



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

Il Sistema Sanitario in controllo

Rapporto 2014

Seconda parte



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

Le disuguaglianze sanitarie in Campania e in Italia: il punto di vista dei cittadini

Il sistema sanitario in controtuce Rapporto 2014

È vietata la riproduzione senza preventivo consenso della Fondazione Farmafactoring



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

Indice

1. OBIETTIVI E RISULTATI	1
1.1. L'IMPORTANZA DI UNA RICERCA SULLE DISPARITÀ SANITARIE	1
1.2. UNA SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI.....	2
2. IL QUADRO TEORICO E METODOLOGICO	5
2.1. IL VALORE DI UN APPROCCIO QUALIQUANTITATIVO.....	5
2.2. FOCALIZZARE L'INTRECCIO ORIGINALE TRA VECCHIE E NUOVE DISPARITÀ	6
2.3. UNA SINTETICA RICOGNIZIONE DELLE IPOTESI TEORICHE	8
3. STILI DI VITA IN CAMPANIA: L'URGENZA DI UNA INTENSA CAMPAGNA PROMOZIONALE.....	9
3.1. TRA CATTIVA ALIMENTAZIONE E SEDENTARIETÀ, DUE FENOMENI NEGATIVI DA RIMUOVERE	9
3.2. LA RIDOTTA PERCEZIONE DEL RISCHIO LEGATO AGLI STILI DI VITA NON SALUTARI	14
4. INGIUSTIZIE VISSUTE E INGIUSTIZIE TEMUTE	18
5. LA PERCEZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE NELLA SANITÀ	26
6. GLI EFFETTI DELLA CRISI	32
7. LA DINAMICA DELLE SPESE PRIVATE PER LA SALUTE	38
8. UNA SANITÀ PUBBLICA IN GRANDE DIFFICOLTÀ, MA DA NON PERDERE.....	42



1. Obiettivi e risultati

1.1. L'importanza di una ricerca sulle disparità sanitarie

Quali sono le principali disuguaglianze nella salute e in sanità oggi in Italia? Oltre alla tradizionale “forbice” tra Nord e Sud, sono maturate nuove forme di disparità tra i cittadini italiani? Come sta cambiando il rapporto dei cittadini con la tutela del diritto alla salute, la quale costituisce la *mission* storica del Servizio Sanitario?

Queste sono alcune delle domande cui vuole rispondere la ricerca realizzata dalla Fondazione Censis nell'ambito dell'annuale *Rapporto La sanità in controllo*, realizzato in collaborazione con la Fondazione Farmafactoring.

La ricerca è stata svolta a livello nazionale e con un focus specifico sulla regione Campania, ed ha previsto una pluralità di approfondimenti, tra i quali una metanalisi di indagini e ricerche recenti sul tema delle disuguaglianze sanitarie, l'elaborazione desk di un set di indicatori in grado di esprimere in modo sintetico, impressivo e di facile lettura le disuguaglianze in ambito sanitario ed una indagine di popolazione su un campione di 1.000 italiani e di 500 campani volta a rilevare le esperienze vissute e il punto di vista dei cittadini.

Come noto, per affrontare il tema delle disuguaglianze sociali in sanità è necessario porsi in un'ottica multidimensionale che, pur considerando il peso dei fattori genetici, evidenzia il ruolo di altri fattori di rischio, dai comportamenti individuali quotidiani la cui pratica è legata agli stili di vita, all'insieme delle condizioni di vita economiche, sociali, ambientali e istituzionali.

Dallo studio risulta che nonostante i progressi nella tutela della salute registrati nel lungo periodo nel nostro paese, ottenuti anche grazie ad un sistema sanitario universalistico, permangono significative disuguaglianze di salute e di accesso alla sanità. E si va evidenziando una pericolosa giustapposizione tra disparità antiche e consolidate, come la diversa dotazione e qualità territoriale dell'offerta sanitaria, e disparità più recenti legate ad esempio alle difficoltà finanziarie del Servizio sanitario di alcune regioni, che hanno reso necessaria l'attivazione dei Piani di Rientro.

Inoltre, l'analisi delle disuguaglianze di salute non può prescindere dall'attuale congiuntura economica di crisi, la quale ha avuto un impatto non di poco conto sul rapporto dei cittadini con la tutela e la cura della salute, non solo ampliando disparità tradizionali, ma anche generandone di nuove, ad esempio

sotto forma di barriere più alte nell'accesso alle cure, come dimostra la moltiplicazione del numero di cittadini che rinuncia a prestazioni sanitarie per motivi economici.

In estrema sintesi emerge che le difficoltà di accesso al pubblico, accentuate da *spending review* e Piani di rientro e attestate dalla crescente lunghezza delle liste di attesa, da un lato incentivano il ricorso al privato per chi può pagare e, dall'altro, generano la rinuncia alle prestazioni per ragioni economiche per chi ha minori risorse economiche.

E' così che cresce una nuova disuguaglianza in ambito sanitario, che si aggiunge alla già nota territorializzazione dell'offerta e ad altri meccanismi di razionamento occulto della domanda; e gli effetti indotti dalla crisi risultano poi più acuti nelle Regioni in Piano di Rientro alle prese con la ristrutturazione della matrice di offerta sanitaria.

Se il persistere della crisi e delle politiche centrali di *spending review* affiancate in molte regioni ai Piani di Rientro modificano il contesto della offerta sanitaria e le opportunità di cura dei cittadini, occorre inoltre leggere queste dinamiche all'interno della più complessa riarticolazione della società che è marcata da un evidente ampliamento delle disuguaglianze sociali.

Lo sfarinamento del ceto medio porta con sé anche maggiori differenze sociali in ogni ambito della nostra quotidianità: per questo i fenomeni sociali in atto, anche quelli di ambito sanitario vanno riletti alla luce di questo *trend* epocale.

La disuguaglianza sanitaria emerge non solo rispetto all'accesso alle prestazioni, ma anche in relazione allo stato di salute delle persone, alla diffusione delle patologie (specie quelle maggiormente invalidanti e croniche) e ad una serie di comportamenti che incidono sulla salute.

La presente ricerca è stata realizzata a livello nazionale ma con un focus di indagine sul territorio della regione Campania, un'occasione unica sia per capire come si va differenziando il rapporto con la tutela della salute tra i cittadini italiani, sia per posizionare nello specifico l'evoluzione in atto tra i cittadini della Campania.

1.2. Una sintesi dei principali risultati

La ricerca qui presentata ha messo in luce l'intensità delle disuguaglianze sanitarie, anche dal punto di vista della percezione soggettiva dei cittadini. I principali risultati sono i seguenti:

- la sensazione diffusa che le opportunità di cura siano diversificate in relazione alle disponibilità economiche delle persone e che negli ultimi anni



- il fattore economico abbia aumentato il suo peso. Le persone benestanti riescono a curarsi prima e meglio, è una convinzione diffusa trasversalmente ai gruppi sociali e ai territori;
- la ristrutturazione dell'offerta di servizi e prestazioni del Servizio sanitario ha generato da un lato un ricorso alla spesa privata più alto rispetto al periodo pre-crisi e dall'altro ha amplificato il fenomeno della rinuncia alle prestazioni sanitarie per ragioni economiche. Le disuguaglianze sanitarie, quindi, hanno una dimensione sommersa che si concretizza nel fenomeno crescente della rinuncia alle prestazioni sanitarie da parte di chi non riesce ad accedere tempestivamente al Servizio sanitario e, al contempo, non ha i soldi per acquistare la prestazione nel privato;
 - *spending review* e piani di rientro hanno di fatto definito nuovi confini tra Servizio sanitario pubblico e settore privato, con uno spostamento di costi sulle famiglie, fenomeno che ha penalizzato in misura maggiore proprio i soggetti più fragili sul piano economico, sociale e dei bisogni sanitari. In sostanza, crisi e politiche sanitarie in questi anni hanno contribuito in misura consistente all'ampliamento delle disuguaglianze sanitarie ed alla crescita del peso relativo del fattore economico rispetto alle opportunità di cura dei cittadini;
 - il quadro descritto consente di dire che nei tempi più recenti si è avuto un ampliamento delle disuguaglianze tradizionali, da quella territoriale a quella legata alla dotazione di risorse economiche e di capitale culturale, a seguito della ridefinizione dei confini tra sanità pubblica e sanità privata, e tra copertura del Servizio sanitario e bisogni in capo ai cittadini;
 - esito collaterale, ma non meno significativo, del fenomeno è la trasformazione del welfare, e in specifico del Servizio sanitario, da fattore di assicurazione dei cittadini e potente piattaforma in grado di farli sentire con le spalle coperte, a fonte di ansia, di preoccupazione, soprattutto per i gruppi sociali più fragili che più degli altri dovrebbero avere dal welfare protezione sociale;
 - pur nella generale consapevolezza della erosione della copertura garantita dalla sanità pubblica italiana rispetto ai rischi di insorgenza di patologie, e della necessità di una sua profonda ridefinizione che faccia coesistere tutela sociale e sostenibilità finanziaria, è ben ferma nella maggioranza dei cittadini la volontà di preservare il Servizio sanitario nei suoi fondamenti di base. Il Servizio sanitario nella percezione dei cittadini è una istituzione da salvaguardare da ogni ipotesi di smantellamento, fosse pure animata dal lodevole intento di ridurre la tassazione. *Servizio sanitario sì, sprechi no*, è la sintesi impressiva che riflette la convinzione prevalente negli italiani che il Servizio sanitario debba continuare ad esistere ma con una ridefinizione profonda, che consenta di andare oltre l'attuale situazione in cui paradossalmente finisce per essere un ulteriore fattore di iniquità sociale.



