generale, quindi, le diverse attività di prevenzione sanitaria e non sono molto presenti nella quotidianità degli italiani e dei pugliesi, con una maggiore diffusione delle pratiche relative agli stili di vita salutari.

Dai dati risulta che per la maggioranza degli italiani (circa il 60%) la prevenzione è fatta soprattutto di esami medici a scopo di prevenzione generale, mentre in Puglia quasi il 62% indica il ricorso all'adozione di stili di vita salutari; meno intenso è sia in Italia (il 14,2%) che in Puglia (il 15,7%) il ricorso ad esami mirati per specifiche patologie, da quelle oncologiche a quelle cardiovascolari.

Nelle altre regioni meridionali si registrano quote nettamente inferiori di cittadini che praticano forme di prevenzione (di nuovo stili di vita salutari e prestazioni medico-sanitarie), a testimonianza di una positiva specificità pugliese rispetto al contesto del Sud-isole.

In negativo va però sottolineato il dato relativo ai giovani (di età 18-29 anni) pugliesi, tra i quali coloro che dichiarano di non aver svolto alcuna attività di prevenzione risulta superiore al 31%, mentre è meno del 25% tra i giovani a livello nazionale.

Le attività di tipo medico finalizzate alla prevenzione realizzate dagli intervistati nel corso dell'ultimo anno sono (tab. 2):

- a livello nazionale, quasi il 60% degli intervistati ha fatto almeno una visita dal suo medico di medicina generale, il 55% ha fatto accertamenti diagnostici tramite analisi del sangue, il 36% si è rivolto a uno specialista per una visita, oltre il 35% ha svolto un accertamento tramite imaging e in quota minore (9,5%) un accertamento cardiovascolare;
- in Puglia si rispecchia a grandi linee la tendenza nazionale, in quanto oltre il 60% dei pugliesi nell'ultimo anno si è rivolto al medico per un controllo generico, il 57% ha fatto accertamenti tramite analisi del sangue, oltre il 36% si è recato dal medico specialista, ed il 35% ha effettuato accertamenti tramite imaging.

Il dato più rilevante è sicuramente la centralità del medico di medicina generale come riferimento prioritario per la prevenzione sanitaria, tanto che la visita di controllo periodica è la modalità più diffusa per tenere sotto controllo sistematico la propria salute.



**Tab. 2 - Attività sanitarie a scopo di prevenzione svolte nell'ultimo anno, confronto Italia-Puglia**

(val. %)

*Nell'ultimo anno ha svolto a scopo preventivo, le seguenti attività mediche:*

	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
- Visite dal medico di medicina generale	<b>60,2</b>	59,6
- Accertamenti diagnostici tramite analisi del sangue	<b>57,0</b>	55,2
- Accertamenti tramite imaging (tac, ecografie, ecc.)	<b>35,2</b>	35,5
- Visite dal medico specialista	<b>34,9</b>	36,1
- Calcolo del rischio cardiovascolare	<b>12,0</b>	9,5
- Nessuna di queste	<b>15,6</b>	17,7

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte*

*Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*

La citata specificità positiva pugliese emerge ad esempio per il fatto che, poiché i cittadini di questa regione che non hanno svolto alcuna attività di prevenzione sanitaria sono solo il 15,6%, quota pari al 24% nelle altre regioni meridionali.

E' interessante, poi, entrare nel merito della ampia matrice di comportamenti salutari che fanno parte della quotidianità anche nelle sue sfere più intime, e sui quali si gioca una parte importante del più generale miglioramento dello stato di salute dei cittadini.

In popolazioni che invecchiano, infatti, è particolarmente importante la diffusione di stili di vita salutari e di pratiche che prevengono l'insorgere di patologie e limitano le cronicizzazioni, le recidive e gli aggravamenti.

Tanto è vero che esiste un nesso importante tra gli stili di vita salutari e la dinamica della domanda di prestazioni e della spesa necessaria per finanziarla.

Una prima sfera di comportamenti significativi riguarda il rapporto con l'alimentazione, a cominciare dall'attenzione degli intervistati all'impatto che i cibi hanno sulla propria salute; è l'89,4% degli italiani e il 92% dei pugliesi, quota che sale in provincia di Bari al 96%, a Lecce al 95,5% e a Taranto al 94,5%, ad essere attenti all'impatto dei cibi sulla salute (tabb. 3-4).



**Tab. 3 - Alcuni comportamenti salutari utili per la prevenzione di malattie adottati dai pugliesi**

*(val. %)*

<i>Rispetto agli stili di vita, quali delle seguenti attività Lei pratica?</i>	<b>Puglia</b>	<i>di cui regolarmente</i>
- Mangiare in modo sano, attento all'impatto sulla mia salute dei cibi	<b>91,9</b>	57,6
- Tenere sotto controllo il mio peso	<b>81,3</b>	43,9
- Seguire una dieta personalizzata sotto controllo medico	<b>29,9</b>	12,3
- Non bere alcolici	<b>64,8</b>	-
- Camminare almeno 30 minuti al giorno	<b>76,8</b>	42,8
- Attività fisica (jogging, palestra, piscina ecc.)	<b>45,6</b>	22,2
- Tenere la mente allenata	<b>90,1</b>	55,7
- Tenere lo stress sotto controllo	<b>74,5</b>	28,5
- Fare periodi di vacanza nel corso dell'anno	<b>52,1</b>	8,1
- Praticare tecniche di rilassamento o meditative	<b>16,9</b>	2,8
- Fare cure termali (fanghi, bagni, inalazioni, ecc.)	<b>11,3</b>	1,1
- Lavarsi i denti almeno 2 volte al giorno	<b>95,9</b>	80,8
- Proteggere la pelle quando si espone al sole	<b>68,1</b>	44,1
- Non fumare	<b>75,6</b>	-

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte*

*Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*



**Tab. 4 - Alcuni comportamenti salutari utili per la prevenzione di malattie adottati dagli italiani**

(val. %)

<i>Rispetto agli stili di vita, quali delle seguenti attività Lei pratica?</i>	<b>Italia</b>	<i>di cui regolarmente</i>
- Mangiare in modo sano, attento all'impatto sulla mia salute dei cibi	<b>89,1</b>	54,4
- Tenere sotto controllo il mio peso	<b>78,4</b>	39,6
- Seguire una dieta personalizzata sotto controllo medico	<b>34,7</b>	11,1
- Non bere alcolici	<b>61,8</b>	-
- Camminare almeno 30 minuti al giorno	<b>78,2</b>	36,4
- Attività fisica (jogging, palestra, piscina ecc.)	<b>47,9</b>	23,1
- Tenere la mente allenata	<b>92,7</b>	56,9
- Tenere lo stress sotto controllo	<b>75,9</b>	24,3
- Fare periodi di vacanza nel corso dell'anno	<b>62,8</b>	11,5
- Praticare tecniche di rilassamento o meditative	<b>20,9</b>	5,7
- Fare cure termali (fanghi, bagni, inalazioni, ecc.)	<b>17,1</b>	2,8
- Lavarsi i denti almeno 2 volte al giorno	<b>95,4</b>	76,6
- Proteggere la pelle quando si espone al sole	<b>68,3</b>	43,7
- Non fumare	<b>73,0</b>	-

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte*

*Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*

Questa consapevolezza dei cittadini rispetto al rapporto tra alimentazione e salute è molto cresciuta nel tempo, anche per effetto della dimensione estetica, visto che è diffusa la consapevolezza del fatto che una cattiva alimentazione impatta anche sull'aspetto fisico.

Il rapporto con il cibo si lega anche quindi alla propensione degli intervistati (il 78% in Italia e l'81% in Puglia) a tenere sotto controllo il proprio peso; il 35% degli intervistati e il 30% dei pugliesi segue una dieta personalizzata sotto controllo medico.

I dati sono relativi agli intervistati che dichiarano di seguire le pratiche indicate sia regolarmente che di tanto in tanto; va sottolineato come le quote che





dichiarano di seguire regolarmente i comportamenti indicati nel rapporto con l'alimentazione sono:

- oltre il 57% di pugliesi e il 54,4% di italiani che dichiarano di mangiare sano e di essere attenti all'impatto dei cibi sulla salute;
- quasi il 44% dei pugliesi ed il 39,6% degli italiani che tiene sotto controllo il proprio peso con regolarità;
- oltre il 12% dei pugliesi e l'11,1% degli italiani che pratica una dieta personalizzata sotto controllo medico.

Risulta quindi evidente l'attenzione rilevante che nel quotidiano si è radicata rispetto al rapporto tra cibo e salute, in Italia ed in Puglia, anche se non possiamo escludere che sussista un gap tra le dichiarazioni verbali e la pratica regolare quotidiana. In questo ambito rientra anche il rapporto con gli alcolici, la cui intensità di consumo come è noto è correlata a molte patologie; in questo ambito dichiarano di non bere mai alcolici quasi il 65% dei pugliesi e circa il 62% degli italiani.

Mentre il rapporto dei giovani con l'alcol costituisce da tempo un capitolo specifico della questione, legato ad altre problematiche sociali ed in particolare al fatto che l'alcol ha a che fare con i cambiamenti dei comportamenti nell'ambito del tempo libero ed in particolare alle forme di entertainment specie nelle ore serali e nei week end, visto che si ritiene possa svolgere e di fatto svolgere un ruolo di facilitatore di relazioni sociali, e si configuri come un protagonista importante delle serate e delle notti di tanti giovani; il che, anche qui al di là di possibili inutili demonizzazioni, pone l'urgenza di un rilancio dell'iniziativa per una sua fruizione moderata attraverso un salto di qualità nella responsabilizzazione di tutti gli attori che sono coinvolti dalla filiera della fruizione ludica di alcolici da parte dei più giovani.

Un ambito in cui una capillare azione informativa sul terreno, dalle scuole ai luoghi di incontro e socializzazione, è in grado di produrre una sicura efficacia, purché vi sia il concreto coinvolgimento dei vari attori, dagli insegnanti agli esercenti dei locali pubblici alle forze dell'ordine.

Legata al controllo del peso è la pratica dell'attività fisica: dichiara di camminare più di 30 minuti al giorno oltre il 78% degli italiani (di cui il 36,4% regolarmente) e poco meno del 77% dei pugliesi, di cui quasi il 43% regolarmente; vanno in palestra, piscina o fare jogging quasi il 48% degli italiani (il 23,1% regolarmente) ed il 46% (il 22,2% regolarmente) dei pugliesi.

Se l'Italia a livello internazionale mostra una propensione alla sedentarietà più alta rispetto ad altri paesi, il confronto interno indica che i pugliesi hanno un



rapporto con l'attività fisica in senso ampio in linea con i valori medi nazionali e superiore alle altre regioni meridionali.

Ciò malgrado dall'indagine risulta che in Puglia fare sport a pagamento è più caro che altrove. A questo proposito, dai dati emerge, rispetto alla frequenza di strutture sportive, che:

- in Puglia pratica sport a pagamento almeno un membro delle famiglie del 39,6% degli intervistati, per una spesa media annuale per famiglia pari a 1.230 euro;
- in Italia è oltre il 42% degli intervistati ad appartenere a famiglie in cui almeno un membro pratica attività fisica a pagamento per una spesa media annuale familiare di 1.180 euro;
- nelle altre regioni meridionali i dati sono rispettivamente il 39% ed oltre 830 euro annuali in media per famiglia.

I divari rinviano presumibilmente alle caratteristiche della struttura di offerta ed al costo di accesso che, come rilevato nel caso pugliese, risulta oltre che più alto della media nazionale anche distante dalle altre regioni meridionali. Un divario di costo che non impedisce ai pugliesi un ricorso alle attività di palestre e piscine non lontano dalla frequenza a livello nazionale. E ciò va probabilmente ascritto, come per l'alimentazione, all'effetto delle tante campagne di comunicazione condotte ai vari livelli, che hanno prodotto a livello locale, dalle scuole alle Asl, lo sviluppo di una attività piuttosto intensa di promozione di una buona cultura fisica. Il che non toglie che il grado di coinvolgimento possa ancora crescere, soprattutto tra le persone in età attiva e più ancora tra gli anziani.

Come abbiamo detto, la prevenzione coinvolge anche dimensioni più psicologiche e mentali, che riguardano sfere molto personali e intime, ormai parte integrante di quella autoregolazione della salute che nella percezione collettiva è essenziale per stare bene nel tempo.

A questo proposito il riferimento va soprattutto allo *stress* che, sempre più spesso, viene chiamato in causa come origine e concausa di patologie e del deterioramento della salute psicofisica delle persone; sentirsi stressati è di certo un tratto molto comune alla vita degli italiani, tanto più in questa fase di crisi, e dunque non sorprende che su questa dimensione emerga una certa propensione degli intervistati a praticare comportamenti che di fatto sono di prevenzione.

Dai dati emerge che il 76% degli italiani e il 74,5% dei pugliesi dichiara di tenere sotto controllo lo stress; a farlo regolarmente è oltre il 24% degli italiani ed oltre il 28% dei pugliesi; e sempre nell'ambito di attività che coinvolgono la



psiche e la mente delle persone dall'indagine risulta che il 93% degli italiani (il 36% regolarmente) ed il 90% dei pugliesi (il 55,7% regolarmente) tiene la propria mente allenata, ed il 21% degli italiani (poco meno del 6% regolarmente) e il 16% dei pugliesi (intorno al 3% regolarmente) pratica *tecniche di rilassamento o meditative*.

Da notare che il controllo dello stress è più diffuso a livello nazionale tra le persone in età attiva, in particolare le donne, più pressate dalla frequente sovrapposizione di ruoli diversi tra famiglia, lavoro e relazioni sociali.

Esso è a livello nazionale fenomeno uniforme tra classi di età, mentre in Puglia esiste un'attenzione specifica più alta da parte dei 30-44 anni, rispetto ai giovani e alle persone con età più elevata, ed è ipotizzabile che su questa classe di età si stia scaricando un surplus di stress relativamente alla condizione lavorativa, oltre che alla note difficoltà di accesso all'autonomia individuale che tende a protrarsi nel tempo. La reazione di questo gruppo sociodemografico è di reagire allo stress della pressione sociale e lavorativa con un ricorso più intenso a varie tecniche, dalla camminata quotidiana di almeno mezz'ora alle tecniche meditative.

In generale, comunque, i dati segnalano un'attenzione al benessere psicofisico già in fase di prevenzione di sicuro rilievo e portata socioculturale, che richiederebbe una maggiore attenzione nell'ambito delle campagne di educazione finalizzate a far conoscere metodologie e tecniche praticabili quotidianamente ed in grado di rispondere a questa nuova domanda di prevenzione.

Sia gli italiani che i pugliesi, infatti, individuano nello stress un pericoloso e infido nemico della propria salute, ed è forte la percezione dell'importanza di allenare la mente, tanto più in un contesto di invecchiamento e di personale proiezione verso la longevità. Questa domanda fluisce per lo più verso una serie proliferante di risposte operative di fonte diversa, laddove sarebbe essenziale orientare i comportamenti di prevenzione con indicazioni più solide dal punto di vista scientifico, e verso metodologie e pratiche certificate e guidate dalla autorità professionale.

Il rischio anche in questo ambito è simile a quello riguardante il rapporto con l'alimentazione dove, troppo spesso, l'attenzione viene catturata da soluzioni semplificate, che in qualche caso possono rivelarsi inutili o addirittura dannose.

Anche qui, quindi, dovrebbe crescere l'attenzione istituzionale, ed in particolare quella del Servizio sanitario, verso questa *domanda in atto* di prevenzione psicologica, promuovendo forme di interazione con i cittadini e



di comunicazione mirata, in grado di orientare le persone verso pratiche efficaci.

Lo spontaneismo molecolare della prevenzione quotidiana è un'onda sicuramente positiva, ma che ha assoluto bisogno di interagire con un'offerta qualificata, di livello e soprattutto realmente efficace nel prevenire il deterioramento della salute dei cittadini e la conseguente domanda di prestazioni sanitarie.