I processi descritti nel contesto socioeconomico e istituzionale della Campania hanno una intensità maggiore, poiché le dinamiche divaricanti nelle opportunità di cura sono più forti, così come è molto più forte la percezione che il fattore economico pesi sempre di più rispetto alla possibilità di curarsi al meglio.

In sostanza, i campani percepiscono una disuguaglianza territoriale crescente che li vede perdere terreno rispetto alla qualità media della sanità di cui dispongono e al contempo sono convinti che le disuguaglianze sanitarie intraregionali si vadano ampliando.

A ciò occorre aggiungere anche una sorta di deresponsabilizzazione rispetto agli aspetti soggettivi della tutela della salute: in sostanza, i campani prestano poca attenzione al ruolo degli stili di vita, a quei comportamenti quotidiani cioè che impattano negativamente sulla salute.

Cattiva alimentazione, fumo e sedentarietà sono molto diffusi in Campania, con effetti negativi sulla insorgenza delle patologie e sui costi connessi, che inevitabilmente finiscono in capo sia ai cittadini e che al Servizio sanitario regione.

E' altresì evidente che sono soprattutto i ceti meno attrezzati culturalmente ed economicamente a tenere stili di vita non salutari, e per questo motivo non è una forzatura ritenere che la deresponsabilizzazione individuale rispetto alla prevenzione primaria finisca per costituire un moltiplicatore di nuove disuguaglianze che si aggiungono alle altre già citate.

Da questo punto di vista è importante sottolineare il contributo ad una nuova equità sociale che potrebbe derivare da iniziative massicce di promozione della prevenzione nel quotidiano, con campagne mirate a fare acquisire stili di vita che riducano il rischio di insorgenza di patologie.

La ricerca mostra in sostanza che le dinamiche innescata dalla crisi e dalle politiche di risposta alla stessa hanno da un lato approfondito le disuguaglianze più tradizionali, e dall'altro ne hanno create di nuove; sarà molto difficile nel prossimo futuro elaborare strategie di ridefinizione della sanità, magari sotto l'urgenza del recupero di sostenibilità finanziaria, senza considerare gli effetti sulla dinamica delle disparità sociali.

La centralità dei parametri economici, finanziari e di rispetto dei vincoli di bilancio come perno per l'elaborazione di politiche sanitarie e sociali non può più bastare di fronte alla diffusa convinzione collettiva che non siamo *più*

uguali di fronte alla malattia e all'ansia sociale che generano i costi che le famiglie devono affrontare, quando un proprio membro si ammala gravemente.

In fondo la ricerca mostrando come ad essere penalizzati maggiormente da tali politiche siano stati i gruppi sociali più fragili ed bisognosi di sanità, palesa il rischio evidente di una accelerazione della rottura della coesione sociale.

Va capito che il Servizio sanitario è strategicamente una delle istituzioni chiavi per contenere le disuguaglianze, tanto più nelle regioni in cui la dinamica socioeconomica tende a trasformare le distanze in fratture sociali. Le politiche, quindi, oltre alla sostenibilità finanziaria, devono sempre più puntare, anche localmente, alla sostenibilità sociale, che vuol dire anche la capacità di contenere le disuguaglianze in ogni ambito, incluso quello strategico della sanità.

Il testo che segue presenta uno schema interpretativo che consente di mettere in luce non solo i fattori più strutturali delle disuguaglianze, ma anche le modalità specifiche con cui oggi si manifestano, con particolare attenzione alle dinamiche indotte dalla crisi. Nei paragrafi seguenti sono proposti:

- un sintetico inquadramento teorico e metodologico delle disuguaglianze;
- il ruolo dei fattori soggettivi di gestione della salute, con analisi di pratica e percezione dell'importanza degli stili di vita salutari;
- il rapporto dei cittadini con le modalità concrete con cui le disuguaglianze si manifestano;
- gli effetti della crisi, con particolare riferimento alla dinamica della spesa sanitaria privata e alla ridefinizione del Servizio sanitario.

2. Il quadro teorico e metodologico

2.1. Il valore di un approccio qualiquantitativo

Esiste un consenso diffuso sul fatto che le disuguaglianze di salute si vanno ampliando, sia a livello mondiale che nei singoli Paesi; e ciò vale anche per l'Italia dove anzi nuove disuguaglianze si vanno a innestare in un quadro di disparità più tradizionali e consolidate, con l'effetto netto presumibile di un ampliamento anche di queste ultime.

Ricorrendo ad un parametro condiviso in letteratura, ed applicandolo al nostro Paese, emerge ad esempio nel campo specifico della salute che le *diseguaglianze relative ai tassi di mortalità secondo il titolo di studio* crescono (in termini di rapporto tra tassi dei livelli di scolarità più bassa e tassi di mortalità più elevati); una sorta di certificazione sintetica della dinamica incrementale delle diseguaglianze, effettuata tramite la variabile *istruzione* che secondo la



letteratura detiene la patente del fattore che più riesce a spiegare il fenomeno, e non a caso è molto utilizzata anche nella presente indagine.

Certamente occorre essere molto prudenti nell'utilizzare i dati, soprattutto se semplici e risolutivi perché, come evidenziato in molti studi anche recenti, l'intreccio tra complessità dei fenomeni e insufficiente copertura dei sistemi di indagine locale (e/o inadeguata dimensione campionaria delle indagini nazionali) rischia di far emergere dalle elaborazioni statistiche risultati addirittura in controtendenza.

Inoltre, il *Documento Istruttoria del gruppo di lavoro della Commissione Stato Regioni*¹ sottolinea un'altra lacuna grave, che di fatto rende solo parzialmente indicativi gli studi effettuati sull'impatto sulle disuguaglianze rispetto ai fattori di rischio: mancano infatti dati comparabili che consentano di stimare, ad esempio, le morti attribuibili alla diversa dotazione locale di assistenza sanitaria.

Sul piano pratico emerge la necessità, quindi, che i dati di tipo oggettivo, fortemente lacunosi in ambiti altamente significativi per il fenomeno siano integrati con quelli di tipo soggettivo, gli *indicatori di salute auto riferita*.

Valorizzare i dati soggettivi per colmare i vuoti presenti nella copertura di dati più oggettivi costituisce una strategia di ricerca ineludibile, e ciò vale anche per l'analisi delle situazioni di contesto e per la valutazione del funzionamento dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Per questo nella presente ricerca si è fatto ricorso anche allo strumento dell'indagine campionaria di popolazione che offre uno spaccato attualissimo dell'evoluzione dei comportamenti sanitari dei cittadini nella crisi.

2.2. Focalizzare l'intreccio originale tra vecchie e nuove disparità

L'analisi del materiale documentario consultato conferma che le disuguaglianze sanitarie sono in Italia tema antico, e che le diversità di opportunità di tutela della salute e di accesso alla sanità sono fenomeno di lunga deriva.

Si pensi alla diversa dotazione territoriale di strutture e servizi che da sempre penalizza le regioni meridionali, cui si aggiunge la diversa qualità dell'offerta, come emerge anche dall'articolazione territoriale dei tassi di soddisfazione dei cittadini nelle varie regioni.

¹ *Le disuguaglianze sociali nella salute in Italia*, Evidenze, meccanismi di generazione, politiche, documento istruttoria commissionato dal gruppo di lavoro Equità in salute e sanità della commissione Salute della Conferenza delle Regioni



Ed anche la mobilità sanitaria interregionale certifica tale diversità, mostrando come i cittadini tendano a correggerne spontaneamente gli effetti perversi, recandosi nei contesti territoriali in cui l'offerta di cui hanno bisogno è disponibile e della qualità attesa. Sono poi ancora molto marcate le diversità di genere e quelle legate al livello di benessere socioeconomico, anch'esse con origini antiche.

Se questo è il quadro, ampiamente noto e condiviso, che si evince dagli studi sui fattori che determinano nel breve e nel lungo periodo le diseguaglianze in sanità, non si può fare a meno di notare che si tratta in larga parte di letture strutturali, per molti versi statiche, fondate spesso su serie storiche lacunose.

Mentre si sente la necessità per il buon esito *della ricerca*, di *concentrare l'attenzione sulle modalità specifiche con cui oggi le diseguaglianze si manifestano*, e ancor più sul modo in cui si vanno ridefinendo e accentuando per effetto della crisi.

La fenomenologia è molto ampia, anche a seguito delle manovre economiche effettuate dal Governo e dal Parlamento e, in molte Regioni, dei Piani di rientro imposti per ripristinare la sostenibilità finanziaria dei locali servizi sanitari.

Spostamento dei costi delle prestazioni sulle famiglie, contrazione dell'offerta di servizi in molte regioni, allungamento delle liste di attesa, spinta verso l'acquisto privato *out-of-pocket* di prestazioni e servizi e riduzione del grado di copertura pubblica, sono tutti tasselli di un mosaico che negli ultimi anni ha finito per disegnare un diverso rapporto dei cittadini italiani con il Servizio sanitario, accentuando le diseguaglianze già in essere.