D'altro canto l'usura legata ai problemi della vita quotidiana è nota in particolare per quanto riguarda l'attività lavorativa. Dai dati della ricerca emerge che dichiarano di svolgere un'attività stressante:

- oltre il 62% degli occupati in Italia, di cui quasi il 10% svolge un lavoro molto stressante;
- quasi il 61% dei pugliesi, di cui il 9,3% con un lavoro molto stressante. Nelle province di Bari, BAT e Taranto si registrano le quote più alte di occupati che dichiarano di svolgere un lavoro molto stressante;
- nelle altre regioni meridionali svolge un lavoro stressante il 59,9% degli intervistati, di cui il 7,1% uno molto stressante.

Può essere interessante a questo proposito sottolineare il nesso che esiste tra lo stress e il riposo, in particolare le ore di sonno quotidiano; in merito dalla ricerca emerge che in media gli italiani dormono 8 ore a notte, ed i pugliesi 7. Si tenga presente che in Puglia dormono fino a 6 ore a notte il 37% degli intervistati, quota che sale ad oltre il 41% in Italia; dorme 7 ore il 30% di pugliesi ed il 27,5% di italiani, dorme 8 ore il 24,8% di pugliesi ed il 21,1% di italiani e dormono almeno 9 ore a notte quasi l'8% dei pugliesi e oltre il 10% degli italiani.

Inoltre, le persone che dichiarano di svolgere un lavoro stressante dormono mediamente 2 ore in meno di quelle che invece non hanno una lavoro che genera stress.

Non meraviglia che vengano considerati afferenti la sfera di una prevenzione orientata al benessere psicofisico anche altri comportamenti come, ad esempio, la tendenza a prendersi periodi di vacanza durante l'anno, indicata da quasi il 63% degli italiani, di cui l'11,5% regolarmente, e da oltre il 52% dei pugliesi (di cui l'8,1% regolarmente); da segnalare anche il ricorso alle cure termali, realizzate regolarmente o di tanto in tanto da oltre il 17% degli italiani e da poco più dell'11% dei pugliesi.

Nell'ambito delle cure dentarie, la ricerca mette in evidenza quanto sia diffusa la consapevolezza dell'impatto importante di alcune pratiche personali a livello



di prevenzione; esempio emblematico riguarda la quotidiana pulizia dei denti. Dichiara di lavarsi regolarmente i denti due volte al giorno quasi l'81% dei pugliesi e il 76,6% degli italiani, ed un ulteriore 19% di italiani, così come il 15% dei pugliesi, lo fa di tanto in tanto. Questa prevenzione odontoiatrica primaria è diffusa trasversalmente alle classi di età.

Per quanto riguarda invece la incidentalità stradale, importanti sono i dati relativi all'uso del casco in moto o motorino. A questo proposito colpisce negativamente il fatto che circa il 13% di pugliesi di età compresa tra 18 e 34 anni dichiara di non mettere mai il casco, dato che a livello nazionale sale addirittura in prossimità del 18%.

Anche nella sfera sessuale e rispetto all'uso del profilattico, esiste una quota sorprendentemente alta di persone che non adotta comportamenti protettivi: il 39,6% degli italiani e il 36,4% dei pugliesi dichiara di proteggersi regolarmente durante rapporti sessuali occasionali. Il che ha sicuramente attinenza con l'allentarsi progressivo della pressione mediatica e di comunicazione pubblica legate alla diffusione dell'Aids e alle paure che tale fenomeno aveva diffuso.

Tuttavia, i dati colpiscono per l'ampiezza dell'area di coloro che di fatto non si difendono dal rischio associato a rapporti sessuali non protetti; si consideri che nel Nord Ovest chi si protegge in caso di rapporti sessuali occasionali è meno del 50%, mentre in Puglia nella provincia di BAT è addirittura solo il 23,8% degli intervistati a proteggersi dai rapporti sessuali occasionali, a fronte di province dove la consapevolezza è molto più alta, come ad esempio a Bari, con il 66,3% degli intervistati che dichiara di proteggersi, di cui il 45,9% lo fa regolarmente e il 20,4% di tanto in tanto, ed a Lecce con il 40,3% che adotta protezione regolarmente e il 10,4% di tanto in tanto. Tra i giovani di età 18-29anni in Italia è il 68% a proteggersi in caso di rapporti sessuali occasionali, mentre in Puglia è il 60% a farlo.

Si evidenzia pertanto a questo proposito un filone particolarmente delicato di intervento, sul quale attivare una comunicazione intensa, perché l'impressione è che a livello sociale si sia abbassata la guardia relativamente ai rischi associati alle malattie sessualmente trasmissibili.

Tra gli altri comportamenti di prevenzione particolarmente significativa è l'aera del rapporto con il fumo, dove si registrano il 76% di *non fumatori* in Puglia, a fronte di una quota nazionale del 73%.

Ma quali sono, a fronte del quadro dei comportamenti, e per capire i contenuti di possibili iniziative strategiche e di comunicazione finalizzate ad una



maggior diffusione, le motivazioni e le *spinte* che conducono gli italiani ad assumere gli stili di vita salutari?

Per il 47,8% degli italiani e per il 48,2% dei pugliesi la propensione ad adottare comportamenti salutari è legata ad una personale presa di coscienza individuale, ed è l'esito di un percorso individualizzato non necessariamente legato ad un evento scatenante di riferimento (tab. 5).

**Tab. 5 - Motivi per cui gli intervistati hanno assunto comportamenti salutari, confronto Italia-Puglia**

(val. %)

<i>Se ha adottato comportamenti salutari, utili per la prevenzione di malattie, perché lo ha fatto?</i>	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
- Non c'è stato un motivo preciso, ho solo preso coscienza della loro importanza per la mia salute	<b>48,2</b>	47,8
- Il mio medico me lo ha consigliato	<b>34,6</b>	34,0
- I risultati di analisi /visite/esami diagnostici fatti mi hanno fortemente motivato	<b>23,7</b>	23,1
- Ho appreso dai media (giornali, radio, tv, internet, ecc.) le informazioni sull'importanza della prevenzione	<b>10,6</b>	10,1
- Sono stato stimolato da parenti, amici, ecc.	<b>8,8</b>	9,3

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte*

*Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*

Il consiglio del medico funziona da stimolo ad un'azione di prevenzione concreta per quote analoghe di italiani e di pugliesi (circa 34%), mentre per il 23% (24% di pugliesi) la scelta salutista è il risultato degli esiti di accertamenti, visite o esami che hanno indotto paura inducendo ad un cambiamento.

Può sorprendere il fatto che l'informazione derivante dai media (giornali e televisioni) giochi secondo gli intervistati un ruolo secondario, costituendo un input per quote minoritarie analoghe di italiani e di pugliesi (10%); va però sottolineato come la maggiore consapevolezza soggettiva a cui fa riferimento la maggioranza degli intervistati è sicuramente il portato di una pluralità di fattori, tra i quali la disponibilità di informazioni appropriate, precise, ed in grado di dare orientamenti operativi è importante al di là della percezione che i singoli ne hanno.

## 4. La responsabilità genitoriale e gli stili di vita dei figli

Il rapporto dei cittadini con le tante pratiche di prevenzione e promozione della buona salute ha una dimensione specifica, poi, per quanto riguarda i *minori*, perché chiama in causa le modalità di svolgimento del ruolo genitoriale e la capacità di assolvere ad una funzione di educazione e orientamento, anche rispetto alla sfera della tutela della salute. E' noto che gli stili di vita dei figli rinviano alla situazione familiare, e più ancora al rapporto tra genitori e figli ed anche alla capacità di alcuni *fori formativi* tradizionali, come la scuola, o nuovi, come il web o i *device Ict*, di trasmettere l'importanza di adottare comportamenti non nocivi per la salute.

L'indagine evidenzia a questo proposito che (tab. 6):

- secondo i genitori è elevato il consumo abituale di frutta e verdura da parte dei figli, con il 97% (il 46% regolarmente) dei genitori intervistati in Italia ed il 72% (il 27% regolarmente) in Puglia che rimanda ad una dieta per i figli con frutta e verdura;
- controlla la dieta dei figli il 91% dei genitori italiani e quasi l'82% dei pugliesi;
- il 66,7% dei genitori italiani intervistati ed il 56% dei genitori pugliesi dichiara che i propri figli svolgono attività sportive regolarmente.

**Tab. 6 - Alcuni comportamenti di prevenzione per la salute dei figli praticati dai genitori, confronto Italia-Puglia**

(val. %)

<i>Quali comportamenti sono diffusi nella Sua famiglia?</i>	<b>Puglia</b>	Italia
- Mangiare frutta e verdura	<b>97,2</b>	96,7
- Controllare la dieta dei figli	<b>81,8</b>	91,0
- Fare controlli pediatrici a scopo preventivo	<b>75,0</b>	78,4
- In auto, sistemare i figli nel seggiolino apposito	<b>48,9</b>	48,1
- Fare vaccinazioni	<b>85,1</b>	93,0
- Svolgere attività sportiva	<b>76,5</b>	87,7

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte*

*Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*

Riguardo invece alla prevenzione secondaria emerge che oltre il 78% dei genitori italiani fa svolgere controlli pediatrici a scopo preventivo ai propri figli, contro il 75% dei genitori pugliesi; per le vaccinazioni il dato sale al 93% dei genitori italiani ed all'85% di quelli residenti in Puglia.



Tutto sommato, dunque, emerge una propensione molto intensa a far adottare comportamenti salutarì ai figli ed anche una buona pratica di modalità sanitarie di prevenzione da parte dei genitori, in linea con un'attenzione ai figli che notoriamente è molto alta nel nostro Paese.

D'altro canto non può non colpire la rilevanza di alcuni dati negativi: ad esempio il fatto che vi siano quote di genitori che non svolgono controlli pediatrici a scopo di prevenzione, quota superiore al 21% in Italia e pari ad un quarto degli intervistati in Puglia.

Aree sociali rispetto alle quali appare urgente l'elaborazione di strategie di intervento promozionale a sostegno del rapporto con i pediatri in termini non solo riparativi e ex post, ma dentro un percorso condiviso di prevenzione e promozione della buona salute per i minori.

Accanto alle visite pediatriche, si collocano in questa area di rischio i comportamenti seguenti (tab. 7):

- oltre il 27% dei genitori pugliesi, ed oltre il 31% di quelli italiani, dichiara che i propri figli mangiano regolarmente merendine;
- il 20,1% dei genitori italiani ed il 25,3% di quelli pugliesi affermano che i propri figli bevono regolarmente bevande gassate;
- più dell'8% dei genitori in Puglia e quasi il 4% di quelli in Italia dichiarano che i propri figli mangiano regolarmente presso *fast-food*;
- un ulteriore 60% di genitori italiani e 53,9% di genitori pugliesi afferma che i figli frequentano di tanto in tanto i *fast food*.

**Tab. 7 - Alcuni comportamenti che impattano sulla salute diffusi tra i figli degli intervistati, confronto Italia-Puglia**

(val. %)

<i>Quali tra i seguenti comportamenti sono diffusi tra i figli:</i>	<b>Puglia</b>	Italia
- Ascoltare musica in cuffia ad alto volume	<b>28,0</b>	20,8
- Mangiare merendine	<b>27,3</b>	31,3
- Bere bevande gassate	<b>25,3</b>	20,1
- Mangiare presso fast food	<b>8,3</b>	3,9
- Bere alcolici	<b>6,6</b>	0,4

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte*

*Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*

Senza quindi demonizzare alcuni prodotti o alcune forme di ristorazione, non si può non rilevare che la regolarità di certe pratiche può condurre ad impatti





non positivi sulla salute. L'obesità, il rischio cardiovascolare e molte altre patologie hanno, come è noto, una correlazione alta con alcune tipologie di cibi e bevande, che non dovrebbero quindi entrare in modo stabile nella dieta, soprattutto dei minori.

Un'altra area in cui sussistono pericoli per il benessere psicofisico dei minori è quella degli eventuali eccessi e delle inappropriately nell'utilizzo di alcuni strumenti tecnologici.

Dichiarano che i propri figli utilizzano la *wii*, il *pc*, l'*ipad* o la *playstation* quasi l'84% dei genitori italiani e l'81% di quelli residenti in Puglia (tab. 8).

**Tab. 8 - Alcuni comportamenti diffusi tra i figli degli intervistati, confronto Italia-Puglia**

*(val. %)*

<i>Quali tra i seguenti comportamenti sono diffusi tra i figli:</i>	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
- Guardare la tv	<b>95,5</b>	96,5
- Effettuare le principali vaccinazioni previste	<b>85,1</b>	93,0
- Utilizzare wii, pc, ipad, playstation	<b>81,0</b>	83,8
- Svolgere attività sportive, fisiche	<b>79,8</b>	89,1
- Portare occhiali da vista/lenti a contatto	<b>31,8</b>	40,5
- Portare apparecchio ai denti	<b>22,4</b>	28,3

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte*

*Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*

Ma in media gli strumenti in questione vengono utilizzati per poco più di 2 ore al giorno sia in Italia che in Puglia, mentre l'utilizzo sale a quasi 3 ore nelle altre regioni meridionali.

Di conseguenza sembra di poter dire che allo stato attuale l'uso di device legati alle tecnologie Ict non è nella media nazionale ed in quella della regione studiata patologica, anche se si tratta di strumenti molto presenti nella vita dei minori, e che di conseguenza li coinvolgono e ne occupano una quota di tempo libero sicuramente elevata, considerata la distribuzione della giornata tra orario scolastico e attività formative extrascolastiche.

E' però opportuno analizzare con attenzione le code patologiche, quelle quote di minori cioè che secondo le dichiarazioni genitori eccedono nell'utilizzo dei *device*, e quindi sono esposti ai possibili effetti negativi sulla salute psicofisica, soprattutto laddove vi sia un uso congiunto quotidiano di tv e altri strumenti.



Infatti, dai dati emerge che il 40,6% dei genitori italiani, il 43,2% dei pugliesi e addirittura il 67,8% di quelli delle altre regioni meridionali dichiarano che i propri figli trascorrono almeno 5 ore quotidiane nell'utilizzo di tv, pc, ipad, wii e altri device (tab. 9); un ulteriore 20% di italiani, 19,3% di genitori pugliesi e 15,4% di quelli di altre regioni hanno figli che trascorrono mediamente ogni giorno 4 ore dinanzi agli strumenti citati.

**Tab. 9 – Distribuzione dei genitori intervistati per ore trascorse dai figli utilizzando Tv, Pc, Wii, Ipad, Play Station e altri device: confronto Puglia-altre regioni meridionali-Italia**

(val. %)

<i>Ore al giorno in media</i>	Puglia	Altre regioni meridionali	Italia
- Fino a 3 ore	37,6	16,9	38,7
- 4 ore	19,3	15,4	20,7
- 5 ore o più	43,2	67,8	40,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013

Sicuramente patologico è poi l'ascolto ad alto volume di musica in cuffia, soprattutto se prolungato, fenomeno che viene segnalato come effettuato regolarmente dai propri figli da quasi il 21% dei genitori italiani e dal 28% di quelli pugliesi. E' questo un comportamento molto diffuso in particolare tra gli adolescenti ed i preadolescenti, rispetto al quale appare urgente l'attivazione di iniziative volte a fare maturare la consapevolezza dei rischi e delle modalità più corrette e meno nocive di ascolto musicale.

Per completare il quadro relativo ai comportamenti dei figli degli intervistati, dalla indagine emerge che:

- il 40,5% dei genitori italiani ha figli che portano gli occhiali, mentre è circa il 32% dei genitori pugliesi ad avere figli con problemi di vista;
- oltre il 28% dei genitori italiani ha figli che portano un apparecchio odontoiatrico, di contro al 22,4% dei genitori pugliesi;
- oltre il 9% dei genitori pugliesi ha figli che portano sia occhiali da vista che apparecchi per i denti, quota che sale al 20% tra i genitori italiani e che è del 19,6% nelle altre regioni.

Questa diffusione ormai massiccia di strumenti correttivi di vista e denti ha anche una rilevanza economica, visti i relativi costi, e ciò contribuisce a fare

luce sull'entità dell'investimento delle famiglie italiane sulla sanità, con risvolti significativi anche di tipo preventivo.