In particolare rialzo dei valori del ticket di compartecipazione alla spesa e la spinta allo scivolamento della domanda sanitaria verso il privato hanno reso più importante la salute, la diversa disponibilità di reddito e patrimonio delle famiglie, visto che come gli studi dimostrano, lo spostamento verso il privato avviene solo da parte dei cittadini che sono in grado di permetterselo (o che per farlo hanno ridotto altre spese), mentre si verifica al tempo stesso da un lato il rientro nella sanità pubblica di quei cittadini che si rassegnano a lunghe liste di attesa perché preferiscono pagare il ticket piuttosto che la prestazione per intero nel privato, e dall'altro il già citato rinvio del ricorso a prestazioni e servizi sanitari da parte di una quota molto alta di cittadini che pure ne avrebbero bisogno.

Rialzo del costo a carico dei cittadini della sanità, corsa verso il privato e/o rientro nel pubblico, e dunque *sanità negata*, sono volti diversi dello stesso processo in atto, che ovviamente non può che impattare negativamente sulla



condizione dei soggetti più fragili, dalle persone con reddito più basso a quelle che più di altri hanno bisogno di fare ricorso alla sanità e al sociosanitario (perché affetti da patologie croniche), a quelli che vivono nei territori con maggiori difficoltà economiche e/o una sanità meno efficiente.

Alla luce di quanto detto è particolarmente importante dare visibilità piena alla *disuguaglianza specifica ed aggiuntiva*, che si va ad innestare sul resto, a seguito dei processi di ristrutturazione del Servizio sanitario nelle diverse regioni, ed in particolare in quelle in Piano di rientro una disuguaglianza che colpisce in modo particolare famiglie e individui *già* particolarmente esposti.

Come rilevato, se queste nuove e aggiuntive disuguaglianze sanitarie hanno dimensione nazionale, tuttavia sono presumibilmente più intense nelle regioni che si portano dietro una sanità storicamente meno performante e/o con maggiori difficoltà finanziarie.

Il confronto tra la Campania e i valori medi nazionali relativi alle altre regioni consente di verificare questa tesi.

2.3. Una sintetica ricognizione delle ipotesi teoriche

Prima di entrare nel merito dei risultati delle attività di ricerca, è utile un sintetico inquadramento teorico della tematica delle disuguaglianze, con una carrellata di alcune delle principali analisi.

L'interpretazione classica delle disuguaglianze sociali (si veda ad esempio Paci 93²) è basata sul *concetto di classe* (in termini di collocazione occupazionale), allargata ai fattori di genere, età, luogo, etnia, ma sempre come dimensioni strutturali di una esclusione sociale legata alla deprivazione materiale. Si tratta di una interpretazione oggi in fase di rivisitazione e revisione, alla luce delle caratteristiche della moderna società post-industriale, post-fordista e post-welfare, e di ciò che ne consegue in termini di maggiore articolazione dei bisogni e di impatto dei fattori immateriali.

Dal punto di vista della salute, la dimensione strutturale della disuguaglianza in sanità si intreccia con la diminuzione della povertà assoluta e la crescita di quella relativa, l'emergere di una polarizzazione tra ceti capitalizzati e ceti bloccati, l'esplosione dei consumi e *low-cost*, *l'emergere di un conflitto sotterraneo* "da struttura di classe alterata" e da "consolidamento di ceti privilegiati".

Un secondo filone di analisi, che ha fortemente influenzato le riflessioni sulla disuguaglianza in sanità, si è sviluppato a seguito dell'intreccio con le recenti

2 M. Paci, *Le dimensioni della disuguaglianza*, Il Mulino 1993



tematiche della *compatibilità economico-finanziaria, dell'equità*, della efficienza gestionale e della eguaglianza delle opportunità³. In particolare in ambito anglosassone si è sviluppato un filone di riflessioni relative agli obiettivi di *razionamento* scientifico delle prestazioni (un esempio per tutti l'esperimento dell'Oregon), ed al tema delle diseconomie, ed esternalità ed a quello del "diswelfare", come paradosso dello sviluppo di bisogni sanitari a causa di politiche errate. Si aggiungano a ciò gli obiettivi di salute per tutti lanciati dalla Organizzazione Mondiale della Sanità e le questioni relative al rapporto tra devoluzione sanitaria e impatto sulla qualità ed efficienza dei servizi, nonché allo sviluppo delle strumentalità gestionali mutate dal mondo dell'impresa e della economia aziendale (dai Drg, ai Lea, agli standard).

Da cui, nell'ambito di questo filone analitico, tutto quanto è stato prodotto nel corso degli ultimi venti anni in termini di apparato e strumenti che si collocano all'interno *di un approccio scientifico e razionalizzante, anche se ricco al tempo stesso di potenziali grandi rischi di tecnicismo ed economicismo*.

Più recentemente le evidenze della ricerca empirica ed anche la linea di evoluzione delle riflessioni vanno nella direzione della segnalazione di un *divide sanitario di origine prevalentemente culturale*, inteso come differenziale di eguaglianza derivante da fattori eminentemente immateriali e culturali connessi agli stili di vita, alla carente integrazione delle politiche ed alle modalità di informazione, comunicazione ed ascolto.

Per cui da questo terzo filone di analisi derivano una *enfasi* particolare posta sui *processi più che sui prodotti*, l'importanza attribuita alla *clinical governance, la centralità del tema della appropriatezza, il ruolo della democrazia partecipativa e della autoregolazione comunitaria*.

3. Stili di vita in Campania: l'urgenza di una intensa campagna promozionale

3.1. Tra cattiva alimentazione e sedentarietà, due fenomeni negativi da rimuovere

L'analisi di letteratura internazionale mostra che una delle ragioni principali di differenziazione della salute dei cittadini consiste nei diversi stili di vita, intesi come un set di abitudini e comportamenti quotidiani che finisce per avere un notevole impatto sullo stato di salute delle persone.

3 Si veda ad esempio J. Rawls, Giustizia come equità, Feltrinelli 2002



L'alimentazione, il rapporto con il fumo e la propensione a svolgere attività fisica sono altrettanti aspetti di vita quotidiana che determinano il grado di buona salute delle persone, ed esiste una letteratura scientifica consolidata fondata su ampie ricerche di campo che certifica il nesso tra sregolatezza negli stili di vita e più alta insorgenza di patologie.

E' quindi di estremo interesse analizzare i dati relativi alla diffusione di comportamenti salutari o nocivi per lo stato di salute dei cittadini.

Dati Istat 2013 indicano che la Campania è tra le regioni con la quota più alta di persone in *sovrappeso o obese*: infatti, il 51,9% della popolazione campana è valutato come obeso o in sovrappeso, di contro ad una media nazionale del 44,5% (cfr. Tabella 1).

Tabella 1 – Graduatoria regionale della quota di persone di 18 anni o più in *sovrappeso e obese* - 2013

(valori percentuali)

	Totale (sovrappeso+obesi)	di cui:	
		sovrappeso	obesi
Basilicata	52,7	38,5	14,2
Campania	51,9	41,6	10,3
Molise	51,6	38,9	12,7
Puglia	51,2	39,2	12,0
Sicilia	49,9	39,1	10,8
Calabria	48,0	37,5	10,5
Abruzzo	47,4	35,3	12,1
Umbria	45,8	34,7	11,1
Friuli-Venezia Giulia	45,8	35,6	10,2
Lazio	45,6	35,7	9,9
Veneto	45,1	34,5	10,6
Toscana	45,1	35,1	10,0
Emilia-Romagna	45,0	34,3	10,7
Marche	44,3	34,5	9,8
Valle d'Aosta	43,3	31,6	11,7
Sardegna	42,8	32,9	9,9
Lombardia	42,0	31,8	10,2
Piemonte	41,4	33,1	8,3
Trentino Alto Adige	41,3	33,4	7,9
Liguria	41,2	31,6	9,6
<i>Nord</i>	<i>43,0</i>	<i>33,1</i>	<i>9,9</i>
<i>Centro</i>	<i>45,3</i>	<i>35,3</i>	<i>10,0</i>
<i>Mezzogiorno</i>	<i>49,9</i>	<i>38,9</i>	<i>11,0</i>
Italia	45,8	35,5	10,3

Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", 2013



Sono in sovrappeso o obesi il 62,2% dei maschi residenti in Campania, di contro al 54,1% dei maschi in Italia; sono invece in sovrappeso o obese il 34,6% delle donne residenti in Campania ed il 42,2% delle donne residenti in Italia.

Dati questi molto significativi che non possono essere sottovalutati, perché rinviano a linee di azione dal punto di vista delle strategie di prevenzione dell'insorgenza di patologie, visto il già citato nesso che esiste tra cattiva alimentazione e cattiva salute.

Il dato si attenua, ma solo in parte, considerando solo l'obesità, poiché l'analisi della graduatoria regionale per il solo tasso di obesità standardizzato mostra che ci sono altre regioni che registrano valori più alti, e inoltre, che il valore registrato in Campania (10,3%) coincide con il valore medio Italia.

Che il rapporto con l'alimentazione sia oggi un terreno sul quale intervenire con urgenza in Campania emerge comunque anche dai dati del Ministero della Salute raccolti nell'ambito del sistema di sorveglianza denominato *OKkio alla Salute*, coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità e condotto in collaborazione con le Regioni ed il Miur che indicano che nel 2012 in Campania il 48,7% dei bambini presentava un eccesso ponderale contro la media nazionale del 32,8%.