## **5. I rischi di un passo indietro nella prevenzione sanitaria**

La crisi economica degli ultimi cinque anni ha portato le famiglie italiane ad una necessaria riconsiderazione dei budget disponibili e ad una conseguente ri articolazione delle spese, e ciò si è tradotto spesso e volentieri in una necessaria razionalizzazione dei consumi.

Anche in ambito sanitario gli italiani hanno optato negli ultimi tempi per un approccio più selettivo, che si è indirizzato verso una ricerca più qualitativa del benessere, con impatti sulle pratiche di prevenzione intese come comportamenti individuali la cui diffusione ha rilevanti implicazioni sociali.

I mutamenti ci sono stati e molto spesso si sono tradotti in vere e proprie rinunce di attività o abitudini prima consolidate (tab. 10).



**Tab. 10 - Cambiamenti di abitudini e comportamenti a causa della crisi, confronto Italia-Puglia**

(val. %)

<i>Le è capitato per ragioni economiche nell'ultimo anno di:</i>	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
- Scegliere gli alimenti che acquista tenendo in maggior considerazione il prezzo più basso	<b>73,4</b>	63,4
- Rinunciare al ristorante	<b>49,0</b>	45,4
- Mangiare meno carne	<b>30,4</b>	29,4
- Mangiare meno pesce	<b>28,1</b>	23,0
- Andare più spesso al fast food perché costa meno	<b>18,4</b>	15,6
- Mangiare meno frutta	<b>12,7</b>	9,8
- Mangiare meno verdura	<b>12,8</b>	9,6
- Subire maggior stress (con insonnia, litigiosità, ecc.) per aspetti legati alla crisi (difficoltà lavorative, di reddito, ecc.)	<b>52,5</b>	46,7
- Rinunciare all'iscrizione alla palestra, piscina, attività sportive	<b>22,5</b>	21,7
- Rinunciare o ridurre il fumo di sigarette	<b>15,0</b>	16,7
- Sottoporsi a tempi di attesa lunghi per effettuare analisi o visite preventive in strutture pubbliche o convenzionate (che in altri tempi non avrebbe usato facendo ricorso a strutture private a pagamento intero)	<b>46,9</b>	41,9
- Rinunciare ad una o più prestazioni sanitarie che servivano a scopo di prevenzione (visita specialistica, esami del sangue, ecc.)	<b>28,8</b>	23,0

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte*

*Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*

Dai dati relativi agli intervistati in Italia e in Puglia si riscontra come la crisi abbia fortemente influenzato il loro rapporto con il cibo, imponendo sempre più la variabile prezzo come fattore discriminante di scelta.

È infatti il 63,4% degli italiani e il 73,4% di pugliesi a dichiarare di scegliere gli alimenti che acquista tenendo in maggiore considerazione rispetto al passato recente il prezzo più basso; un comportamento questo sicuramente razionale, ma al contempo portatore di potenziali rischi, per la salute ed anche per il mercato, poiché tende a radicare nei consumatori una sorta di fatalistica accettazione di una minore qualità, come se il basso prezzo finisse per introiettare il rischio di una qualità meno elevata.

D'altro canto, va considerato che l'offerta di prodotti alimentari, come quella di altri settori, moltiplica le promozioni basate sulla riduzione del prezzo al



fine di stimolare una domanda di fatto stagnante per gli effetti psicologici e materiali della crisi.

Il problema chiave è ovviamente comprendere in che misura questa ridefinizione dei criteri di acquisto, centrata su un'attenzione maggiore al prezzo, incida sulla dieta degli italiani ed è da verificare se la voglia e la necessità di spendere meno determini anche una dieta meno salutare, o se invece si sia di fronte ad una ridefinizione della spesa che genera piuttosto la riduzione degli eccessi e degli sprechi, ancora tanto alti, come emerge indirettamente dalle iniziative del Banco Alimentare ed altre simili, che certificano uno spreco imponente di cibo da parte degli italiani, anche nel pieno della crisi.

Dall'indagine emerge che a diminuire il consumo di carne è stato il 29% degli italiani e il 30,4% dei pugliesi, mentre ha ridotto il consumo di pesce il 23% degli italiani e il 28% dei pugliesi.

Più preoccupante risulta la propensione a ridurre i consumi di frutta, che ha coinvolto il 9,8% degli italiani ed il 12,7% dei pugliesi, quota che nella provincia di Lecce tocca il 25%; ed il consumo di verdura, ridotto dal 9,6% degli italiani a dal 12,8% dei pugliesi (il 31,6% tra i leccesi).

Va detto che la riduzione del consumo di frutta e verdura ha coinvolto anche coloro che usavano farne consumo regolarmente: è infatti, il 47% di coloro che mangiano regolarmente frutta e verdura in Puglia a dichiarare di averla dovuta ridurre, ed oltre il 56% di coloro che la mangiano regolarmente in Italia.

Altro segnale significativo, da valutare con attenzione, come per i bambini anche per gli adulti, quale sintomo di un cambiamento pericoloso delle abitudini alimentari, è l'aumento del ricorso al *fast food*, legato solitamente al fattore prezzo, tendenza confermata sia a livello nazionale (15,6%) che a livello pugliese (18,4%). Un aumento particolare si registra nella provincia di Bari (28%) e tra gli under 30 pugliesi (37,7%); peraltro, il maggior ricorso al *fast food* come forma di *low cost* alimentare nell'abito dei pasti fuori casa, si salda al significativo minor ricorso al ristorante: è il 45% degli italiani ad andarvi meno a fronte del 49% dei pugliesi.

Altri segnali di non neutralità della crisi rispetto ai comportamenti degli italiani, e in particolare rispetto ad abitudini virtuose diventate più costose, riguardano la pratica dello sport, visto che dichiara di fare avere rinunciato all'iscrizione alla palestra o piscina quasi il 22% degli italiani ed oltre il 22% dei pugliesi.



Il che conferma il fatto come alcuni segmenti sociali siano stati portati dalla crisi ad assumere comportamenti negativi per la salute, e cioè a fare meno attività sportiva, a mangiare meno carne, meno pesce e più ancora meno verdura e frutta, per problemi legati ai costi monetari dei consumi più salutari. E l'analisi dei dati per fasce di reddito evidenzia, come era prevedibile, che sono i nuclei familiari con i redditi più bassi a dovere effettuare una maggiore discriminazione in tali comportamenti.

In ambito più prettamente sanitario e di prevenzione secondaria si evidenzia, poi, come la crisi abbia portato molti italiani (23%) e ancor più pugliesi (28,8%) a rinunciare a prestazioni sanitarie a scopo preventivo oppure a ovviare alle esigenze economiche rientrando nel pubblico sottoponendosi a tempi di attesa più lunghi per visite, accertamenti ed esami (42% degli italiani e 46,9%).

Dal punto di vista territoriale si rileva come in Puglia queste tendenze siano più accentuate in alcune province: per esempio a Lecce, dove ha rinunciato ad una prestazione sanitaria a scopo di prevenzione il 42,1%, e nel foggiano, dove si è sottoposto a tempi di attesa dilatati per una visita o per un accertamento nel pubblico oltre il 64% degli intervistati.

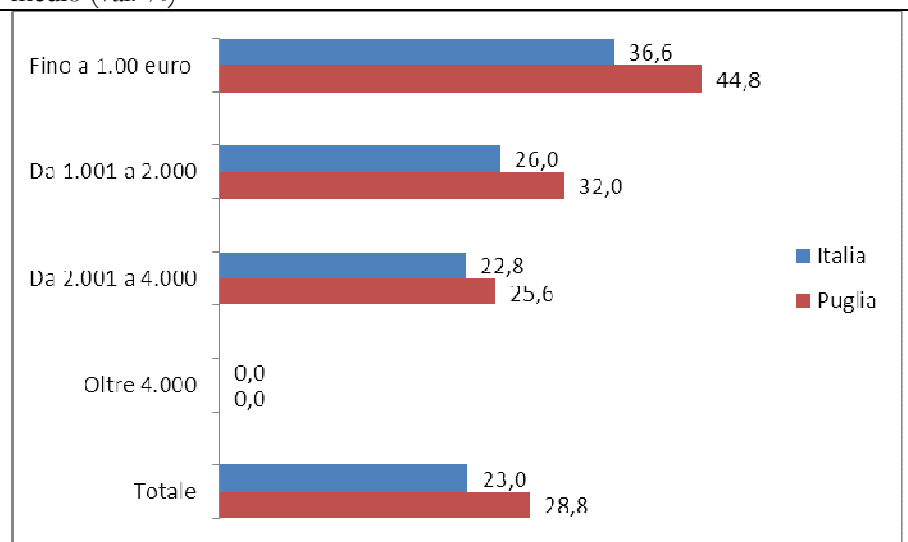
Anche qui quindi si verifica una sorta di riarticolazione delle scelte sanitarie legate alla disponibilità ed alla necessità di rivedere la allocazione dei redditi familiari, con contrazione di impieghi diretti di tasca propria in prestazioni di tipo preventivo, e ritorno al Servizio sanitario, anche se ciò in alcuni casi comporta tempi di attesa più lunghi.

Un complesso meccanismo di ridefinizione molecolare della domanda di salute, il cui effetto netto è quello di una contrazione della prevenzione sanitaria per i ceti meno abbienti in modo particolare. I dati su questo fronte sono eloquenti poiché (figg. 1-2):

- il 36,6% degli italiani con reddito inferiore a 1.000 euro ha dovuto rinunciare a una o più prestazioni sanitarie di prevenzione per ragioni economiche nell'ultimo anno, quota che si riduce al 26% per le famiglie con reddito tra 1.000 e 2.000 euro e al 22,8% per quelle con reddito tra 2 mila euro e 4 mila euro, mentre i redditi più alti dichiarano di non aver dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie per ragioni economiche nell'ambito della prevenzione (fig. 1);
- circa il 51% delle famiglie con reddito netto mensile familiare fino a 1.000 euro e tra 1.000 e 2.000 euro ha deciso di accettare tempi di attesa più lunghi nell'ambito del Servizio sanitario pubblico per accedere a prestazioni di prevenzione che in altri tempi avrebbe effettuato privatamente, e la quota

scende al 44,6% tra le famiglie con reddito mensile tra duemila e quattromila euro ed al 45% per i redditi più alti (fig. 2).

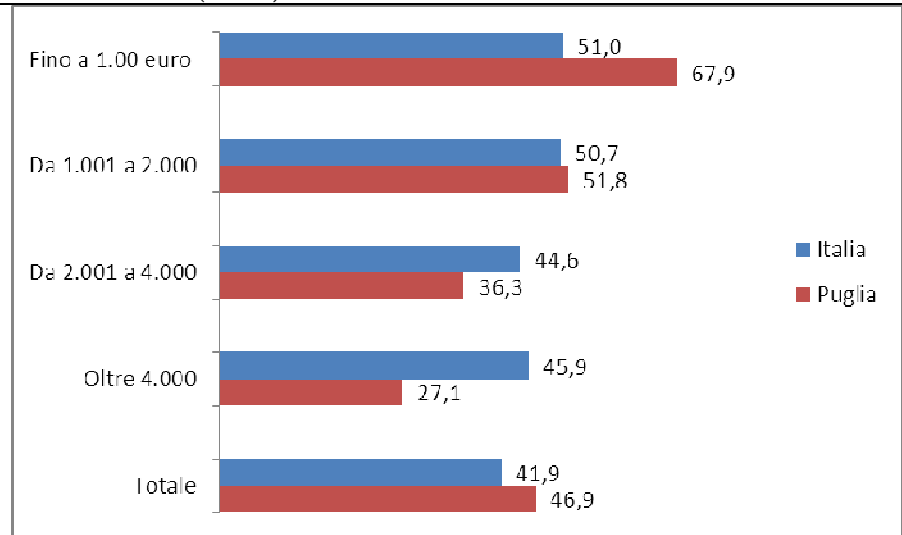
Figura 1 – Persone che negli ultimi 12 mesi per ragioni economiche hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie di prevenzione, per reddito familiare medio (val. %)



Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013



Figura 2 – Persone che negli ultimi 12 mesi sono state costrette per ragioni economiche a sottoporsi a tempi di attesa lunghi per effettuare analisi e visite preventive in strutture pubbliche o convenzionate (che in altri tempi non avrebbe usato facendo ricorso a strutture private a pagamento), per reddito familiare medio (val. %)



Fonte: *indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*

E' evidente che la rinuncia a prestazioni sanitarie è un fenomeno più frequente nei redditi più bassi, mentre l'opzione *di ritorno al Servizio sanitario pubblico* è invece socialmente trasversale, e coinvolge anche le famiglie con redditi mediamente più elevati.

A questo proposito, va tenuto presente che il rientro nella sanità pubblica di quote di cittadini a caccia di prestazioni di prevenzione non può che portare ad un ulteriore allungamento delle liste di attesa con un razionamento della domanda di salute che nel lungo periodo non è certo positivo per la buona salute dei cittadini.

D'altro canto, la crisi come ci si poteva aspettare ha anche impattato sul benessere psicofisico di chi la sta vivendo: tra gli italiani è il 47% che dichiara di sentirsi più stressato nell'ultimo anno, quota che per i pugliesi arriva al 52%, con differenze provinciali significative, visto che si passa da oltre il 68% nella provincia di Taranto all'11% nel brindisino.

Un elemento positivo da questo punto di vista è dato dal fatto che l'impatto della crisi sui consumi non si limita a colpire i consumi più virtuosi, visto che,





ad esempio, si registra una riduzione del consumo di sigarette per il 17% degli italiani ed il 15% dei pugliesi.

Una lettura complessa, dunque, che deve necessariamente fare riferimento ad una articolazione che dipende non solo dal reddito, una delle variabili in gioco, ma anche da una pluralità di aspetti che tagliano trasversalmente il corpo sociale, e che tende in due direzioni:

- il rischio che le famiglie a più basso reddito riarticolino i propri consumi in modo contrario ai principi di una esistenza tendenzialmente sana, a caccia di prezzi più bassi;
- che le modalità di prevenzione secondaria siano meno praticate, perché le ragioni economiche impediscono di finanziare con risorse private attività e pratiche un tempo a carico delle famiglie, senza che il pubblico riesca a supplire a questo ridimensionamento del pilastro privato e al conseguente aumento di domanda che gli si rivolge.

## **6. Un approfondimento sulla dimensione psicologica della crisi**

La diffusione di comportamenti salutari ha, come rilevato, anche una dimensione psicologica molto rilevante, ad esempio relativa all'attenzione che gli italiani mettono nel tenere sotto controllo lo stress, fattore percepito come minaccioso, e di deterioramento della salute.

Sono tanti i comportamenti che in modo più o meno esplicito puntano a ridurre la tensione del quotidiano che nasce dal lavoro o dalla famiglia, e che contribuiscono a generare quell'indefinito "*male di vivere*" che molti sentono.

In particolare, al di là dell'incremento delle patologie del tono dell'umore, si rileva una sorta di depressione strisciante, che si insinua nella quotidianità, e che ha una diffusione trasversale: hanno dichiarato che nei trenta giorni precedenti l'intervista è capitato una o più volte di sentirsi depresso, psicologicamente e "a terra", di vedere il futuro nero o di non trovare piacere, interesse nel fare le cose, anche quelle che di solito gli piacciono (tabb. 11 e 12):

- quasi il 41% degli italiani intervistati, di cui oltre il 19% più volte, e la frequenza ha una dinamica crescente con l'età degli intervistati e raggiunge il 43% tra gli anziani;
- oltre il 37% dei pugliesi, di cui il 20,5% più volte, anche tra i longevi pugliesi la quota sale ad oltre il 43%.



**Tab. 11 - Italiani a cui è capitato nell'ultimo mese di sentirsi depresso, pessimista, per classe di età**

(val. %)

*Negli ultimi trenta giorni Le è capitato di sentirsi depresso, psicologicamente a terra, vedere il futuro nero o di non trovare interesse/piacere nel fare le cose (anche quelle che di solito le piacciono)?*

	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	65 anni e oltre	Totale
Sì, più volte	12,2	16,8	21,4	22,6	19,1
Sì, una volta	19,4	23,0	21,7	20,9	21,5
No, mai	68,4	60,2	56,6	56,5	59,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013

**Tab. 12 - Pugliesi a cui è capitato nell'ultimo mese di sentirsi depresso, pessimista, per classe di età**

(val. %)

*Negli ultimi trenta giorni Le è capitato di sentirsi depresso, psicologicamente a terra, vedere il futuro nero o di non trovare interesse/piacere nel fare le cose (anche quelle che di solito le piacciono)?*

	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	65 anni e oltre	Totale
Sì, più volte	12,7	17,9	20,9	28,6	20,5
Sì, una volta	14,3	16,4	18,5	15,7	16,6
No, mai	73,0	65,7	60,6	55,7	62,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013

E' chiaro che questa forma di depressione strisciante, e la percezione soggettiva negativa rispetto alla propria vita, al punto da provare estraneità anche rispetto alle cose che di solito piacciono e coinvolgono, qui rilevate, non hanno un valore epidemiologico, e tuttavia costituiscono un indizio importante da considerare con attenzione, tanto più nel caso dei longevi, tra i quali maggiormente diffusa la componente psicosomatica delle patologie e, in molti casi, la connessa perversa spirale regressiva nel rapporto con i farmaci e le prestazioni sanitarie.



Se la prevenzione è per molti aspetti un fatto soggettivo, legato a scelte individuali ed al modo di pensare e organizzare la propria quotidianità, anche la dimensione psicologica della malattia e della prevenzione non può essere lasciata solo alla “forza d’animo” individuale, ma chiama in causa la attivazione di reti relazionali di supporto ai singoli, per non lasciarli soli di fronte alle difficoltà.

Da questo punto di vista è di estremo interesse anche il dato raccolto relativo all’aumento dello stress a seguito di eventi connessi con la crisi, che rimanda alla sollecitazione intensa esercitata dalla situazione economica e sociale su coloro che sono toccati direttamente dalla crisi nel lavoro e nel reddito, e che sviluppano una tendenza a sentimenti negativi. Da questo punto di vista la prevenzione non può non costituire un ambito sistemico e di comunità, oltre che un ambito personale ed individuale.

Dai dati emerge come la crisi sgretoli il modello di prevenzione fondato sulla responsabilizzazione individuale, rendendo in molti casi evidente che le radici finanziarie e sociali di quel modello risultano carenti, soprattutto laddove esso non viene integrato con scelte sistemiche in grado di valorizzare le risorse esistenti con logiche di rete e di mobilitazione integrata degli attori.

## **7. L’alto interesse degli italiani per una informazione di qualità sulla prevenzione**

La scelta di praticare una o più forme di prevenzione sanitaria, come si è visto, ha una dimensione molto individuale e di maturazione soggettiva, e tuttavia è evidente il ruolo decisivo che, anche indirettamente, può svolgere l’informazione veicolata attraverso una pluralità di canali. Flussi informativi corretti e di qualità possono infatti orientare positivamente le scelte delle persone, accompagnando in modo adeguato i personali percorsi di responsabilizzazione e di autoregolazione della salute.

Dall’indagine risulta che il livello di informazione sulla prevenzione sanitaria è alto, visto che il 79% degli italiani ed il 76,1% dei pugliesi si dichiara ben informato; relativamente alle diverse province della Puglia un più alto livello di informazione si registra nella provincia di BAT (89,5%), mentre in quella leccese permangono quote significative di intervistati che dichiarano di non essere sufficientemente informati (37%) (tab. 13).

**Tab. 13 – Livello di informazione degli intervistati sui temi della prevenzione, confronto Italia-Puglia**

(val. %)

<i>Quanto si ritiene informato sui temi della prevenzione?</i>	Puglia	Italia
<b>Molto + abbastanza</b>	<b>76,1</b>	<b>78,9</b>
<i>di cui:</i>		
Molto	15,8	13,8
Abbastanza	60,3	65,1
<b>Poco + per nulla</b>	<b>23,9</b>	<b>21,1</b>
<i>di cui:</i>		
Poco	21,3	18,4
Per nulla	2,6	2,7
Totale	100,0	100,0

*Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*

La convinzione diffusa di avere un alto livello di informazione è in linea con la già trattata buona diffusione di pratiche di prevenzione e conferma il nesso stretto che esiste tra la messa a disposizione di un patrimonio di conoscenze sui determinanti della buona salute e la diffusione dei comportamenti adeguati.

Ma da chi assumono informazioni gli italiani sui temi della prevenzione? La principale fonte in questo ambito, come in altri, sono i medici, in primis il medico di medicina generale, indicato dal 49,7% degli italiani e dal 47,3% dei pugliesi. Seguono gli specialisti (ginecologo, pediatra, cardiologo, ematologo, ecc.), richiamati dal 18,2% degli italiani e dal 17% dei pugliesi; i programmi televisivi e radiofonici che parlano di prevenzione e di benessere, fonte d'informazione per quasi il 23% degli italiani e per il 28% dei pugliesi; mentre meno rilevante risulta il ruolo della carta stampata, ovvero dei quotidiani e degli inserti di salute, in quanto è solo il 12,5% degli italiani a richiamarne il ruolo, ed il 10% dei pugliesi (tab. 14).



**Tab. 14 – Canali da cui gli intervistati traggono informazioni sulla prevenzione, confronto Italia-Puglia**

*(val. %)*

<i>Sulla prevenzione, attualmente, da dove trae informazione?</i>	<b>Puglia</b>	Italia
- Medico di medicina generale	<b>47,3</b>	49,7
- Programmi televisivi e radiofonici che parlano di prevenzione, salute, benessere	<b>28,0</b>	22,7
- Siti web, forum, community web	<b>20,3</b>	17,8
- Medico specialista (ginecologo, pediatra, cardiologo, ematologo, ecc.)	<b>17,0</b>	18,2
- Parenti/amici/conoscenti	<b>10,5</b>	9,5
- I quotidiani e gli inserti salute dei quotidiani	<b>10,0</b>	12,5
- Farmacista di fiducia	<b>9,6</b>	6,3
- Pubblicazioni informative (opuscoli, manifesti, documenti, linee guida)	<b>6,2</b>	9,8
- Campagne del Ministero della Salute o altro ente pubblico	<b>5,2</b>	6,6
- I periodici (mensili e/o settimanali)	<b>2,4</b>	3,5
- L'enciclopedia medica e i libri di medicina	<b>1,1</b>	1,2
- Personal trainer	<b>0,7</b>	1,7

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte*

*Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*

Minori, anche se da non sottovalutare nel lungo periodo, gli effetti delle campagne del Ministero della Salute o di altri enti pubblici, richiamate come fonte di informazione sulla prevenzione sanitaria dal 6,6% degli italiani e dal 5,2% dei pugliesi, ed ancor meno importante risulta il ruolo di periodici, personal trainer ed enciclopedia medica (1,2%).

Un discorso a parte merita il flusso delle informazioni che arriva dal web, fonte per il 18% degli italiani e per oltre il 20% dei pugliesi. In Puglia il web viene utilizzato per reperire informazioni dal 30% degli under 44 e dal 39% degli under 30; mentre a livello territoriale la provincia di BAT è quella dove la rete viene utilizzata maggiormente (37,5%).

I diversi canali informativi, più che veicoli che si elidono reciprocamente, appaiono essere segmenti diversificati di un'offerta informativa che, da un lato, riesce ad arrivare a spezzoni molto diversi tra loro di cittadini e, dall'altro, si rinforzano reciprocamente. Ed il web è il luogo sempre più spesso si concentrano la ricerca e selezione di informazioni sulla prevenzione e sulla salute in generale, da parte delle persone con più alto titolo di studio e dei giovani; e tuttavia, gli stessi soggetti tendono poi comunque a passare tramite



il filtro del sapere esperto, rappresentato dalla figura del medico di medicina generale o dallo specialista, che continuano ad essere, per la maggioranza degli italiani, i certificatori della notizie di qualità attendibili, alle quali ispirarsi.

Ne risulta che esiste un problema di qualificazione dei flussi informativi sui vari aspetti della prevenzione, ed in particolare sugli stili di vita salutari, e che egli italiani ed i pugliesi hanno sviluppato un utilizzo *astuto* dei tanti canali informativi, intrecciando in maniera personale le varie fonti e passando quasi sempre al vaglio del giudizio medico. La pratica combinatoria, che caratterizza la scelta dei canali informativi, è quindi integrata da una sorta di selezione giudiziosa e consapevole con il ricorso alla figura medica, depositaria del sapere esperto, oltre che dell'esperienza necessaria per adattare le scelte agli individui.

Verifica evidente di ciò sta nei dati da cui si evince che per un stragrande maggioranza di italiani (95,4%) e di pugliesi (94%) il proprio medico di medicina generale o lo specialista hanno dato indicazioni utili per prevenire l'insorgenza di patologie; più precisamente più del 62% degli italiani e dei pugliesi ha avuto indicazioni di tipo personalizzato, specificamente modulati sulla propria persona (tab. 15).

**Tab. 15 - Intervistati che dichiarano di avere ricevuto dal medico di medicina generale o dal medico specialista indicazioni per prevenire l'eventuale insorgenza di patologie, confronto Italia-Puglia**

(val. %)

<i>Il Suo medico di medicina generale o un medico specialista le hanno fornito indicazioni da seguire per prevenire eventuali insorgenze di patologie?</i>	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
<b>Si</b>	<b>94,0</b>	<b>95,4</b>
di cui		
<i>in modo preciso/personalizzato</i>	<b>63,8</b>	62,0
<i>in modo generico</i>	<b>30,2</b>	33,4
<b>No, mai</b>	<b>6,0</b>	<b>4,6</b>
Totale	<b>100,0</b>	100,0

Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013

Un dato che evidenzia lo spostamento della attività medica, soprattutto di base, verso le esigenze di informazione e orientamento dei cittadini sui temi della prevenzione, dopo una precedente fase di massima concentrazione sulle cure ex post.

Sarebbe una forzatura enucleare da ciò la convinzione che la rete della medicina generale, integrata dagli specialisti, operi ovunque in modo



sistematico come piattaforma territoriale diffusa di promozione e gestione di una prevenzione personalizzata; tuttavia è evidente il salto anche culturale avvenuto in risposta ad un deriva di rafforzamento della componente preventiva.

Del resto oltre il 56% degli italiani e quasi il 58% dei pugliesi dichiara di percepire una maggiore propensione dei medici a fornire indicazioni relativamente alla prevenzione, sviluppatasi nel corso degli ultimi ventiquattro mesi (tab. 16).

**Tab. 16 - Eventuale maggiore propensione da parte dei medici negli ultimi due anni a stimolare tra i pazienti l'adozione di pratiche di prevenzione, confronto Italia-Puglia**

(val. %)

*Negli ultimi due anni Lei ha notato una maggiore propensione dei medici con cui è entrato in contatto a dare indicazioni, consigli, informazioni a stimolare le pratiche di prevenzione?*

	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
Sì	<b>57,8</b>	56,5
No	<b>16,6</b>	22,2
Non saprei	<b>25,6</b>	21,3
Totale	<b>100,0</b>	100,0

Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013

Un dato di percezione soggettiva, ma da leggere positivamente, che mostra come sia in atto, in Puglia come altrove in Italia, una precisa dinamica di responsabilizzazione rispetto al tema della prevenzione.

E questa dinamica impatta anche sulle pratiche degli operatori sanitari, i medici di medicina generale in primo luogo, *front office* del Servizio sanitario alle prese con le modificazioni di sistema.

Non è improbabile che nella persistente positiva valutazione degli italiani sui medici di medicina generale vi sia anche una componente legata alla percezione della loro evoluzione culturale e di *modus operandi* nel rispondere alle nuove aspettative. Che siano la disponibilità a dare orientamenti su diete e pratiche sportive o a visitare a scopo preventivo e non solo per l'insorgere di specifici sintomi o anche la propensione a richiedere accertamenti per prevenire precocemente l'insorgenza delle patologie, sono tanti i modi in cui la medicina sta rispondendo alla crescente domanda di prevenzione sanitaria.



## 8. Abitudini individuali e ambiente salubre: i due pilastri per costruire buona salute

Tutto quanto fin qui detto concorre a sostenere la tesi per cui la prevenzione è fortemente legata alla realtà circostante ed alla cultura dell'ambiente in cui si vive, per cui la difesa e promozione della buona salute sono esito di un complesso di fattori, economici, sociali, culturali, scientifici ed istituzionali.

In qualche modo la prevenzione è legata ad una maturazione culturale delle persone, ad una crescita della convinzione che *facendo la cosa giusta* si possono ottenere risultati importanti anche in un ambito, come quello della salute che è stato tradizionalmente appannaggio di visioni e culture dapprima di stampo fatalistico, e poi di orientamento tecnicistico.

E la dimensione culturale chiama in causa anche le convinzioni profonde delle persone, quelle che ne muovono i comportamenti e le scelte nel quotidiano, e che spingono ad utilizzare le risorse per determinati obiettivi piuttosto che per altri; in questo senso praticare comportamenti salutari con convinzione consente di evitare l'insorgere di patologie ma è il risultato di una maturazione che segna un modo diverso di rapportarsi con l'esistenza e che richiede una discontinuità rispetto a stili di vita spesso radicati.

L'analisi su cosa sia la prevenzione per gli individui, e su quali siano i determinanti della buona salute ha dunque non solo implicazioni concrete, perché consente di focalizzare le radici profonde della crescente autoregolazione soggettiva della salute; ma consente anche di focalizzare terreni di intervento.

Dall'indagine emerge che la prevenzione viene considerata come un fatto individuale che dipende dalla volontà di ognuno di praticarla dal 38% degli italiani e da quasi il 44% dei pugliesi (tab. 17).





**Tab. 17 - Opinione sulla prevenzione, confronto Italia-Puglia**

(val. %)

<i>Lei ritiene che la prevenzione sia soprattutto un fatto:</i>	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
- <i>Individuale</i> , perché dipende dalla volontà delle persone di praticarla	<b>43,6</b>	37,9
- <i>Collettivo</i> , perché dipende dal modo in cui si promuovono e/o impongono certe pratiche di prevenzione	<b>25,5</b>	25,9
- <i>Sanitario</i> , perché dipende dal modo in cui il Servizio sanitario promuove le pratiche di prevenzione in modo diffuso	<b>30,9</b>	36,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	100,0

Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013

Lo considera un fatto prettamente sanitario che rinvia al modo in cui il Servizio sanitario promuove le varie pratiche il 38% dei cittadini italiani e il 30,9% dei pugliesi, mentre il 26% degli italiani e il 25,5% di pugliesi considerano la prevenzione come un fatto collettivo che dipende dalle modalità in cui si promuovono e si impongono certe pratiche.

Tra i fattori più importanti, in grado di favorire una buona salute, gli italiani confermano l'importanza delle abitudini e dello stile di vita (48,9%), dell'ambiente in cui si vive (37,4%), dei fattori ereditari (28%), dei progressi della medicina (24%), dei programmi di prevenzione, igiene e tutela dell'ambiente (22,2%) e infine con il 17% della fortuna (tab. 18).

**Tab. 18 - I fattori più importanti che favoriscono la buona salute, confronto Italia-Puglia**

(val. %)

<i>Quali sono a suo parere i fattori più importanti che favoriscono la buona salute?</i>	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
- Le abitudini, il modo di vita di una persona (buona alimentazione, attività fisica, controllo dello stress)	<b>43,5</b>	48,9
- Le condizioni dell'ambiente in cui si vive	<b>37,0</b>	37,4
- I progressi della medicina	<b>26,5</b>	23,9
- I fattori ereditari	<b>25,8</b>	28,0
- I programmi di prevenzione, igiene e tutela dell'ambiente (contro l'inquinamento, la sofisticazione dei cibi, l'avvelenamento dell'acqua)	<b>25,2</b>	22,2
- La fortuna	<b>18,7</b>	16,9

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013



Per i pugliesi la buona salute dipende innanzitutto dalle abitudini e dallo stile di vita (43,5%) e dalle condizioni ambientali circostanti (37%), mentre seguono a distanza i progressi scientifici (26,5%), i fattori ereditari (25,8%), i programmi di prevenzione e di igiene (25,2%) e dalla fortuna (18,7%).