La Campania presenta poi un altro dato non positivo, quello della sedentarietà poiché è oltre il 61% dei campani a non svolgere attività fisiche e/o sportive, dato superiore di quasi venti punti percentuali alla media nazionale (cfr. Tabella 2).

Anche in questo caso si tratta di un comportamento trasversale molto radicato, visto che è il 53,8% dei maschi campani a definirsi sedentari di contro al 37,1% dei maschi a livello nazionale, ed il 68% delle donne campane di contro al 45,3% a livello nazionale.

Riguardo *al rapporto con il fumo*, dai dati Istat emerge che circa il 23% dei residenti di 14 anni e oltre in Campania sono fumatori; sebbene i fumatori abituali siano in diminuzione, il dato resta comunque più elevato, di quasi 2 punti percentuali rispetto alla media nazionale (cfr. Tabella 3). E sono fumatori soprattutto i maschi campani tra i quali dichiara di fumare il 30,8%, cioè +4,2% rispetto alla media nazionale, mentre le donne campane fumano meno rispetto al dato medio nazionale: fuma il 15,4% delle campane, -1% rispetto al dato medio nazionale.



Tabella 2 - Graduatoria regionale della quota di persone di 14 anni e più che non pratica alcuna attività fisica per sesso - Anno 2013
(valori percentuali)

	Maschi	Femmine	Totale
Campania	53,8	68,0	61,1
Sicilia	54,4	66,8	60,8
Puglia	49,5	58,3	54,0
Calabria	48,4	56,7	52,7
Basilicata	47,9	55,7	51,9
Molise	44,6	54,4	49,6
Abruzzo	40,8	48,1	44,5
Lazio	39,2	48,4	43,9
Liguria	38,3	43,9	41,2
Umbria	35,0	44,6	40,0
Sardegna	32,8	42,5	37,7
Toscana	33,5	38,0	35,8
Piemonte	29,6	39,8	34,9
Marche	33,3	35,3	34,3
Lombardia	29,4	38,3	34,0
Valle d'Aosta	28,0	34,3	31,2
Emilia-Romagna	27,9	33,7	30,8
Friuli-Venezia Giulia	24,1	30,0	27,1
Veneto	23,6	25,0	24,3
Trento	15,9	16,2	16,1
Trentino-Alto Adige	15,2	15,9	15,6
Bolzano	14,5	15,6	15,0
<i>Nord</i>	<i>28,0</i>	<i>34,6</i>	<i>31,4</i>
<i>Centro</i>	<i>36,3</i>	<i>43,1</i>	<i>39,8</i>
<i>Mezzogiorno</i>	<i>49,8</i>	<i>60,9</i>	<i>55,5</i>
Italia	37,1	45,3	41,3

Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", 2013

Tabella 3 - Graduatoria regionale della quota di persone di 14 anni o più che dichiara di fumare attualmente - Anno-2013

(valori percentuali)

	Maschi	Femmine	2013
Umbria	28,5	20,0	24,1
Lazio	27,2	20,9	23,9
Toscana	28,8	18,8	23,6
Campania	30,8	15,4	22,8
Sicilia	29,7	16,0	22,6
Abruzzo	26,0	18,0	21,9
Emilia-Romagna	26,7	17,1	21,8
Sardegna	26,8	16,3	21,5
Piemonte	26,5	16,4	21,3
Liguria	24,4	17,8	21,0
Lombardia	25,2	16,6	20,8
Bolzano	24,1	15,9	20,0
Marche	23,0	16,6	19,7
Molise	25,1	14,4	19,7
Basilicata	28,4	11,0	19,5
Friuli-Venezia Giulia	21,7	17,0	19,3
Veneto	22,5	16,1	19,2
Puglia	27,7	10,9	19,0
Calabria	25,9	11,5	18,5
Valle d'Aosta	23,2	13,8	18,4
Trentino-Alto Adige	21,8	14,6	18,1
Trento	19,5	13,3	16,4
<i>Nord</i>	<i>24,8</i>	<i>16,5</i>	<i>20,5</i>
<i>Centro</i>	<i>27,1</i>	<i>19,6</i>	<i>23,2</i>
<i>Mezzogiorno</i>	<i>28,6</i>	<i>14,3</i>	<i>21,3</i>
Italia	26,6	16,4	21,3

Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", 2013

I dati citati sono inequivocabili: tra i cittadini campani sono diffusi comportamenti non salutari che nel tempo sono inevitabilmente destinati a generare insorgenza di patologie in misura più alta rispetto a contesti dove sono praticati comportamenti salutari, con un impatto quindi potenzialmente negativo anche sulla domanda di prestazioni sanitarie e sui connessi costi da affrontare.

Si tenga inoltre presente che nel prossimo futuro la popolazione campana, come del resto quella delle altre regioni meridionali, è destinata a subire un'accelerazione del processo di invecchiamento, e se persistono gli attuali stili di vita, produrrà un elevato rischio di diffusione di patologie croniche e degenerative ad alto costo assistenziale.

D'altro canto, è noto che gli stili di vita non salutari tendenzialmente sono più diffusi e penalizzano di più i ceti meno abbienti che per ragioni economiche e culturali sono più propensi a consumare *junk food*, o comunque hanno una maggiore difficoltà a gestire diete salutari.

Promuovere stili di vita salutari, a cominciare da una corretta alimentazione, magari sfruttando le virtù della dieta mediterranea costituisce di conseguenza un elemento importante per la lotta alle disuguaglianze nella salute, ed anche un modo per contrastare la tendenza ad un eccessivo fatalismo, creando una maggiore responsabilizzazione individuale utile per innalzare gli standard di salute e della qualità della vita.

3.2. La ridotta percezione del rischio legato agli stili di vita non salutari

Non sorprende la diffusione di comportamenti non salutari in Campania osservando i dati sulla percezione del peso che i comportamenti quotidiani, e gli stili di vita hanno sulla salute.

Infatti, i dati Censis mostrano che in Campania, rispetto al resto d'Italia, vi è una percezione meno radicata della pericolosità dei comportamenti non salutari, e la maggioranza dei cittadini della regione non reputa particolarmente rilevante la minaccia che può arrivare da cattiva alimentazione, fumo e sedentarietà.

Richiesti di indicare i fattori che più minacciano la propria salute, solo il 16,9% dei cittadini campani ha richiamato le *cattive abitudini* quotidiane, come l'alimentazione errata, la propensione alla sedentarietà, l'abitudine al fumo, ecc., di contro al 24,7% dei cittadini italiani (cfr. Tabella 4).

Altri sono i fattori che nella percezione dei campani più minacciano la loro salute, ed in particolare si tratta del richiamo all'inquinamento atmosferico menzionato dal 41,3% dei campani e dal 41,9% degli italiani e gli aspetti economici:

- il 39,6% dei campani indica le difficoltà economiche delle famiglie contro il 33,7% della media nazionale;
- il 24,5% menziona la precarietà del lavoro, contro il 16,5% degli italiani.

Tabella 4 – Fattori che minacciano direttamente la propria salute secondo i cittadini, confronto Campania-Italia

(val. %)

<i>Quali tra i seguenti fattori lei ritiene minaccino direttamente o indirettamente la Sua salute?</i>	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli	Salerno	Campania	Italia
Inquinamento atmosferico	29,5	52,3	63,5	31,8	50,7	41,3	41,9
Difficoltà economiche, reddito insufficiente	49,5	18,7	26,7	42,6	43,5	39,6	33,7
Precarietà del lavoro	15,7	23,4	17,4	27,9	25,1	24,5	16,5
Abitudini poco sane (fumo, alcol, dieta scorretta, sedentarietà, ecc.)	4,3	28,0	24,1	17,6	11,0	16,9	24,7
Un lavoro stressante e/o pericoloso	15,2	14,5	16,3	10,5	10,4	12,0	14,8
Carenza di operatori/strutture/prestazioni adeguate nel territorio in cui vive	2,9	16,4	9,2	13,8	8,6	11,4	9,8
Abitazione inadeguata	5,7	-	-	4,6	4,2	3,6	1,5
Problemi in famiglia (instabilità di coppia, morte di un caro, ecc.)	13,8	2,8	-	10,4	3,6	7,3	7,3
Carenza di informazioni adeguate sulla salute, lo stare bene	-	14,0	10,1	7,4	2,4	6,6	8,7

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

Fonte: indagine Censis, 2014



Altri fattori reputati minacciosi per la salute sono la carenza di operatori, strutture e prestazioni adeguate, indicato dall'11,4% dei campani e dal 9,8% degli italiani, lo svolgimento di un lavoro stressante e pericoloso (12% dei campani e 14,8% degli italiani); i problemi in famiglia (7,3% sia degli italiani che dei campani), la carenza di informazioni adeguate sulla salute e, sullo star bene, indicato dal 6,6% dei cittadini campani e dall'8,7% degli italiani; il vivere in abitazioni inadeguate (3,6% dei campani e 1,5% degli italiani).

L'articolazione provinciale dei dati mostra una ridotta consapevolezza del ruolo delle abitudini e degli stili di vita tra i cittadini delle province di Avellino (4,3%) e Salerno (11%), mentre citano in misura maggiore la minaccia degli stili di vita non salutari sulla propria salute i cittadini delle province di Caserta (24%) e di Benevento (28%).