A livello territoriale spicca in particolare l'importanza conferita alle condizioni ambientali (65,6%) nel brindisino, mentre nel leccese l'elemento fortuna risulta molto più evidente (29%) rispetto alle altre realtà provinciali.

Dai dati esce confermata la visione attiva della buona salute, che non solo portato di fattori genetici e ereditari, né tantomeno esito di una sorta di roulette naturale: la buona salute si costruisce ed è il portato delle scelte individuali e collettive che condizionano l'ambiente in cui si vive. La causalità non è determinante, e l'allungamento della vita come la capacità di debellare talune patologie o la riduzione dell'insorgenza di altre dipendono più dall'intenzionalità soggettiva e collettiva. Una idea di potenza del soggetto chiamato ad un percorso complesso e razionale di investimento impegnativo.

La visione risulta evidente anche leggendo, in un'ottica inversa, i fattori che più minacciano la salute: per gli italiani si tratta di inquinamento (46%), fumo (33,2%), materiali pericolosi (31,2%), stress (15,2%), eccessivo consumo di alcool (14,3%) e vita sedentaria (14,4%). L'ordine dei fattori richiamati coincide di fatto con quello che emerge dalle opinioni dei pugliesi, tanto che su questo punto non emerge una specificità della regione (tab. 19).

**Tab. 19 - I principali fattori che minacciano la salute e su cui bisognerebbe dare informazioni a tutti, confronto Italia-Puglia**

(val. %)

*Quali sono, secondo Lei, i principali fattori che minacciano la salute e su cui è necessario che vengano date informazioni a tutti?*

	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
- Inquinamento	<b>42,5</b>	46,0
- Fumo	<b>34,6</b>	33,2
- Materiali pericolosi (scorie pericolose, amianto, antenne con campi elettromagnetici, ecc.)	<b>31,3</b>	31,2
- Alimentazione eccessiva o non sana	<b>27,4</b>	27,0
- Stress	<b>16,0</b>	15,2
- Vita sedentaria	<b>14,6</b>	14,4
- Eccessivo consumo di alcool	<b>13,7</b>	14,3

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte*

*Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*



Piuttosto si evidenzia una articolazione provinciale interessante, poiché come prevedibile l'inquinamento è percepito come minaccia primaria alla propria salute dal 73,6% dei residenti nella provincia di Taranto mentre per gli abitanti del territorio di BAT il rischio maggiore proviene da un'eccessiva alimentazione (56,3%) e dal sedimentato di materiali pericolosi (49,5%) (tab. 20).

**Tab. 20 - I principali fattori che minacciano la salute e su cui bisognerebbe dare informazioni a tutti secondo gli abitanti della Puglia, per provincia**

(val. %)

*Quali sono, secondo*

*Lei, i principali*

*fattori che minacciano*

*la salute e su cui è*

*necessario che*

*vengano date*

*informazioni a tutti?*

	Bari	Barletta - Andria- Trani	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Puglia
Inquinamento	44,9	12,5	45,5	37,8	35,0	73,6	42,5
Fumo	32,7	46,9	47,6	28,6	35,7	25,7	34,6
Materiali pericolosi (scorie pericolose, amianto, antenne con campi elettromagnetici, ecc.)	31,5	49,5	36,6	21,0	30,1	26,7	31,3
Alimentazione eccessiva o non sana	21,5	56,3	25,6	18,6	36,5	17,4	27,4
Stress	25,8	2,1	6,7	29,5	6,1	9,1	16,0
Vita sedentaria	21,6	14,2	7,7	11,4	11,4	11,3	14,6
Eccessivo consumo di alcol	17,5	11,3	19,4	16,4	7,7	7,8	13,7

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte*

*Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*

Accanto quindi al dato individuale e comunitario, altro elemento importante è dato dall'incidenza di singoli fattori dell'esperienza locale. Ed il caso tarantino è particolarmente eclatante in questo senso, visto che la città vive da tempo e in modo drammatico le contraddizioni di uno sviluppo industriale che ha generato occupazione ma, al contempo, ha impattato pesantemente sul contesto sanitario locale.



## 9. Il consenso sociale sugli investimenti di risorse pubbliche per la prevenzione

Il valore dell'indagine che viene proposta non è dato solo dal monitoraggio dei comportamenti, delle opinioni e dei punti di vista degli italiani rispetto alla prevenzione, ma anche dalle indicazioni che emergono per comprendere il *sentiment* sociale rispetto alle opzioni di politica sanitaria e di bilancio pubblico, anche a lungo termine, in una situazione in cui uno dei problemi del welfare italiano, inclusa la sanità, è la presenza di quello che si può chiamare un certo *cortotermismo*, vale a dire la tendenza ad intervenire sotto la spinta delle urgenze, tanto più quando esse sono di natura finanziaria e di vincolo di bilancio pubblico. Ed è così in particolare nella sanità degli ultimi anni, quando si è subito l'impulso indotto dalla crisi d'agire in fretta, ad esempio con i piani di rientro, che hanno cristallizzato ed in qualche caso peggiorato la situazione.

In realtà, la sanità è chiamata a confrontarsi con gli effetti delle lunghe derive e dei processi di trasformazione sociodemografica e socioculturale, che richiedono strategie di più lungo periodo rispetto all'allocazione delle risorse, alle modalità di finanziamento, ai modelli organizzativi ed alla definizione delle priorità. Evoluzione demografica, transizione epidemiologica, nuovi orientamenti socioculturali hanno dinamiche prolungate nel tempo, che nella crisi hanno subito accelerazioni, ma che rinviano necessariamente a scelte non legate alla dimensione congiunturale.

La presente indagine e, più in generale il Rapporto Fondazione Farmafactoring, vuole contribuire anche a questo salto di qualità nell'ambito della riflessione e delle proposte per la sanità italiana, uscendo dalla logica pericolosa del *qui e subito* e della mancata considerazione del contesto in cui ci si colloca.

Un indicatore di notevole interesse da questo punto di vista è quello relativo ai comparti in cui secondo gli italiani occorre progressivamente spendere di più. La prevenzione viene indicata dagli italiani al primo posto (40%), seguita dai servizi socio sanitari (27%) e in ultima istanza dagli ospedali (24,9%), mentre per la Puglia si riscontra una attenzione meno intensa verso i servizi territoriali, richiamati dal 24,7%, rispetto agli ospedali, richiamati da una quota lievemente superiore (tab. 21).



**Tab. 21 - Alcune idee su come impiegare i soldi pubblici in sanità, confronto Italia-Puglia**

(val. %)

*Se dovesse decidere come impiegare i soldi pubblici per la sanità preferirebbe:*

	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
- Spendere di più per la prevenzione	<b>40,7</b>	40,6
- Spendere di più per gli ospedali	<b>25,6</b>	24,9
- Spendere di più per i servizi sanitari e socio-sanitari territoriali (medicina di base, ambulatori, assistenza domiciliare integrata, ecc.)	<b>24,7</b>	27,0
- Non so	<b>9,0</b>	7,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	100,0

*Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*

L'allocazione ottimale delle risorse che emerge dalla ricerca costituisce un elemento di novità che non può non essere sottolineato, in quanto rimanda ad una maturazione sociale significativa, dopo l'era in cui si vedeva negli ospedali il pilastro della sanità sul quale investire.

Un cambio di paradigma entrato nel *mainstreaming* della cultura collettiva: la sanità non può avere un contenuto solo riparativo, centrato sull'offerta ospedaliera classica e legato alle acuzie, ma deve includere un processo ex ante e di accompagnamento anche sociale e psicologico. Prevenzione e intervento sociosanitario sono infatti oggi le due componenti sulle quali la maggioranza degli italiani e dei pugliesi ritiene occorra investire di più, con una redistribuzione che ridimensioni il ruolo dell'ospedaliero.

Un convincimento impegnativo, tanto più in Puglia dove non molti anni fa un piano di riorganizzazione ospedaliera fu oggetto di una resistenza territoriale diffusa e molto intensa, mentre oggi, a quanto pare, una ridefinizione della sanità orientata a prevenzione e territorio incontra il favore e la piena comprensione della maggioranza dei cittadini, e le difficoltà emergono più che altro in relazione alle modalità con le quali si produce questo mutamento di pelle.

Ciò non toglie, evidentemente, che sia ancora vivo il timore che la chiusura di un ospedale non dia seguito all'avvio di servizi territoriali e di investimenti relativamente alla educazione sanitaria ed alla moltiplicazione delle pratiche di prevenzione.

E la ricerca ci dice anche che la visione prevalente si articola in diverse sensibilità territoriali in Puglia, tra le quali spicca la situazione della provincia di Taranto, dove vi è un richiamo molto forte alla necessità d'investire anche in strutture ospedaliere (45,7%), e quella del brindisino dove i cittadini sono molto più propensi a dare il proprio consenso all'investimento in servizi territoriali.

Dall'analisi delle opinioni degli intervistati è poi possibile rilevare anche gli strumenti e/o i mezzi di cui ci sarebbe più bisogno sul piano della prevenzione sanitaria nel nostro Paese.

La maggioranza degli italiani opta per il potenziamento delle apparecchiature di screening, che permettono di individuare precocemente le patologie (46,6%), il 31,5% richiama le campagne educative, il 24% le iniziative di comunicazione su vasta scala, il 23,9% la promozione di una migliore qualità di vita per gli anziani ed il 19,8% la comunicazione su vasta scala sulle modalità per prevenire malattie specifiche (tab. 22).

**Tab. 22 - Iniziative necessarie sul piano della prevenzione sanitaria secondo gli intervistati, confronto Italia-Puglia**

(val. %)

<i>Di cosa ci sarebbe bisogno sul piano della prevenzione sanitaria nel nostro Paese secondo Lei?</i>	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
- Potenziare gli screening per individuare precocemente le patologie	<b>44,2</b>	46,6
- Promuovere campagne di educazione sanitaria nelle scuole, dalle elementari alle superiori	<b>36,4</b>	31,5
- Comunicare su vasta scala come prevenire alcune patologie specifiche (cardiovascolari, tumore, ecc.)	<b>23,6</b>	19,8
- Incentivare anche fiscalmente l'adozione di stili di vita salutari, che riducono i fattori di rischio per molte malattie	<b>22,3</b>	21,1
- Promuovere la qualità della vita degli anziani per ridurre le patologie croniche	<b>21,2</b>	23,9
- Potenziare le iniziative di comunicazione su vasta scala (tv, internet, stampa, ecc.) su tutti gli aspetti riguardanti la prevenzione sanitaria	<b>19,2</b>	24,0

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte*

*Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*

Le opinioni dei pugliesi sull'argomento riproducono la graduatoria italiana, anche se l'esigenza di un potenziamento degli screening è sentita in modo più stringente nel territorio barese (52,7%) e nel tarantino (50,2%).

E' importante sottolineare come nella percezione collettiva le scelte di politica sanitaria debbano partire da una riallocazione delle risorse, cioè da un utilizzo più aderente alla matrice di bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini, e che



ciò condiziona il resto, e anche ad esempio la disponibilità ad accettare un rialzo della tassazione, se finalizzata all'acquisto di tecnologie sanitarie per la prevenzione o per le grandi campagne di educazione e comunicazione.

E' il 22,6% degli italiani a dire che sarebbe disponibile a pagare una tassa di scopo finalizzata a iniziative che potenzino la prevenzione in Italia, mentre il dato scende a poco più del 21% tra i pugliesi (tab. 23).

**Tab. 23 - Disponibilità da parte degli intervistati a pagare una tassa di scopo per fare prevenzione, confronto Italia-Puglia**

(val. %)

<i>Lei sarebbe disposto a pagare una tassa di scopo, i cui proventi fossero impiegati in modo trasparente per fare prevenzione (ad esempio per screening, per fare la mammografia, campagne di prevenzione, piscine/palestre a basso costo, ecc.)?</i>	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
- Sì, sarebbe un investimento utile a cui vorrei contribuire	<b>20,7</b>	22,6
- No, pago già abbastanza tasse	<b>79,3</b>	77,4
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	100,0

Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013

A fronte di una pressione fiscale per quote preponderanti di italiani e pugliesi è oggi già troppo alta, e tuttavia considerata molto elevata, risulta particolarmente interessante questo tipo di dato, che rimanda alla adesione ad una razionalizzazione e riallocazione strategica. Non più tasse, dunque, anche se votate a finalità condivisibili, ma più razionalità e oculatezza nell'utilizzo delle risorse esistenti; una maturità dei cittadini su questi aspetti che potrebbe giocare positivamente in relazione alle scelte della politica futura.

L'indagine però ha consentito di focalizzare pericolosi punti di frattura potenziale del tessuto solidale che ha nel Servizio sanitario e nel suo universalismo una modalità di concreta manifestazione.

La sanità universalista, con il libero accesso alle prestazioni, la loro gratuità (anche se con forme anche molto intense di compartecipazione), e soprattutto con l'obbligatorietà dell'intervento sanitario in presenza di emergenza e di acuzie, in sostanza di problematiche sanitarie significative, opera sicuramente in larga misura come un formidabile meccanismo di redistribuzione all'interno del corpo sociale.

Ma la visione d'insieme della sanità come una panacea per tutti, un sistema al quale tutti coloro che hanno bisogno hanno diritto accesso (anche se non



vanno dimenticate le forme di razionamento occulto che comunque generano difficoltà di accesso sostanziale) mostra qualche sorprendente e originale punto di rottura nella visione degli italiani.

Infatti, richiesti di indicare la propria opinione rispetto alla eventuale penalizzazione nell'accesso alla sanità e/o tassazione punitiva di particolari categorie, è emerso che (tabb. 24-25):

- il 39% degli italiani si dichiara favorevole a penalizzare chi adotta comportamenti nocivi per la salute, dagli alcolisti ai tossicodipendenti agli obesi ed il 31% dei pugliesi la pensa così, con una maggioranza di oltre il 71% nella provincia di Brindisi;
- quasi il 42% degli italiani si dichiara favorevole alla tassazione punitiva per chi non adotta comportamenti salutari, quota che risulta pari a quasi il 37% tra i pugliesi.

**Tab. 24 - Opinione degli intervistati sull'eventuale penalizzazione nell'accesso alla sanità nei confronti di coloro che hanno comportamenti dannosi per la propria salute, confronto Italia-Puglia**

*(val. %)*

<i>Secondo Lei, vanno penalizzati nell'accesso alla sanità coloro che hanno comportamenti dannosi per la propria salute?</i>		
	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
<b>Sì</b>	<b>31,0</b>	<b>38,1</b>
di cui		
- alcolisti	<b>18,0</b>	19,7
- tossicodipendenti	<b>17,6</b>	26,5
- obesi	<b>10,4</b>	10,3
- fumatori	<b>13,7</b>	17,5
- in generale chi adotta comportamenti non salutari	<b>19,9</b>	23,2
<b>No, sarebbe una discriminazione comunque intollerabile</b>	<b>69,0</b>	<b>61,9</b>
Totale	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013





**Tab. 25 - Opinione degli intervistati sulla possibilità di tassare maggiormente coloro che hanno comportamenti dannosi per la propria salute, confronto Italia-Puglia**

*(val. %)*

<i>Secondo Lei, vanno tassati di più coloro che hanno comportamenti dannosi per la propria salute?</i>	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
<b>Si</b>	<b>36,9</b>	<b>41,9</b>
di cui		
- tossicodipendenti	<b>20,0</b>	26,3
- fumatori	<b>16,4</b>	18,4
- alcolisti	<b>18,7</b>	17,2
- obesi	<b>12,4</b>	10,4
- in generale chi adotta comportamenti non salutari	<b>19,5</b>	21,1
<b>No, sarebbe una discriminazione comunque intollerabile</b>	<b>63,1</b>	<b>58,1</b>
Totale	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013

Un dato davvero sorprendente questo, visto che tradizionalmente gli italiani sono sempre stati contrari ad ogni tipo di penalizzazione, sanitaria o fiscale, sulla base dei comportamenti, mentre, ad esempio, nel Regno Unito è da tempo diffusa la convinzione che sia legittimo il ricorso a forme di razionamento esplicito, anche di tipo punitivo, legate all'adozione o meno di determinati comportamenti, un di cultura discriminatoria che ha sempre coinvolto minoranze residuali, poco rilevanti.