Dunque la salute per i campani è innanzitutto un *fatto economico*, visto che oltre all'inquinamento, la maggioranza cita le difficoltà economiche, la mancanza di reddito, la precarietà del lavoro o, laddove si abbia un lavoro, lo stress e la fatica che ne derivano.

La dimensione economica è nella percezione dei campani assolutamente prevalente nel determinare lo stato di salute delle persone e, come si vedrà più avanti, le possibilità di curarsi.

Una visione che ha un suo fondamento, ma che preoccupa visto il peso ridotto attribuito ai fattori soggettivi, quelli cioè che possono essere controllati dalle persone, come appunto gli stili di vita; una sottovalutazione che rischia di contribuire ad ampliare le disuguaglianze.

Infatti il rinvio agli aspetti economici come determinante primario dello stato di salute genera una sorta di deresponsabilizzazione individuale che non è estranea alla diffusione di abitudini non salutari, veri e propri moltiplicatori di difficoltà per il sistema sanitario, in termini di insorgenza di patologie e di disuguaglianze.

Esiste inoltre una diversa capacità di comprendere il peso degli stili di vita nella tutela della salute in relazione al capitale culturale delle persone. Da questo punto di vista l'indagine mostra che i cittadini della Campania e delle altre regioni che hanno titolo di studio più alto hanno una comprensione più elevata del nesso tra stili di vita non corretti e cattiva salute.

In estrema sintesi, quindi, da questa parte della ricerca emerge che i cittadini campani in media hanno una minore propensione a stili di vita salutari e sono più esposti all'insorgenza di patologie croniche e invalidanti, e pertanto sono

in posizione di maggiore fragilità rispetto ai cittadini di altri contesti regionali; d'altro canto, tra i campani esiste una disparità interna rispetto alla comprensione dell'incidenza degli stili di vita salutari sulla buona salute che penalizza i ceti a più basso capitale culturale e presumibilmente a più basso livello economico.

La stessa scarsa presenza di prevenzione primaria nel quotidiano tra i cittadini campani e, presumibilmente in misura maggiore tra quelli a più bassa condizione economica e con minore istruzione, va oggi considerata come una fonte rilevante di nuova disuguaglianza, sulla quale sarebbe importante intervenire con iniziative e campagne di responsabilizzazione rispetto all'alimentazione, al rapporto con il fumo ed al valore dell'attività fisica.

Non è di conseguenza una forzatura indicare come interventi possibili contro le disuguaglianze sanitarie, le campagne educative da mirare verso i gruppi sociali culturalmente meno attrezzati, per innalzare l'attenzione sul rapporto tra buona salute e più virtuose abitudini nel quotidiano. Se infatti *Junk food*, fumo e sedentarietà minano la salute delle persone, farlo a capire a tutti, costituisce una opzione di politica sociale che può fornire un elevato contributo all'equità. D'altro canto, come è stato già evidenziato nella introduzione teorica, il capitale culturale ed il titolo di studio sono variabili chiave nello spiegare le disuguaglianze nella salute, tanto più quando entrano in gioco fattori soggettivi di responsabilità e autogestione individuale.

Non a caso le difficoltà nel trovare le informazioni su salute e sanità presentano una relazione inversa col titolo di studio. Infatti:

- in Campania dichiarano di avere difficoltà nel trovare le informazioni su salute, patologie e sui servizi di cui si ha bisogno il 56,6% dei possessori di licenza elementare, il 35% delle persone con licenza media, il 35,6% dei diplomati e il 30% dei laureati (cfr. Tabella 5);
- a livello nazionale i dati corrispondenti sono rispettivamente il 34,9% dei possessori di licenza elementare, il 31% delle persone con licenza media, il 23,4% dei diplomati e il 18% dei laureati

Tabella 5 - Difficoltà nel trovare le informazioni sulla salute, le patologie, gli operatori e le strutture alle quali rivolgersi, per titolo di studio degli intervistati: confronto Campania-Italia

(val. %)

	Licenza	Licenza	Diploma	Laurea	Totale
Italia	56,6	35,0	35,6	30,0	36,5
Campania	34,9	31,0	23,4	18,1	25,9

Fonte: indagine Censis, 2014



L'idea della salute come *fatto economico* emerge anche dalle opinioni dei campani relativamente alle fasce di popolazione maggiormente a rischio di subire disuguaglianze: infatti, il 66,7% dei campani di contro al 61% degli italiani, è convinto che la fascia di popolazione maggiormente a rischio di subire disuguaglianze in sanità sia costituita dai possessori di bassi redditi (cfr. Tabella 6).

Tabella 6 - Fasce di popolazione maggiormente a rischio di subire disuguaglianze nella salute secondo gli intervistati, confronto Italia-Campania (val. %)

<i>Secondo Lei, quali tra le seguenti fasce di popolazione sono maggiormente a rischio di subire disuguaglianze in sanità?</i>	Italia	Campania
Persone con redditi bassi	61,0	66,7
Residenti nel Mezzogiorno	25,9	29,4
Anziani	32,9	27,9
Persone con basso livello di istruzione	22,0	21,8
Persone affette da patologie croniche o invalidanti	20,8	13,8
Persone con stili di vita non salutari (alcolisti, tossicodipendenti, ecc.)	15,4	12,9
Persone che vivono sole	18,4	10,1
Migranti	10,3	9,3
Bambini	3,8	6,9
Donne	1,3	2,4
Giovani	1,4	1,8

*Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte
Fonte: indagine Censis, 2014*

Il 29,4% dei campani ed il 25,9% dei cittadini d'Italia indicano come maggiormente esposti alla disuguaglianza i *residenti nel Mezzogiorno*. Seguono gli anziani, indicati come fascia a rischio di subire disuguaglianze da circa il 28% dei residenti nella regione Campania e dal 32,9% degli italiani.

Le persone con basso livello di istruzione sono indicate a rischio di disuguaglianze in sanità dal 22% degli italiani e dal 21,8% dei campani. Seguono ulteriormente le persone affette da patologie croniche o invalidanti, indicate dal 20,8% degli italiani e dal 13,8% dei residenti in Campania, e le persone con stili di vita altamente nocivi, quali alcolisti o tossicodipendenti (15,4% degli italiani, 12,9% dei campani).

4. Ingiustizie vissute e ingiustizie temute

Le disuguaglianze sanitarie rinviano a concrete esperienze dei cittadini nel percorso di tutela e cura della propria salute; la presente ricerca ha inteso anche dare visibilità ad una serie di fenomeni ulteriori relativi al modo in cui le



persone vivono e percepiscono le ingiustizie legate alle varie forme di disuguaglianze.

Tra i cittadini campani il 14% afferma di avere subito personalmente una qualche forma di ingiustizia nel rapporto con la sanità; tale quota sale al 16,4% tra i residenti nella provincia di Napoli e al 16,2% tra quelli di Caserta, mentre è del 9,3% nella provincia di Benevento e dell'8,8% in quella di Salerno.

A livello nazionale è l'8,2% degli intervistati a dichiarare di avere subito una qualche forma di ingiustizia nel rapporto con la sanità; e il confronto tra i dati della Campania e quelli dell'Italia mette in rilievo la specificità della regione e, più ancora, di alcune sue province in cui l'ingiustizia subita in sanità è esperienza vissuta da quote più significative di cittadini (cfr. Tabella 7).

Sul *tipo di ingiustizia subita* emerge infatti che (cfr. Tabella 8):

- il 26,6% dei campani e il 21,1% degli italiani dichiara di avere ricevuto una diagnosi errata;
- il 24,9% dei campani e il 20% degli italiani non ha ricevuto le informazioni di cui aveva bisogno;
- il 20% dei campani e il 29,2% degli italiani dichiara di avere trascorso molte ore in condizioni disagiate in attesa di una prestazione;
- il 16,9% dei campani e il 9,4% degli italiani si è visto scavalcato nell'accesso alla prestazione da altre persone presumibilmente raccomandate;
- il 12,1% dei campani ed il 9,6% degli italiani ha vissuto come una ingiustizia l'essere costretto ad andare a curarsi fuori dalla propria regione perché non vi erano strutture o servizi adeguati.

Tabella 7 - Graduatoria delle province campane rispetto alla quota di di cittadini che dichiara di aver subito ingiustizie in ambito sanitario
(val. %)

<i>E' mai capitato a Lei personalmente, o a un membro della sua famiglia, di essere protagonista in ambito sanitario di un episodio da lei sentito come un'ingiustizia?</i>	
Napoli	16,4
Caserta	16,2
Benevento	9,3
Salerno	8,8
Avellino	0,2
Campania	14,0
Italia	8,2

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte
Fonte: indagine Censis, 2014



Tabella 8 – Tipologie di ingiustizie subite dai cittadini in sanità, confronto Italia-Campania

(val. %)

<i>Se le è capitato di essere protagonista di un episodio di ingiustizia in sanità, di che tipo?</i>	Italia	Campania
Ricevuta una diagnosi errata	21,1	26,6
Non sono state date le informazioni di cui si aveva bisogno	20,1	24,9
Trascorrere molte ore in condizioni disagiate in attesa di una prestazione	29,2	20,0
Si è stati scavalcati nell'accesso a una prestazione sanitaria	9,4	16,9
Costretti ad andare fuori dalla propria regione perché non c'erano strutture/servizi di cui avevo bisogno	9,6	12,1
Una discriminazione sulla base di caratteristiche personali (sesso, razza, etc.)	5,3	3,8

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

Fonte: indagine Censis, 2014

Il 3,8% dei campani ed il 5,3% tra gli italiani dichiarano di avere subito una discriminazione sulla base di caratteristiche personali, quali sesso, razza, etc.