Una novità che va rimarcata perché indica un punto di tensione rispetto ai capisaldi *solidaristi* che hanno cementato il nostro welfare e spinto a considerare la responsabilità soggettiva come una variabile positiva, da giocare in chiave di maturazione e mai come una logica da imporre quasi eticamente, né come discriminare rispetto al quale imputare una forma di punizione o di stigma.

Tossicodipendenti (23,2%), alcolisti (19,7%), fumatori (17,5%) e obesi (10,3%) sono le tipologie di persone che vanno penalizzate nell'accesso alla sanità secondo gli italiani; mentre i pugliesi ritengono che la penalizzazione debba riguardare tossicodipendenti (17,6%), alcolisti (18%), fumatori (13,7%) e obesi (10,4%).



Quanto all'ipotesi della tassazione punitiva emerge che per gli italiani vanno tassati tossicodipendenti (oltre 26%), alcolisti (17,2%), fumatori (18,4%) e obesi (10,4%); per i pugliesi invece i tossicodipendenti (20%), gli alcolisti (18,7%), i fumatori (16,4%) e gli obesi (12,4%).

## **10. I timori di un deterioramento del Servizio sanitario**

Rispetto al futuro del servizio sanitario italiano, gli italiani sono ben consapevoli del fatto che il welfare si trovi in una fase di profonda evoluzione, per la crisi, la anzianizzazione e per l'impatto delle manovre di spending review e degli effetti dei piani di rientro.

In un Paese, nel quale la certezza di avere le spalle coperte in caso di malattia è stato un formidabile veicolo di assicurazione e stabilità sociale, i mutamenti in atto rispetto al grado di copertura ed alla matrice delle prestazioni garantite, nonché il divario evidente tra la composizione dell'offerta e quella della domanda tendono a generare una pericolosa fibrillazione sociale, e la percezione che gli smottamenti stiano cambiando qualcosa di sostanziale anche nel modo in cui viene garantita la tutela della salute.

In relazione alla *performance* del Servizio sanitario della propria regione dai dati emerge che per l'Italia (tabb. 26-27):

- per il 58% degli italiani intervistati essa è rimasto stabile;
- il 34,6% ne ha percepito un peggioramento;
- il 7,5% parla di un miglioramento;
- il 40,9% considera la sanità regionale inadeguata.



**Tab. 26 - Giudizio degli italiani sulle *performance* del Servizio sanitario della propria regione nell'ultimo anno, per classe di età**

(val. %)

*A partire dalla Sua esperienza diretta e dalle informazioni indirette da*

*parenti/ amici/ conoscenti secondo Lei il*

*Servizio sanitario della Sua Regione:*

	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	65 anni e oltre	Italia
- Migliorato	6,4	12,7	6,6	3,9	7,5
- Peggiorato	28,3	34,1	38,3	34,0	34,6
- Rimasto uguale	65,3	53,2	55,1	62,1	57,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013

**Tab. 27 - Giudizio degli italiani sull'adeguatezza dei servizi sanitari regionali, per ripartizione geografica**

(val. %)

*A partire dalla Sua esperienza diretta e dalle informazioni indirette da*

*parenti/ amici/ conoscenti secondo Lei il*

*Servizio sanitario della Sua Regione:*

	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Italia
- Adeguate	49,6	54,5	29,6	11,7	33,6
- Inadeguate	26,6	21,1	50,3	57,6	40,9
- Non so	23,8	24,4	20,1	30,7	25,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013

Per la Puglia invece (tabb. 28-29):

- il 49,6% dei pugliesi ritiene che il Servizio sanitario della propria regione sia peggiorato;
- il 46% che è rimasto uguale;
- il 4,4,% che non ha subito mutamenti;

Inoltre:

- nella provincia BAT (65,6%) e in quella di Taranto (60,3%) si riscontrano le percentuali più critiche;
- oltre il 65% dei pugliesi considera i servizi sanitari inadeguati;
- la provincia di BAT (82,3%) e quella di Bari (70%) sono quelle dove più alte sono le quote che percepiscono l'inadeguatezza.



**Tab. 28 - Giudizio dei pugliesi sulle *performance* del Servizio sanitario della propria regione nell'ultimo anno, per provincia**

(val. %)

*A partire dalla Sua esperienza diretta e dalle informazioni indirette da parenti/amici/conoscenti secondo Lei il Servizio sanitario della Sua*

Regione:	Bari	Trani	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Puglia
- Migliorato	4,5	0,0	6,2	2,0	5,3	7,8	4,4
- Peggiorato	48,7	65,6	26,0	49,1	47,5	60,3	49,6
- Rimasto uguale	46,8	34,4	67,8	48,9	47,2	31,9	46,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013

**Tab. 29 - Giudizio dei pugliesi sull'adeguatezza del servizio sanitario della propria regione, per provincia**

(val. %)

*A partire dalla Sua esperienza diretta e dalle informazioni indirette da parenti/amici/conoscenti secondo Lei il Servizio sanitario della Sua*

Regione:	Bari	Trani	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Puglia
- Adeguate	15,5	4,2	7,9	16,8	17,6	14,3	14,1
- Inadeguate	70,7	82,3	39,3	68,5	56,8	68,7	65,5
- Non so	13,8	13,5	52,8	14,7	25,6	17,0	20,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013



Simili dati vanno letti come riflesso di un più generale *sentiment* degli italiani, non certo positivo, soprattutto in relazione agli impatti che le politiche sanitarie di questi anni stanno avendo.

E' forte infatti la convinzione che ci si trovi dinanzi ad una sorta di trasferimento di una parte crescente del costo del carico assistenziale in sanità verso i cittadini, che questa dinamica generi per alcuni gruppi sociali una maggiore esposizione finanziaria nel sanitario, e che si determini comunque un allungamento ulteriore delle liste di attesa nel pubblico e quindi un razionamento di fatto.

Questa dinamica congiunturale, molto intensamente percepita, va ovviamente collegata alle dinamiche di lungo periodo anche dal lato dell'offerta, in cui entrano in gioco gli investimenti effettuati, dall'edilizia sanitaria alle tecnologie, fino alla formazione del personale. Ed è chiaro che il cumularsi di deficit infrastrutturali e di ansie di ridefinizione non permette di razionalizzare né di generare un'offerta migliore.

Ecco perché i dati citati indicati non possono essere letti come una bocciatura delle politiche recenti, ma vadano interpretati quale espressione di un diffuso sentimento di preoccupazione.

Non sorprende quindi il fatto che richiesti di delineare un'agenda delle cose che si potrebbero e dovrebbero fare per una sanità in linea con le risorse disponibili, il 45,8% degli italiani e il 51% dei pugliesi richiami la necessità di rendere più efficienti le strutture, i servizi ed il personale, quasi il 32% degli italiani e il 38% tra i pugliesi che occorra far pagare il consumo di sanità con appositi ticket in relazione al reddito disponibile, ed il 28% degli italiani, ed oltre il 30% dei pugliesi, che necessiti un più rigoroso controllo sui medici di medicina generale (tab. 30).



**Tab. 30 - Iniziative per rendere maggiormente compatibile l'assistenza sanitaria con la quantità limitata delle risorse, confronto Italia-Puglia**

(val. %)

*L'assistenza sanitaria è alle prese con una carenza di risorse, cosa bisognerebbe fare nella Sua regione, secondo Lei per rendere più compatibile una buona assistenza con una quantità limitata di risorse?*

	<b>Puglia</b>	<b>Italia</b>
- Rendere più efficienti strutture, servizi e personale	<b>50,8</b>	45,8
- Fare pagare il consumo di sanità (con ticket appositi) in relazione al reddito disponibile	<b>38,1</b>	31,7
- Introdurre controlli più rigorosi sui medici di medicina generale	<b>30,4</b>	28,0
- Diffondere la prevenzione sanitaria (dagli stili di vita salutari agli screening agli accertamenti preventivi) per ridurre l'insorgenza di malattie	<b>25,1</b>	25,2
- Fissare per ogni prestazione sanitaria un costo ottimale da fare rispettare ovunque, anche nella mia regione	<b>16,8</b>	18,3
- Ridurre i letti ospedalieri e potenziare la medicina sul territorio	<b>6,1</b>	6,9
- Alzare i ticket su prestazioni e farmaci in generale	<b>3,2</b>	6,0
- Rassegnarsi a ridurre la copertura sanitaria pubblica per tutti	<b>4,2</b>	5,6

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte*

*Fonte: indagine Censis – Fondazione Farmafactoring, 2013*

In sintesi, cioè, emerge che sia gli italiani che i pugliesi non sono arroccati su una sorta di conservatorismo sanitario e su di un'idea di difesa in blocco di un modello di offerta; ma in essi prevale la convinzione che la sanità debba evolvere verso un modello con più spazio per prevenzione ed il territorio, che vi sono ampi spazi di recupero di efficienza nel sistema attuale, e che questo è il canale per liberare risorse da utilizzare per migliorare copertura e *performance*.

E se le risposte messe in campo sinora non hanno generato soluzioni adeguate, il rischio è quello di un'ansia diffusa per un Servizio sanitario che dà una copertura meno ampia ed efficace, unita a forme di disillusione, che potrebbero anche condurre ad una radicalizzazione di un rancore sociale.

Ed il dato relativo allo spirito punitivo di chi non è abbastanza virtuoso è eloquente in questo senso. Risposta a tutto ciò dovrà essere allora un salto di qualità nell'utilizzo delle risorse e lo sviluppo di una prevenzione che rallenti la dinamica crescente della domanda assistenziale, anche a seguito del nesso tra longevità e patologie croniche. Investire in prevenzione diventa allora canale prioritario per una sanità sostenibile.



## **ALLEGATO**

### **La domanda di salute e la percezione della qualità dell'offerta**



## **1. Il significato del cruscotto di indicatori su salute e sanità**

Il cruscotto sulla domanda e l'offerta di salute è uno strumento di monitoraggio dell'evoluzione nel tempo di dimensioni significative della sanità nel nostro Paese a livello regionale, attraverso una serie di indicatori tenuti sotto osservazione negli anni così da consentire la costruzione di graduatorie tra le varie regioni per ciascuna dimensione rilevante.

E' importante a tale proposito introdurre una breve premessa di natura metodologica, che consenta di comprendere il valore dei risultati e la loro portata operativa.

Le graduatorie vanno intese come uno strumento che, rispetto ad una dimensione analizzata, consente una localizzazione rapida, impressiva, del posizionamento di ciascuna regione; non è quindi una sorta di voto positivo o negativo dato alla regione stessa, quanto piuttosto un modo per comprendere se e in che misura, tenuto conto di tutte le differenze strutturali, sia possibile promuovere un miglioramento rispetto ad un dato ambito.

Gli indicatori costruiti non sono normalizzati rispetto alle diversità sociodemografiche o di altro tipo delle regioni; si configurano quindi come variabili grezze, che aiutano però a comprendere meglio la situazione di una regione partendo dal confronto con le altre.

In sostanza, il posizionamento in graduatoria è uno dei fattori che aiutano a capire lo stato di salute di una regione ma, non essendo esaurienti, hanno bisogno di essere affiancati da un'analisi più approfondita e da studi ad hoc, come ad esempio è stato fatto per la Puglia con l'indagine che viene presentata nel Rapporto 2013.

Il cruscotto consente soprattutto di osservare come vanno evolvendo le situazioni regionali nel reciproco posizionamento e in relazione ai valori medi nazionali. Di anno in anno si registrano movimenti, ovviamente lenti perché rinviano o a comportamenti dei cittadini o anche a scelte istituzionali che hanno connotato strutturale; ed è evidente che in questa fase di profonda evoluzione dei comportamenti e delle scelte politiche e di bilancio in sanità la lettura annuale delle varie dimensioni offre indicazioni utili per capire e agire.





## 2. Gli indicatori della domanda di salute

Il primo livello di analisi considerato è relativo ad alcuni indici sintetici della domanda sanitaria, ed in particolare il primo indicatore preso in considerazione è relativo alla *buona salute*, vale a dire la percezione soggettiva che ogni cittadino ha del suo benessere psicofisico inteso come stato di salute; ed a questo proposito va precisato come in ambito sanitario sia ormai provato che la percezione soggettiva, che sia positiva o negativa, è di fondamentale importanza, in quanto influenza scelte e comportamenti sanitari dei cittadini e condiziona anche le capacità di fronteggiamento e di resistenza alle patologie.

Indicizzata a 100 la media nazionale, il Trentino Alto Adige è la regione in cui maggiormente i cittadini ritengono soggettivamente di stare in buona salute, con un indicatore che supera significativamente la media nazionale (111), seguito da Valle d'Aosta (105) e Campania (104). In fondo alla graduatoria si colloca la Calabria (89) con un valore dell'indicatore ben al di sotto della media nazionale, preceduta da Sardegna (93), Basilicata (93), Umbria (95) e Puglia (97) (tab. 1).

La regione pugliese, in termini di valore dell'indicatore nel biennio 2011-2012, ha subito una lieve contrazione, che nel contesto della crisi e della ridefinizione in atto delle scelte individuali e delle politiche sanitarie, acquista un significato relativo.

Il biennio 2011 – 2012 è poi connotato dalla positiva *performance* di due regioni, Liguria e Lazio, che hanno registrato incrementi del valore dell'indicatore, che gli hanno consentito di superare il valore medio nazionale. Registrano invece uno scivolamento verso il basso di questo indicatore Sardegna, Abruzzo, Basilicata e Umbria e, benché possa sorprendere, la stessa Lombardia.

Un secondo indicatore importante sulle effettive condizioni di salute degli intervistati, e di conseguenza sulla domanda di salute che ne deriva, è espresso dall'indice di *assenza di cronicità*, che segnala la quota regionale di persone non affette da alcuna malattia cronica (tab. 2).

Si tratta anche qui di un indicatore che dipende da una pluralità di fattori, a cominciare da quelli sociodemografici, e tuttavia il suo rilievo è innegabile, visto che la cronicità è fonte di crescente domanda sia sanitaria in senso stretto che sociosanitaria. Peraltro, è noto come una quota di domanda, non prettamente sanitaria, di assistenza legata alla cronicità finisce per rifluire troppo spesso, per assenza di risposte appropriate, nell'alveo del Servizio sanitario, con conseguenze non certo positive sul sistema.

**Tab. 1 - Indice regionale (1) dello stato di salute. Confronto 2011-2012**

	Stato di salute (2)		
	2011	2012	diff. 2011-2012
Trentino Alto Adige	113	111	-2
Valle d'Aosta	104	105	1
Campania	101	104	3
Liguria	99	103	4
Friuli Venezia Giulia	102	102	0
Veneto	100	102	2
Lazio	98	102	4
Toscana	101	101	0
Emilia Romagna	99	101	2
Molise	101	100	-1
Marche	98	100	2
Sicilia	101	100	-1
Lombardia	103	100	-3
Piemonte	100	99	-1
Abruzzo	101	97	-4
<b>Puglia</b>	<b>99</b>	<b>97</b>	<b>-2</b>
Umbria	98	95	-3
Basilicata	96	93	-3
Sardegna	97	93	-4
Calabria	88	89	1
Italia	100	100	0

(1) Viene attribuito all'Italia il valore 100 e valori proporzionalmente inferiori o superiori alle Regioni.

(2) Persone che forniscono una valutazione buona del proprio stato di salute.

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

**Tab. 2 - Indice regionale (1) dell'assenza di cronicità. Confronto 2010-2012**

	Assenza di cronicità (2)			
	2010	2011	2012	diff. 2010-2012
Trentino Alto Adige	111	110	109	-2
Marche	99	100	104	5
Friuli Venezia Giulia	100	102	104	4
Valle d'Aosta	104	105	103	-1
Veneto	103	101	103	0
Lazio	99	99	102	3
Campania	101	100	101	0
Liguria	99	98	101	2
Toscana	100	99	101	1
Emilia Romagna	99	100	100	1
Molise	96	99	100	4
Lombardia	102	102	100	-2
Sicilia	101	100	99	-2
Piemonte	100	100	98	-2
<b>Puglia</b>	<b>99</b>	<b>99</b>	<b>97</b>	<b>-2</b>
Sardegna	94	98	97	3
Umbria	95	98	96	1
Abruzzo	98	101	95	-3
Basilicata	94	96	94	0
Calabria	93	91	93	0
Italia	100	100	100	-

(1) Viene attribuito all' Italia il valore 100 e valori proporzionalmente inferiori o superiori alle Regioni

(2) Persone che non hanno malattie croniche e si dichiarano in buona salute

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Ed è anche evidente che la longevità crescente della popolazione nel lungo periodo tenda a spingere l'indice di cronicità verso l'alto, riducendo la quota di popolazione che non subisce una patologia di questo tipo; per cui il dato risulta particolarmente cruciale rispetto al tema della prevenzione sanitaria, in quanto l'attivazione di programmi prolungati nel tempo, fatti di responsabilità individuale e investimento sociale e di comunità, sono finalizzati proprio a



contenere l'insorgere di patologie che inevitabilmente finiscono per avere poi costi alti e prolungati nel tempo.

Dai dati in merito emerge un valore dell'indice superiore alla media nazionale in nove regioni del Centro Nord e in Campania. Per Emilia Romagna, Molise e Lombardia il valore dell'indicatore è pari a 100, mentre le restanti regioni si collocano al di sotto di esso.

Nella parte inferiore della graduatoria si collocano le regioni che hanno una composizione sociodemografica della popolazione meno orientata a generare cronicità: si tratta di Calabria (93) Basilicata (94) e Abruzzo (95). Si registrano poi i casi intermedi di Umbria, Sardegna e Puglia, con valori di poco più alti (pari a 97).

Nel periodo 2010-2012 si registra un miglioramento dell'indicatore per Marche (+5), Friuli Venezia Giulia (+4) e Molise (+4), a fronte di un significativo peggioramento dell'indice in Abruzzo (-3). Anche in Puglia, insieme a Trentino Alto Adige, Lombardia, Sicilia, Piemonte, si rileva un trend negativo, anche se meno marcato.

Associata all'indice della cronicità è, come sottolineato, la presenza o meno all'interno del nucleo familiare di un anziano, inteso come una persona che abbia superato i 75 anni d'età (tab. 3).



**Tab. 3 - Indice regionale (1) delle famiglie con almeno un anziano (75 anni e più). Confronto 2010 - 2012**

	2010	2011	2012	diff. 2010- 2012	diff. 2011- 2012
Molise	117	117	129	12	12
Liguria	129	129	127	-2	-2
Umbria	120	124	122	2	-2
Friuli-Venezia Giulia	111	103	119	8	16
Abruzzo	130	116	113	-17	-3
Basilicata	124	112	111	-13	-1
Marche	119	120	108	-11	-12
Toscana	125	117	108	-17	-9
<b>Puglia</b>	<b>104</b>	<b>101</b>	<b>107</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
Calabria	110	114	105	-5	-9
Emilia Romagna	104	108	105	1	-3
Piemonte (2)	86	102	102	16	0
Sicilia	91	99	99	8	0
Lazio	96	101	94	-2	-7
Veneto	93	91	94	1	3
Sardegna	104	88	92	-12	4
Lombardia	91	84	92	1	8
Trentino-Alto Adige	82	83	89	7	6
Campania	89	92	88	-1	-4
Italia	100	100	100	-	-

(1) Viene attribuito all' Italia il valore 100 e valori proporzionalmente inferiori o superiori alle Regioni.

(2) Comprende anche la Valle D'Aosta.

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Molise, Liguria e Umbria sono le regioni in cui si registra una quota più alta di famiglie che vivono con un anziano; seguite da Friuli-Venezia Giulia, Abruzzo e Basilicata. In fondo alla graduatoria, con valori dell'indice decisamente inferiori alla media nazionale, si trovano invece Campania (88), Trentino Alto Adige (89), Lombardia e Sardegna (92).

La Puglia in questo caso si colloca a metà della graduatoria, con un indice superiore alla media nazionale ed un andamento in aumento sia nel periodo 2010 - 2012 (+3), sia in quello 2011-2012 (+6).



Questo tipo di graduatoria , non può che registrare nel tempo, anche se non in modo meccanico, la crescita di un fenomeno che si estenderà anche nel prossimo futuro, vale a dire il progressivo allungamento della vita media e la crescita della longevità della popolazione, anche nelle regioni meridionali.

*Late comer* rispetto ad altre aree del nostro paese, in particolare rispetto ad alcune regioni del centro-nord, per il Meridione, inclusa la Puglia, le previsioni segnalano che nei prossimi anni si dovrà fronteggiare un crescente invecchiamento, e ciò impone anche un ripensamento tempestivo rispetto al sistema di welfare, che dalla sanità al socioassistenziale è ad oggi ancora largamente impreparato ad affrontare la nuova costellazione di bisogni che ne discenderà. (tab. ).

A fronte dei cambiamenti annuali registrati, è importante tenere presente, soprattutto per la Puglia e le altre regioni meridionali, che le scelte attuali di allocazione e riorganizzazione di sanità e welfare dovrebbero essere orientate verso una lunga deriva inevitabile, fatta appunto di maggiore longevità, più alta cronicità e relativa diffusione di una domanda sanitaria conseguente. Mettere al primo posto la produzione di appropriatezza assistenziale rispetto a queste dinamiche è oggi una priorità evidente, che anno dopo anno il cruscotto non potrà che certificare.

I dati riguardanti la presenza di un minore all'interno del nucleo familiare confermano nuovamente una netta distinzione tra i due macro aggregati regionali del Centro Nord e del Sud e Isole.

La longevità crescente non significa d'altra parte rinunciare a dare risposte appropriate ed efficaci alla domanda sanitaria nella sua composizione completa; in questo senso è importante anche l'offerta sanitaria rivolta ai minori, tanto più in un contesto di bassa fertilità e di ridotta propensione a fare figli.

La tutela della salute dei minori è una priorità di sistema, e dai dati si evidenzia come oggi la graduatoria relativa alle famiglie con almeno un minore al loro interno vede in cima la Campania (125) ed al secondo posto la Puglia (116), seguite poi da Sicilia (114) e Calabria (105) (tab. 4).

**Tab. 4 - Indice regionale (1) delle famiglie con almeno un minore.  
Confronto 2010 - 2012**

	2010	2011	2012	diff. 2010- 2012	diff. 2011- 2012
Campania	121	125	125	4	0
<b>Puglia</b>	<b>112</b>	<b>114</b>	<b>116</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
Sicilia	116	113	114	-2	1
Trentino-Alto Adige	106	110	105	-1	-5
Calabria	112	102	105	-7	3
Basilicata	105	101	101	-4	0
Toscana	91	91	100	9	9
Veneto	99	104	99	0	-5
Molise	98	97	99	1	2
Lazio	101	92	98	-3	6
Marche	95	102	96	1	-6
Lombardia	100	97	96	-4	-1
Abruzzo	93	94	95	2	1
Sardegna	96	93	94	-2	1
Umbria	95	86	91	-4	5
Piemonte (2)	84	93	89	5	-4
Emilia Romagna	88	92	87	-1	-5
Friuli-Venezia Giulia	88	86	83	-5	-3
Liguria	74	79	79	5	0
Italia	100	100	100	-	-

(1) Viene attribuito all' Italia il valore 100 e valori proporzionalmente inferiori o superiori alle Regioni

(2) Comprende anche la Valle D'Aosta

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Le regioni meridionali, cioè, esprimono una alta domanda potenziale di salute e sanità per i minori, che richiede adeguata attenzione, nonché modelli organizzativi e operativi adeguati; il dato che rende particolarmente complessa la sfida per la Puglia, e per le altre regioni meridionali, è che questa domanda che promana dai minori va soddisfatta in parallelo con una ristrutturazione della matrice di offerta in grado di intercettare l'evoluzione di lungo periodo dominata dalla longevità crescente.



In altre parole si può dire che, se non ci saranno una ridefinizione intensa della sanità ed un orientamento all'appropriatezza, alla riduzione degli sprechi, all'attivazione di modelli innovativi di erogazione delle prestazioni, alto sarà il rischio per la Puglia e per le altre regioni meridionali di andare incontro a notevoli difficoltà economiche ed organizzative, con la conseguenza di dover accettare anche forme di razionamento occulto, a cominciare da un peggioramento del quadro delle attese per l'accesso alle prestazioni e delle relative liste di attesa.

Nella graduatoria si evidenzia in particolare che la Liguria risulta essere la regione in cui la presenza di un minore all'interno del nucleo familiare è la più bassa nell'intera penisola, con un valore dell'indice pari a 79, preceduta da Friuli-Venezia Giulia (83), Emilia Romagna (87) e Piemonte (89).

A proposito degli andamenti temporali, spicca l'andamento in crescita della Toscana, con valori positivi sia nel confronto 2010- 2012 che in quello 2011-2012. Anche la Puglia segue un trend positivo, che nel differenziale 2010-2012 arriva a +4. Di segno opposto invece i trend, 2011-2012, di Marche (-6), Veneto e Trentino Alto Adige (-5).

I comportamenti a rischio, ovvero il fumare, il bere alcolici in modo eccessivo ed una alimentazione scorretta aspetti molto indicativi dal punto di vista dell'evoluzione della domanda sanitaria dei nostri tempi e della definizione delle dimensioni su cui concentrare gli interventi in fase di prevenzione.

Il cruscotto qui realizzato consente di analizzare le dinamiche relativamente al periodo 2009-2012 riguardo ai comportamenti indicati (tab. 5): a livello nazionale si registra un trend discendente per tre dei quattro comportamenti nocivi indicati. Si riduce infatti la percentuale di fumatori (-1,1%), quella dei consumatori di alcol a rischio (-0,6%) e quella dei sedentari (-1,4%), mentre aumenta l'indice di obesità (+0,1%). Un trend tutto sommato positivo, in linea con quel radicamento degli stili di vita salutari che, almeno per un certo periodo, è stato un obiettivo di sanità pubblica particolarmente enfatizzato e sul quale si è avuto un forte *commitment* politico-istituzionale.



**Tab. 5 - Fattori di rischio per regione. Confronto 2009-2012 (\*)**

	Diff. 2009-2012			
	Fumatori	Consumatori di alcol a rischio	Persone obese	Sedentari
Piemonte	-1,5	-0,3	-0,3	-4,4
Valle d'Aosta	-3,4	-2,4	-1,9	3,3
Lombardia	-1,0	1,1	0,8	-2,6
Liguria	-1,4	-0,9	-1,0	-4,9
Trentino-Alto Adige	0,1	0,2	0,4	-1,2
Bolzano/Bozen	2,5	1,5	-0,3	-2,5
Trento	-2,2	-1,1	1,0	0,0
Veneto	-2,5	-2,0	1,3	-3,2
Friuli-Venezia Giulia	0,1	1,2	0,5	0,5
Emilia-Romagna	-3,8	-2,2	-1,4	-2,2
Toscana	-0,6	-2,7	0,8	-2,5
Umbria	-4,4	-1,9	2,5	-1,2
Marche	-2,6	-1,6	0,3	-0,4
Lazio	-1,8	1,2	-1,3	-0,2
Abruzzo	1,5	2,1	-0,4	6,5
Molise	0,7	-1,3	-0,9	-0,4
Campania	1,8	-0,2	-0,1	3,7
<b>Puglia</b>	<b>-1,6</b>	<b>-3,0</b>	<b>1,5</b>	<b>-1,6</b>
Basilicata	-1,9	-3,5	1,9	0,9
Calabria	-1,3	-0,5	-1,4	0,6
Sicilia	0,9	-0,3	0,2	-2,7
Sardegna	-4,3	-3,3	-1,6	-0,7
Italia	-1,1	-0,6	0,1	-1,4

(\*) L'abitudine al fumo e il consumo di alcol si riferiscono alla popolazione di 14 anni e più; le persone obese sono quelle di 18 anni e più. La sedentarietà (persone che non praticano né sport né attività fisica) si riferisce alla popolazione di 3 anni e più.

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"

La Puglia, in questo campo, vive la dinamica nazionale in modo più esasperato, nel senso che le variazioni si collocano nella stessa direzione per ciascuno dei comportamenti indicati, sia in positivo che in negativo, ma con intensità maggiore. Infatti, la quota di fumatori si riduce del -1,6%, quella dei



consumatori di alcol a rischio del -3%, quella dei sedentari del -1,6%, mentre quella degli obesi cresce del +1,5%.

Pur senza drammatizzazioni, dunque, anche dal cruscotto si rileva, come dall'indagine di popolazione, che il tema obesità va assumendo un'importanza specifica nel contesto pugliese, con valori superiori alla media nazionale e con una dinamica di incremento più intensa.

Ciò va letto in particolare in relazione alla necessità di promuovere una maggiore attenzione all'impatto sulla salute dell'alimentazione che, come risulta dall'indagine, è consumo molto amato tra i pugliesi, e che ha bisogno di conseguenza di essere accompagnato da interventi formativi ed informativi adeguati e di qualità, in grado di orientare verso comportamenti alimentari più corretti. E l'iniziativa deve diventare particolarmente incisiva rispetto ai minori, laddove si riscontra la presenza di un consumo di cibi molto dolci e grassi e di bevande gassose, che hanno un nesso stretto con l'obesità giovanile.

Non bisogna dimenticare che la crisi sta esercitando, soprattutto sulle famiglie a più basso reddito, ma in generale sui consumatori, un effetto perverso, e che la "caccia al basso prezzo", anche per il cibo, rischia di allontanare da una valutazione degli acquisti attenta al contenuto salutare degli alimenti.

L'obesità è notoriamente una problematica sanitaria trasversale alle classi di età, storicamente associata allo sviluppo del benessere materiale e alla crescente disponibilità di reddito, cui si accompagna la spinta ad un consumo compulsivo, fatto di una progressione quantitativa anche in ambito alimentare.

Nella crisi, però, il rischio è piuttosto che gruppi sociali economicamente meno forti si rivolgano verso segmenti di offerta di minore qualità, accessibili a prezzi più bassi, ma non in grado di garantire una qualità ed un positivo impatto sulla salute.

A tale proposito è anche interessante sottolineare che, in tema di attività fisica, altro baluardo preventivo della buona salute, dalla indagine realizzata dal Censis risulta che l'iscrizione a palestre o piscine comporta per le famiglie pugliesi un costo mediamente più alto rispetto a quelle residenti nelle altre regioni meridionali.

E' quindi quanto mai necessaria una azione di settore in grado di coinvolgere gli attori, dai gestori di palestre e piscine alle scuole sino agli stessi istruttori e alle famiglie, con l'obiettivo di ridurre la soglia economica di accesso al mercato. E se obesità e sedentarietà sono variabili connesse, oggi la Puglia ha



bisogno di attivare un'azione mirata, di largo raggio, e specificamente orientata alle diverse classi di età.

### 3. Gli indicatori della qualità dell'offerta

Un secondo pilastro fondativo del cruscotto del Rapporto Fondazione Farmafactoring è dato dall'insieme degli indicatori relativi all'offerta di sanità a livello regionale e, tra questi, di particolare rilievo risultano quelli che esprimono il punto di vista dei cittadini. Si tratta degli indici di *soddisfazione e di performance* del Servizio sanitario nazionale, costruiti a partire dalla rilevazione da dati Istat sulla percezione e l'effettiva propensione dei cittadini a rivolgersi alla sanità pubblica nella propria regione.