In sintesi si può dire, dunque, che diagnosi errate, mancanza di buone informazioni e danni derivati da favoritismi negli accessi alle prestazioni sono le forme specifiche di ingiustizia sanitaria più frequentemente vissute dai campani.

Altro dato interessante è quello relativo alla valutazione complessiva sulle cure ricevute in caso di malattia negli ultimi dodici mesi: il 32,6% dei cittadini campani ed il 26,5% degli italiani ritengono che le cure non siano state le migliori possibili (cfr. Tabella 9).

A livello provinciale si registrano quote più alte di persone che ritengono che le cure non sono state le migliori a Salerno (39,3%), Avellino (34,7%), Napoli (34,4%) e Caserta (31%).

Una dimensione, questa sicuramente legata a quella delle disuguaglianze sanitarie, perché rimanda all'idea di una sanità a più velocità che cozza con l'impianto universalistico del Servizio sanitario come espressione del diritto di tutti alla cura migliore possibile.

Tabella 9 - Opinioni dei cittadini sulla qualità delle cure ricevute(ultimi 12 mesi), Campania-Italia

(val. %)

<i>Se lei o un suo familiare è stato male negli ultimi 12 mesi, è stato curato nel miglior modo possibile?</i>	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli	Salerno	Campania	Italia
Si	65,3	96,2	68,9	65,6	60,7	67,4	73,5
No	34,7	3,8	31,1	34,4	39,3	32,6	26,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,	100,0	100,0

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

Fonte: indagine Censis, 2014



Una convinzione, questa dei cittadini campani, che lega la sanità all'economica ed alle disuguaglianze economiche, e fa venire meno, nella percezione collettiva e nell'esperienza concretamente vissuta, l'idea che il Servizio sanitario sia motore di promozione di coesione sociale, perché garantisce a tutti, indipendentemente da ceto e da luogo di residenza la tutela della salute e la cura migliore.

Riguardo ai fattori che avrebbero consentito di essere curati meglio, il 50% in Campania e circa il 53% in Italia ritengono che *se i tempi di attesa fossero stati più brevi avrebbero potuto curarsi meglio* (cfr. Tabella 10); il 41,6% dei campani ed il 25% del resto degli italiani ritengono che *se avessero avuto più soldi a disposizione avrebbero potuto curarsi meglio*.

Tabella 10 – Fattori che avrebbero consentito ai cittadini di ottenere cure migliori, confronto Italia-Campania

(val. %)

<i>Se secondo Lei non è stato curato nel miglior modo possibile, quali fattori Le avrebbero consentito di curarsi meglio?</i>	Italia	Campania
Se i tempi di attesa fossero stati più brevi	52,8	50,0
Se avesse avuto più soldi	25,0	41,6
Se fosse stato curato da operatori sanitari (medici, infermieri, ecc.) più bravi e competenti	40,6	24,2
Se fosse vissuto in un'altra regione	14,7	21,4

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

Fonte: indagine Censis, 2014

Emerge ancora una volta la propensione dei campani a sottolineare la dimensione economica della salute e della cura, e di conseguenza, le inevitabili disuguaglianze che discendono da una articolazione delle opportunità economiche.

Tra le condizioni che avrebbero consentito di curarsi meglio, poi, le capacità e competenze degli operatori sono richiamate dal 24,2% dei residenti in Campania e dal 40,6% del resto degli italiani, mentre il 21,4% dei campani indica che, *se fosse vissuto in un'altra regione, sarebbe stato curato meglio*, contro il 14,7% degli italiani.

E' stato quindi chiesto agli intervistati di cosa sono maggiormente preoccupati, al di là della sofferenze fisiche, nel caso della insorgenza di patologia grave (cfr. Tabella 11). Dai dati emerge che si dichiarano preoccupati:

- il 52,4% dei cittadini campani ed il 43,8% del resto degli italiani per i costi associati a visite, terapie e farmaci;



- il 44,3% dei campani ed il 45,8% del resto degli italiani dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni;
- il 22,4% dei cittadini campani e il 17,3% degli italiani per la scarsa efficienza delle strutture sanitarie del territorio in cui vivono;
- l'11,3% dei campani e l'8,2% degli italiani per l'inadeguata professionalità degli operatori;
- il 10,9% dei campani e circa il 14,9% degli italiani per la carenza di supporto materiale e psicologico;
- il 9,5% dei campani e il 10,5% degli italiani per la mancanza di sufficienti informazioni sui percorsi di diagnosi e cura.

Tabella 11 - Aspetti che, nel caso ci si ammali gravemente, più preoccupano i cittadini, confronto Italia-Campania

(val. %)

<i>Pensando al caso in cui ci si ammali di una malattia grave, oltre alle sofferenze fisiche, quali tra i seguenti aspetti la preoccuperebbe di più?</i>	Italia	Campania
I costi per le visite, terapie, cure, farmaci, etc.	43,8	52,4
Le attese per le visite, terapie, cure, farmaci, etc.	45,8	44,3
La scarsa efficienza delle strutture sanitarie del territorio in cui vive	17,3	22,4
L'inadeguata professionalità degli operatori	8,2	11,3
La carenza di supporto materiale e psicologico	14,9	10,9
La mancanza di sufficienti informazioni sui percorsi di diagnosi e cura	10,5	9,5
L'assenza di sussidi/aiuti economici	11,1	8,9
L'assenza dei servizi/strutture/prestazioni di cui ha più bisogno	6,2	5,4
La carenza di referenti, soggetti in grado di aiutarci nell'affrontare i tanti problemi legati alla malattia	7,0	4,6

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

Fonte: indagine Censis, 2014

Di fronte all'insorgenza di una patologia grave, i costi attesi sono la preoccupazione più grande; ciò risulta in linea con l'esperienza di tante famiglie italiane che fronteggiano elevati costi economici per propri membri alle prese con patologie tumorali, Alzheimer, Parkinson o altre gravi malattie.

La copertura garantita dal Servizio Sanitario non riesce ad attenuare l'impatto economico sui bilanci familiari dei costi associati alle malattie gravi; da qui la paura sociale diffusa che è ovviamente più alta nelle famiglie economicamente più fragili.

L'attenzione particolare dei campani e, in misura minore del resto degli italiani, alla dimensione economica del rapporto con le opportunità di cura trova ulteriore conferma nelle opinioni sui fattori che più contano nel caso in cui una persona debba curarsi.



Infatti, il 55,7% dei cittadini campani ed il 48,1% degli italiani ritengono che il fattore in gioco più importante sia il *denaro che si possiede*, seguito dal sostegno e dalla vicinanza dei propri cari, segnalati da oltre il 24% dei campani e da più del 25% degli italiani, dalla possibilità di *vivere in un territorio con una buona sanità pubblica* indicata dal 23,8% dei residenti in Campania e da oltre il 30% degli italiani; dalla possibilità di *recarsi in territori con strutture sanitarie adeguate* (22,6% dei campani, 18,1% degli italiani); dall' avere le *giuste* conoscenze o amicizie in sanità (18,5% dei campani, 13,8% degli italiani); dal disporre di pareri di diversi medici e operatori sanitari (il 18% dei campani, il 26,7% degli italiani) (cfr. Tabella 12).

In Campania sottolineano la centralità del denaro che si possiede come risorsa per essere curati al meglio in caso di malattia, il 65,6% dei residenti nella provincia di Avellino ed il 59,2% dei napoletani, mentre nelle altre province il dato non è mai inferiore al 46%.

Molto ampia è l'articolazione delle opinioni per titolo di studio in Campania, e in particolare spicca la crescente importanza attribuita al fattore *“denaro di cui si dispone”* al ridursi del livello di scolarità (cfr. Tabella 13): sono infatti il 76,6% dei possessori di licenza elementare, il 60,7% dei possessori di diploma di scuola media, il 51,9% dei diplomati ed il 47,7% dei laureati a richiamare il denaro come il fattore più importante per le persone che hanno bisogno di essere curate.

In Italia i valori corrispondenti sono il 60,1% di chi ha la licenza elementare, il 52,1% di chi possiede la licenza media, il 43,7% dei diplomati e il 49,5% dei laureati.

Non può non colpire l'intensità del richiamo al ruolo del denaro in caso di bisogno di cura o quello della paura dei costi da affrontare in caso di malattia grave, in quanto segnalano il venir meno nel profondo della coscienza collettiva la sicurezza legata alla sanità pubblica, universalista, per tutti e la paura delle disuguaglianze legate alla diversa dotazione economica e patrimoniale dei malati e delle loro famiglie.

Tabella 12 - Fattori considerati importanti quando si ha bisogno di cure secondo i *campani*, per titolo di studio

(val. %)

<i>Pensando al caso in cui le persone hanno bisogno di essere curate, quali tra i seguenti fattori è più importante?</i>	Nessuno/ Licenza elementare	Licenza media/ Qual. prof.	Diploma	Laurea o superiore	Campania	Italia
Il denaro che si possiede	76,6	60,7	51,9	47,7	55,7	48,1
Vivere in un territorio con una buona sanità pubblica	16,0	24,8	23,4	30,4	23,8	30,3
Il sostegno e la vicinanza dei propri cari	20,5	20,6	22,5	26,2	24,4	25,3
La possibilità di recarsi nei territori con strutture sanitarie adeguate	21,3	21,8	25,2	21,3	22,6	18,1
Avere le conoscenze/amicizie utili nella sanità	18,0	17,9	18,2	20,6	18,5	13,8
Poter disporre di pareri da parte di più medici, più operatori sanitari	21,3	18,2	20,9	11,6	18,0	26,7
Saper raccogliere e valutare le informazioni utili		0,5	2,9	2,8	2,5	9,5

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

Fonte: indagine Censis, 2014



Tabella 13 - Intervistati che considerano il denaro che si possiede il fattore più importante quando si ha bisogno di cure

(val. %)

<i>Pensando al caso in cui le persone hanno bisogno di essere curate, quali tra i seguenti fattori è più importante?</i>	Nessuno/ Lic. elementare	Lic. media/ Qual. prof.	Diploma	Laurea osuperiore	Totale
Campania	76,6	60,7	51,9	47,7	55,7
Italia	60,1	52,1	43,7	49,5	48,1

Fonte: indagine Censis, 2014

5. La percezione delle disuguaglianze nella sanità

Il 47,4% dei cittadini campani ritiene che le disuguaglianze sanitarie siano maggiori nel nostro Paese rispetto a paesi Ue omologhi come la Francia, la Germania e la Spagna; mentre il 31,5% del resto dei cittadini italiani intervistati ritiene la sanità italiana più equa di quella degli altri Paesi indicati (cfr. Tabella 14).

Tabella 14 - Percezione delle disuguaglianze in sanità in Italia rispetto ad altri paesi dell'Unione Europea (Ue), confronto Italia-Campania

(val. %)

<i>Secondo Lei, rispetto ad altri Paesi della Ue più simili all'Italia (Francia, Germania, Spagna, ecc.), le disuguaglianze in sanità da noi in Italia sono:</i>	Italia	Campania
Maggiori	31,5	47,4
Minori	7,8	4,4
Uguali	12,7	10,7
Non saprei	48,0	37,5
Totale	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2014

Inoltre, il 74% dei cittadini campani ed il 56,6% dei cittadini italiani ritengono che oggi vi siano nel nostro Paese più disuguaglianze sanitarie rispetto al passato, il che segnala come i campani siano particolarmente convinti dell'aggravamento delle disuguaglianze (cfr. Tabella 15).

Tabella 15 – Opinione dei cittadini sull'evoluzione rispetto al passato delle disuguaglianze in sanità nel nostro paese, per provincia, confronto Campania-Italia

(val. %)

	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli	Salerno	Campania	Italia
In sanità ci sono più disuguaglianze oggi che nel passato							
D'accordo	81,6	72,0	78,4	72,0	74,0	74,0	56,6
Non d'accordo	18,4	28,0	21,6	28,0	26,0	26,0	43,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2014



Una deriva psicologica collettiva che in un contesto di evidente ampliamento delle disparità sociali indotto dalla crisi erode la fiducia nelle istituzioni che storicamente hanno promosso il compattamento sociale del nostro paese, e tra queste nel Servizio Sanitario.

Si è poi chiesto agli intervistati di indicare le disuguaglianze che più contano oggi nella sanità italiana: il 57,1% dei campani e il 57,2% degli italiani hanno richiamato le differenze tra livelli di reddito, mentre il 54,2% dei campani ed il 50,9% degli italiani hanno fatto riferimento alle differenze tra territori (cfr. Tabella 16). Altre disuguaglianze considerate importanti oggi in sanità sono legate:

- alle relazioni, tra chi ha parenti, amici, conoscenti in sanità e chi non ne ha, indicata dal 22,3% dei campani e dal 23,1% degli italiani;
- alle capacità di accesso alle informazioni utili per la salute, indicata dal 18,9% degli italiani e dal 12,9% dei campani;
- alle diverse patologie da affrontare indicate dal 19,1% degli italiani e dal 15,7% dei campani;
- ai tipi di cura di cui si ha bisogno indicati dal 13,9% degli italiani e dal 13,6% dei campani;
- alle capacità culturale indicata dal 15,7% degli italiani e da circa il 10% dei campani.

Tabella 16 - Le disuguaglianze che più contano nella sanità italiana secondo gli intervistati, confronto Italia-Campania

(val. %)

<i>Quali sono le disuguaglianze in sanità che contano di più oggi in Italia?</i>	Italia	Campania
Tra i livelli di reddito	57,2	57,1
Tra i territori	50,9	54,2
Per relazioni (chi ha parenti, amici, conoscenti, ecc.)	23,1	22,3
Tra patologie (croniche, acute)	19,1	15,7
Per tipi di cura di cui si ha bisogno (aver bisogno di certi farmaci, dover fare un dato intervento, ecc.)	13,9	13,6
Per capacità di accesso alle informazioni	18,9	12,9
Tra diverse classi d'età (giovani, adulti, anziani)	11,2	12,0
Per capacità culturale	15,7	9,9
Tra maschi e femmine	1,7	2,6

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

Fonte: indagine Censis, 2014

Le disuguaglianze, inoltre, nella percezione collettiva non sono solo tra territori regionali in conformità con l'organizzazione regionalista della sanità, ma anche tra territori intra-regionali, con una variabilità delle opportunità di cura tra le province e/o i comuni.

Infatti, il 69% dei campani ed il 60,1% degli italiani pensano che ci siano differenze intra-regionali nella qualità dell'offerta sanitaria: si dichiarano convinti di questa articolazione della qualità dell'offerta sanitaria nel territorio campano il 93,6% dei residenti ad Avellino, il 75,7% di quelli a Benevento ed il 75,1% dei residenti nella provincia di Napoli (cfr. Tabella 17).

Le differenze intra-regionali sono imputate dal 34,0% dei campani e dal 24,7% degli altri italiani alla diversa qualità di servizi e strutture, dal 31,0% dei campani e dal 38,4% degli italiani alla differente capacità della politica locale di programmare; dal 28,6% dei campani e dal 26,7% degli italiani alla efficienza organizzativa; dal 27,3% dei campani e dal 23,1% degli italiani alla competenza degli operatori; dal 25,9% dei campani e dal 22,9% degli italiani alla dotazione tecnologica delle strutture; e, infine, dal 19,9% dei campani e dal 20,9% degli italiani alla diversa dotazione di risorse economiche pubbliche (cfr. Tabella 18).

In sintesi dunque a questo proposito si può dire che:

- la sanità italiana risulta più disuguale di quella di molti paesi Ue e meno capace di promuovere equità di quanto lo fosse nel passato anche recente;
- i cittadini campani hanno una percezione più acuta delle disuguaglianze sanitarie e delle *defaillance* del loro Servizio Sanitario.

Tabella 17 – Differenze nella qualità dell'offerta sanitaria per province della Campania

(val. %)

<i>In base alla Sua esperienza, ritiene ci siano diversità nella qualità delle strutture/servizi sanitari <u>all'interno delle singole regioni?</u></i>	Avellino	Benevento	Napoli	Caserta	Salerno	Campania	Italia
Si	93,6	75,7	75,1	52,9	49,1	69,0	60,1
No	6,4	24,3	24,9	47,1	50,9	31,0	39,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2014

Tabella 18 – Fattori che causano differenze all'interno delle regioni nella qualità dell'offerta sanitaria, confronto Campania-Italia

(val. %)

<i>Se ha indicato che ci sono differenze tra le regioni, a cosa sono dovute?</i>	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli	Salerno	Campania	Italia
Qualità di strutture/servizi	48,4	43,4	26,9	34,6	22,3	34,0	24,7
Dotazione di tecnologie nelle strutture	50,0	20,2	11,5	30,3	3,7	25,9	22,9
Competenza degli operatori	26,6	36,4	25,3	27,2	25,6	27,3	23,1
Efficienza organizzativa	23,4	34,7	35,0	26,6	31,4	28,6	26,7
Capacità della politica locale di programmare	4,7	26,0	55,6	31,8	19,4	31,0	38,4
Diversa dotazione di risorse economiche pubbliche	9,4	-	20,3	20,0	40,1	19,9	20,9

Fonte: indagine Censis, 2014

6. Gli effetti della crisi

Il 63,6% dei cittadini campani intervistati ritiene che le recenti politiche di contenimento della spesa pubblica in sanità abbiano aumentato le disuguaglianze, opinione condivisa dal 50,2% del resto degli italiani (cfr. Tabella 19).

Tabella 19 - Impatto delle politiche di contenimento della spesa sanitaria sulle disuguaglianze in sanità, confronto Italia-Campania

(val. %)

<i>Secondo Lei le recenti politiche volte al contenimento della spesa pubblica in sanità hanno:</i>	Italia	Campania
Aumentato le disuguaglianze	50,2	63,6
Ridotto le disuguaglianze	3,7	1,9
Né aumentate, né ridotte le disuguaglianze	31,4	18,2
Non saprei	14,7	16,3
Totale	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2014

Il 31,4% degli italiani ritiene che tali politiche non abbiano avuto effetti sulle disuguaglianze di contro al 18,2% dei campani; quote residuali di campani e di cittadini delle altre regioni invece parlano di un positivo impatto sulle disparità in termini di contrazione delle stesse.