Un primo indicatore è quello relativo al *grado di attrattività* che il Servizio sanitario di ciascuna regione esercita sui residenti delle altre regioni. Tale indice ha valori decisamente migliori nelle regioni settentrionali, come il Veneto (165), la Lombardia (145), il Friuli-Venezia Giulia, cui si aggiunge il Molise per le note *performance* di alcuni grandi istituti che operano su base transregionale (140) (tabb. 6-7).

Anche in questo caso la distinzione tra macro aggregati regionali è netta, e in coda alla graduatoria si colloca un gruppo di regioni del Sud, con valori più bassi rispetto alla media nazionale: Calabria (55), Campania (64), Sicilia (74) e Basilicata (82). Il confronto temporale 2009-2011 evidenzia una dinamica positiva, di crescita dell'attrattività per molte regioni anche del meridione, con le uniche eccezioni di Molise, Calabria, Piemonte e Trentino Alto Adige.

In Puglia, nonostante l'indice di attrattività si collochi al di sotto della media nazionale, il differenziale negli anni 2009-2011 risulta in significativo aumento (+4).

La sanità regionale, quindi, mostra di incrementare la propria attrattività e che, sia pure con lentezza, le cose stanno cambiando, molto anche per effetto delle migrazioni transfrontaliere tra regioni, a seguito della presenza di bacini di utenza a cavallo dei confini regionali.

Appartiene invece al filone degli indicatori di *performance* con base soggettiva l'*indice di soddisfazione*, che esprime in sintesi il rapporto che gli italiani hanno con alcune componenti dell'offerta sanitaria nella propria regione (tab. 8).



**Tab. 6 - Indice regionale (1) di attrazione di pazienti. Confronto 2009-2011**

	Attrazione (2)			diff. 2009-2011
	2009	2010	2011	
Veneto	159	156	165	6
Lombardia	132	134	145	13
Molise	151	137	140	-11
Friuli Venezia Giulia	134	134	140	6
Lazio	132	128	136	4
Liguria	116	115	121	5
Valle d'Aosta	108	113	121	13
Trentino Alto Adige	121	118	120	-1
Piemonte	119	114	118	-1
Emilia Romagna	109	109	117	8
Marche	102	106	114	12
Sardegna	108	111	112	4
Umbria	87	86	99	12
Toscana	95	92	96	1
Abruzzo	89	86	96	7
<b>Puglia</b>	<b>84</b>	<b>82</b>	<b>88</b>	<b>4</b>
Basilicata	69	71	82	13
Sicilia	64	67	74	10
Campania	54	57	64	10
Calabria	58	52	55	-3
Italia	100	100	100	-

(1) Gli indici sono costruiti come medie standardizzate degli indicatori semplici che li definiscono; attraverso la costruzione di indici viene attribuito all'Italia il valore 100 e valori proporzionalmente inferiori o superiori alle Regioni

(2) Indice costruito in base all'indicatore di mobilità tra regioni e l'indicatore di degenze media standardizzata per case mix (il case mix è un indice comparativo di performance che mette a confronto l'efficienza operativa delle strutture della regione in relazione ai casi di ricovero rispetto a quella osservata a livello nazionale)

Fonte: elaborazione Censis su dati Ministero della Salute



**Tab. 7 – Indice regionale di mobilità ospedaliera interregionale (ricoveri per acuti in regime ordinario - anni 2001-2011)**

(val. % sul totale dimessi)

	2001		2005		2009		2010		2011	
	Attiva	Passiva	Attiva	Passiva	Attiva	Passiva	Attiva	Passiva	Attiva	Passiva
Piemonte	7,1	8,0	6,2	8,4	5,7	6,9	5,7	6,7	5,8	6,6
Valled'Aosta	10,0	20,2	10,6	22,2	10,5	21,9	11,1	22,0	10,4	20,8
Lombardia	9,2	3,8	8,8	3,9	8,5	3,6	8,5	3,7	9,0	3,8
Bolzano/Bozen	10,8	4,1	7,3	4,6	6,9	4,5	6,9	4,6	6,7	4,3
Trento	10,8	14,5	9,5	17,8	8,8	16,4	9,1	15,7	8,9	15,5
Veneto	8,7	4,5	8,2	5,3	8,1	5,7	7,9	5,8	7,8	6,2
Friuli-VeneziaGiulia	9,2	6,5	8,4	6,3	8,3	6,3	8,5	6,2	8,5	6,3
Liguria	12,3	9,8	11,2	11,2	10,3	12,2	10,5	12,9	10,3	13,7
Emilia-Romagna	12,6	6,1	12,8	6,3	13,6	5,8	13,6	5,7	13,8	5,7
Toscana	10,8	5,1	9,9	5,9	10,2	5,9	10,5	5,9	10,7	5,9
Umbria	16,2	10,4	14,1	11,4	14,3	11,2	13,9	11,0	14,7	10,8
Marche	9,6	9,1	9,0	10,9	9,8	11,2	10,3	10,7	10,6	11,1
Lazio	9,6	6,4	8,6	6,6	8,7	6,5	8,4	6,8	8,3	7,5
Abruzzo	10,2	9,8	13,0	10,2	11,1	15,7	10,4	16,6	10,9	16,5
Molise	21,8	19,8	24,2	20,6	26,8	20,3	26,7	19,3	25,8	20,7
Campania	2,6	8,1	2,3	7,6	2,3	7,6	2,4	8,1	2,5	8,3
<b>Puglia</b>	<b>4,8</b>	<b>5,8</b>	<b>3,8</b>	<b>7,7</b>	<b>3,8</b>	<b>7,1</b>	<b>3,9</b>	<b>6,9</b>	<b>3,9</b>	<b>7,3</b>
Basilicata	9,9	23,8	12,3	24,0	14,3	23,0	15,1	23,1	15,6	22,2
Calabria	3,9	13,0	3,3	14,7	3,0	17,3	2,9	17,0	2,9	17,2
Sicilia	1,6	6,4	1,7	6,1	1,8	6,3	1,8	6,5	1,8	6,7
Sardegna	1,9	4,8	1,8	4,2	0,0	5,2	1,9	5,1	2,0	5,3
Italia	7,7	7,7	7,3	7,3	7,3	7,3	7,4	7,4	7,6	7,6

Fonte: Ministero della Salute

**Tab. 8 - Indice regionale (1) di soddisfazione su aspetti della sanità regionale dei cittadini su aspetti della sanità regionale. Confronto 2010-2012**

	Soddisfazione dei cittadini (2)				
	2010	2011	2012	diff. 2010- 2012	diff. 2011- 2012
Trentino Alto Adige	165	150	157	-8	7
Emilia Romagna	119	141	142	23	1
Friuli Venezia Giulia	126	119	137	11	18
Veneto	134	114	129	-5	15
Lombardia	120	116	121	1	5
Piemonte	121	110	111	-10	1
Umbria	125	117	109	-16	-8
Liguria	107	94	106	-1	12
Valle d'Aosta	153	131	101	-52	-30
Toscana	108	104	100	-8	-4
Marche	99	102	95	-4	-7
Molise	100	98	94	-6	-4
Lazio	80	86	93	13	7
Sardegna	83	90	91	8	1
Basilicata	82	92	75	-7	-17
Calabria	66	50	67	1	17
<b>Puglia</b>	<b>68</b>	<b>79</b>	<b>62</b>	<b>-6</b>	<b>-17</b>
Abruzzo	79	74	62	-17	-12
Campania	62	68	61	-1	-7
Sicilia	65	66	59	-6	-7
Italia	100	100	100	-	-

(1) Gli indici sono costruiti come medie standardizzate degli indicatori semplici che li definiscono; attraverso la costruzione di indici viene attribuito all'Italia il valore 100 e valori proporzionalmente inferiori o superiori alle Regioni

(2) Indice costruito in base ai seguenti indicatori: comodità di orario delle Asl dichiarata, attese non oltre i 20 minuti presso le Asl, soddisfazione ("molta soddisfazione" dichiarata) per i servizi ospedalieri di assistenza medica, infermieristica e di igiene

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Esso viene costruito sulla base di indicatori semplici che prendono in considerazione aspetti quali: la comodità d'orario e la lunghezza delle attese nelle Asl, l'assistenza medica e infermieristica ospedaliera.



I dati disponibili, aggiornati al 2012, mostrano come in Trentino Alto Adige (157), Emilia Romagna (142), Friuli Venezia Giulia (137) e Veneto (129) il grado di soddisfazione che i cittadini nutrono nei confronti della sanità pubblica sia molto superiore alla media nazionale. Considerazioni di segno opposto valgono invece per le principali regioni del Sud: Sicilia (59), Campania (61), Abruzzo (62), Calabria (67) e Basilicata (75).

Come rilevato anche nell'indagine di popolazione relativamente al giudizio in generale della sanità, l'indice pugliese di soddisfazione ha un valore ridotto, con una tendenza allo scivolamento verso il basso per il periodo 2010-2012. I dati mostrano comunque una notevole fibrillazione dei cittadini rispetto alla sanità anche in regioni dove i livelli di soddisfazione tradizionalmente sono alti, come ad esempio la Valle d'Aosta (-52).

Nella componente di offerta del cruscotto un'attenzione particolare viene rivolta anche ad alcuni indicatori strutturali, che riflettono la dimensione più quantitativa dell'offerta di strutture e servizi.

In questo ambito, va considerata in particolare l'offerta sanitaria rivolta alla *disabilità e alla cronicità*, costruita a partire da alcuni indicatori semplici: il numero delle strutture che assistono i disabili, i posti a disposizione riservati ad essi in strutture residenziali e semi residenziali, le dimensioni delle strutture stesse in termini di posti letto e la spesa media per posto letto (tab. 9).



**Tab. 9 - Indice regionale (1) di offerta per disabilità e cronicità (2).  
Confronto 2006-2010**

	Offerta per disabilità e cronicità				
	2006	2009 (3)	2010 (3)	diff. 2006-2010	diff. 2009-2010
Lombardia	146	138	152	6	14
Veneto	148	141	150	2	9
Friuli-Venezia Giulia	128	122	140	12	18
Piemonte	120	105	129	9	24
Emilia-Romagna	131	126	127	-4	1
Liguria	85	85	116	31	31
Toscana	102	98	103	1	5
Umbria	92	99	94	2	-5
Molise	95	72	92	-3	20
Abruzzo	86	80	80	-6	0
Lazio	87	77	78	-9	1
<b>Puglia</b>	<b>72</b>	<b>76</b>	<b>72</b>	<b>0</b>	<b>-4</b>
Marche	74	81	69	-5	-12
Campania	77	72	66	-11	-6
Basilicata	67	72	62	-5	-10
Sicilia	78	73	58	-20	-15
Valle d'Aosta	59	71	56	-3	-15
Sardegna	66	76	55	-11	-21
Trentino-Alto Adige	157	-	-	-	-
Calabria	74	-	-	-	-
Italia	100	100	100	-	-

(1) L'indice è costruito come medie standardizzate degli indicatori semplici che lo definisce; attraverso la costruzione di indici viene attribuito all'Italia il valore 100 e valori proporzionalmente inferiori o superiori alle Regioni

(2) Strutture per disabili residenziali e semiresidenziali, posti nelle strutture per disabili e spesa assistenziale per assistenza psichiatrica, ai disabili fisici e psichici ed agli anziani

(3) Dati sulla spesa assistenziale al 2009. I dati della spesa assistenziale del Trentino-Alto-Adige e della Calabria non sono disponibili e quindi non è possibile l'aggiornamento dell'indicatore per queste due regioni

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, Ministero Salute

Secondo i dati disponibili, aggiornati al 2010, le regioni che offrono una sanità migliore per questo tipo di patologie sono la Lombardia (152) ed il Veneto





(150); seguono, con valori più bassi ma comunque indicativi di ad una buona offerta, il Friuli-Venezia Giulia (140), il Piemonte (129) e l'Emilia Romagna (127). Al di sopra alla media nazionale, anche se con valori meno eclatanti, si collocano Liguria (116) e Toscana (103).

Tutte le altre regioni risultano avere valori indicizzati nettamente inferiori al 100, e nella parte bassa della graduatoria si ritrovano le regioni del Sud e delle Isole, con l'unica eccezione della Valle d' Aosta, che risulta penultima in graduatoria prima della Sardegna (55).

La Puglia si colloca più o meno alla metà della graduatoria (72), registrando una particolare stabilità nell'andamento con un differenziale tra 2006-2010 pari a 0.

Rispetto alle altre regioni, quindi, la Puglia sembra essere riuscita a mettere in campo un'offerta specificamente rivolta alla disabilità e cronicità interessante, indice di politiche ben orientate rispetto alla ridefinizione della domanda di salute. Per il Trentino Alto Adige e la Calabria non sono disponibili i dati aggiornati al 2010.

Nel confronto temporale 2009-2010 emerge un netto miglioramento dell'indice in Liguria (+ 31), Piemonte (+24) e nel Molise (+20), a differenza di quanto rilevato per Sardegna (-21), Valle d' Aosta (-15) e Sicilia (-15).

Un ulteriore indice utilizzato è quello di *modernizzazione*, che riflette la disponibilità a livello di Servizio sanitario regionale di apparecchiature e attrezzature moderne a partire dalla presenza di ecotomografi, tac e risonanze magnetiche e dalla esistenza di Centri unificati di prenotazione, Unità mobili di trasporto e Servizi di dialisi (tab. 10).

**Tab. 10 - Indice regionale (1) di modernizzazione (2). Confronto 2006-2010**

	Modernizzazione				
	2006	2009	2010	diff. 2006- 2010	diff. 2009- 2010
Molise	183	180	186	3	6
Valle d'Aosta	169	155	151	-18	-4
Liguria	123	131	140	17	9
Basilicata	104	110	131	27	21
Toscana	107	128	130	23	2
Umbria	120	119	122	2	3
Sardegna	84	121	118	34	-3
Friuli-Venezia Giulia	87	100	113	26	13
Veneto	112	113	110	-2	-3
Sicilia	104	115	108	4	-7
Abruzzo	112	127	107	-5	-20
Campania	99	103	103	4	0
Calabria	117	100	94	-23	-6
Lazio	100	91	94	-6	3
Piemonte	113	88	92	-21	4
Marche	98	88	92	-6	4
Emilia-Romagna	95	88	88	-7	0
Lombardia	85	88	86	1	-2
Trentino-Alto Adige	75	73	77	2	4
<b>Puglia</b>	<b>81</b>	<b>71</b>	<b>76</b>	<b>-5</b>	<b>5</b>
Italia	100	100	100	-	-

(1) L'indice è costruito come medie standardizzate degli indicatori semplici che lo definisce; attraverso la costruzione di indici viene attribuito all' Italia il valore 100 e valori proporzionalmente inferiori o superiori alle Regioni

(2) Ecotomografi, tac e risonanze magnetiche, centri unificati prenotazione, unità mobile di rianimazione, servizio trasporto dialisi

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, Ministero Salute



Le regioni che attualmente offrono una sanità con una più alta intensità di disponibilità tecnologica nelle modalità indicate sono il Molise, con un indice regionale pari a 186, la Valle d'Aosta (151), la Liguria (140), la Basilicata (131) e la Toscana (130).

La Puglia non è tra le regioni con maggiore intensità tecnologica, anche se si constata un miglioramento per il biennio 2009-2010 (+5), che risulta ancora più significativo se confrontato con quello di segno opposto (-5) rilevato per il *range* temporale 2006 - 2010.

Va infine rilevato come all'interno del macro aggregato regionale Sud e Isole spicchino, per il confronto 2009-2010, due andamenti altamente significativi ma di segno opposto: per la Basilicata l'indice rileva segno positivo, con un valore pari a +21, mentre per l'Abruzzo il segno è particolarmente negativo (-20).

**Fondazione Farmafactoring**

Via Domenichino 5 - 20149 Milano

Tel. 02.49905204

Via Bertoloni, 1/E int. F - 00197 Roma

Tel. 06.8091391 - fax 06.80913941

[info@fondazionefarmafactoring.it](mailto:info@fondazionefarmafactoring.it)

[fondazionefarmafactoring.it](http://fondazionefarmafactoring.it)