Il giudizio negativo sulle politiche sanitarie è condiviso trasversalmente nei diversi gruppi sociali della regione ed è sistematicamente più negativo di quello emerso dalle opinioni dei cittadini delle altre regioni.

Se la sanità garantisce minori opportunità di cura e se le disparità stanno crescendo, per i campani *spending review* e Piani di rientro hanno una responsabilità molto elevata.

D'altro canto, l'effetto regressivo delle politiche sanitarie di bilancio viene rilanciato dalla convinzione espressa dal 55,7% dei campani di contro al 46% degli italiani che esse abbiano intaccato il diritto alla salute soprattutto per i cittadini meno abbienti; è invece il 35% dei campani ed il 39,8% degli italiani a pensare che tali manovre abbiano colpito in modo socialmente indifferenziato tutti i cittadini (cfr. Tabella 20).

Manovre non lineari quindi, ma profondamente regressive che finiscono per colpire in misura maggiore i gruppi sociali più fragili, quelli che si muovono su livelli di reddito più bassi e/o che hanno una domanda sanitaria e sociosanitaria più alta.

La negativa valutazione delle manovre in sanità incassa un consenso trasversale tra i cittadini campani e incontra tra i campani un favore più alto rispetto ai cittadini con uguale livello di scolarità delle altre regioni.



Tabella 20 - Impatto delle manovre di contenimento della spesa pubblica sul diritto alla salute dei cittadini, confronto Italia-Campania

(val. %)

<i>Secondo Lei, in questa fase le manovre sulla spesa pubblica hanno toccato il diritto alla salute dei cittadini?</i>	Italia	Campania
Sì, ma solo quello delle persone meno abbienti	46,0	55,7
Sì, ma per fortuna colpendo solo chi ha i soldi e può pagarsi le cure nel privato	2,9	2,1
Sì, di tutti i cittadini	39,8	35,0
No, non hanno toccato il diritto alla salute	11,3	7,2
Totale	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2014

La già citata maggiore propensione dei campani a valutare la salute e il rapporto con la sanità come un *fatto economico* dipendente cioè dalla disponibilità di risorse, ha finito per essere amplificata agli esiti percepiti delle manovre.

Infatti di fronte all'eventuale insorgenza di una patologia, il 71,5% dei campani di contro al 53,5% del resto degli italiani si dichiara *in ansia* perché teme di non avere sufficienti risorse per affrontare i costi privati associati alla cura (cfr. Tabella 21): in Campania, cioè, la quota di persone preoccupate per gli esiti economici dell'insorgenza di una patologia è superiore al dato medio nazionale di ben 18 punti percentuali.

Il 15,7% dei campani si dichiara *tranquillo* perché ritiene di avere le risorse necessarie per affrontare i costi associati ad una patologia, mentre tra gli italiani la quota corrispondente è pari al 24,1%.

Da notare che in Campania le persone con più basso titolo di studio e con presumibilmente con più basso reddito sono molto più preoccupate sia dei campani con alta scolarità e/o reddito, sia dei cittadini delle altre regioni con analogo livello di scolarità: si passa infatti dall'89,9% dei possessori di licenza elementare, al 75,4% dei possessori di licenza media, al 66% di laureati e diplomati (cfr. Tabella 22).

Anche tra i cittadini delle altre regioni italiane si rileva che al ridursi del livello di scolarità cresce la preoccupazione per i costi legati alle patologie; tuttavia, per ciascun livello di scolarità la quota di *intervistati preoccupati* è inferiore rispetto al corrispondente livello in Campania, e anche la forbice tra livelli alti e livelli bassi di scolarità è meno ampia.

In sostanza, i campani sono più preoccupati degli italiani degli impatti economici di una patologia, e i campani a bassa scolarità e/o basso reddito sono più preoccupati degli omologhi delle altre regioni.

Tabella 21 – Atteggiamento dei cittadini sui costi associati ad una eventuale patologia che dovrebbero affrontare, confronto Campania-Italia

(val. %)

<i>Pensando ai costi associati ad una eventuale patologia lei si sente:</i>	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli	Salerno	Campania	Italia
<i>Tranquillo, perché ha le risorse necessarie per affrontarli</i>	16,8	15,2	10,4	15,1	22,3	15,7	24,1
<i>In ansia, perché non ha sufficienti risorse per affrontarli</i>	76,9	72,1	74,9	72,1	63,9	71,5	53,5
<i>La questione non si pone, perché nel Servizio Sanitario hai tutto quel che ti serve in caso di malattia</i>	6,3	12,7	14,7	12,8	13,8	12,8	22,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2014

Tabella 22 – Cittadini che pensando ai costi associati ad un'eventuale patologia si dichiarano in ansia rispetto alle risorse

(val. %)

<i>Pensando ai costi associati a una eventuale patologia lei si sente:</i>	Nessuno/ Lic. elementare	Lic. media/ Qual. prof.	Diploma	Laurea o superiore	Totale
Campania	89,9	75,4	66,7	69,4	71,5
Italia	64,4	59,7	52,1	42,1	53,5

Fonte: indagine Censis, 2014

Ancora una volta emerge la specificità della visione della sanità in Campania, vale a dire il già citato più alto peso attribuito al *fattore economico* come determinante delle opportunità di cura delle persone.

Tra i cittadini campani solo meno del 13% ritiene che la questione di come affrontare i costi di una eventuale patologia non si ponga perché c'è il Servizio Sanitario, mentre tra gli italiani il dato corrispondente sale al 22,4%.

Una ulteriore conferma di una sfiducia latente che va crescendo rispetto alla capacità del Servizio Sanitario di dare copertura ai bisogni assistenziali e sanitari legati alla malattia che si è in grado di mettere in campo.

Un pericoloso stato di fatto che erode la fiducia nella sanità come sistema universale, inclusivo e tendenzialmente produttore, in quanto consente a tutti di fronteggiare le criticità legate alla malattia.

Dai dati dell'indagine emerge invece che la sanità da fattore di assicurazione si è trasformata in fonte di ansia, e soprattutto da meccanismo inclusivo e coesivo in moltiplicatore di disparità.

Un aspetto sociopolitico, questo, da tenere in attenta considerazione perché rinvia ad uno snaturamento del welfare, che finisce per togliergli legittimità sociale proprio in quei ceti che, storicamente, dovrebbero più beneficiare degli esiti dell'azione del welfare stesso.

Si tenga presente che di fronte ad una spesa improvvisa per la salute si dichiarano *molto* o *abbastanza* preoccupati l'88,2% dei campani e il 77,9% degli italiani; in particolare, a essere *molto* preoccupati sono il 34,6% degli italiani e il 42% dei cittadini campani, mentre ad essere *abbastanza* preoccupati sono oltre il 43% degli italiani e oltre il 46% dei cittadini campani (cfr. Tabella 23).

È interessante notare come i giovani campani con età compresa tra i 18 e i 29 anni siano molto più preoccupati rispetto ai coetanei italiani: il 63,3% si dichiara *abbastanza* preoccupato (+16,9%), il 26,4% *molto* (+3,8%) e soltanto l'8,6% è *poco* preoccupato (-18,8%).



Tabella 23 – Preoccupazione dei cittadini di fronte a una spesa improvvisa per la salute, confronto Italia-Campania

(val. %)

<i>Quanto la preoccupa una spesa improvvisa per la salute?</i>	Italia	Campania
Molto + abbastanza	77,9	88,2
Molto	34,6	42,0
Abbastanza	43,3	46,2
Poco + per niente	22,1	11,8
Poco	17,8	10,1
Per niente	4,3	1,7
Totale	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2014

Preoccupati sono anche gli ultra sessantaquattrenni: il 95% dei campani si dichiara *molto* o *abbastanza* preoccupato, valore più alto di oltre 18 punti percentuali rispetto alla media nazionale.

Spicca inoltre la regressività sociale della preoccupazione poiché in Campania si dichiarano molto preoccupati il 43,7% dei possessori di licenza elementare, il 49,8% dei possessori della licenza media, il 40,8% dei diplomati e il 34,7% dei laureati; in Italia la regressività è confermata, ma ancora una volta a parità di livello di scolarità risulta una minore preoccupazione e la forbice tra livelli alti e livelli bassi è meno ampia rispetto alla Campania (cfr. Tabella 24).

D'altro canto, emerge che negli ultimi dodici mesi di fronte ad una spesa improvvisa per la salute:

- il 34,1% dei campani ed il 28,9% degli italiani hanno fatto ricorso ai propri risparmi;
- l'11,3% dei campani ed il 9% degli italiani hanno chiesto aiuto a parenti, amici, conoscenti.

Anche le spese di welfare, e quelle sanitarie in particolare, hanno cioè contribuito a stringere d'assedio i redditi familiari costringendo a ricorrere a forme di integrazione diverse, dai risparmi ai prestiti. Ed il fenomeno ha coinvolto in misura maggiore i ceti più deboli ed è stato più intenso tra i cittadini campani.

Tabella 24 – Preoccupazione dei cittadini di fronte a una spesa improvvisa per la salute per titolo di studio, confronto Campania-Italia

(val. %)

<i>Pensando ai costi associati a una eventuale patologia lei si sente</i>	Nessuno/ Lic. elementare	Lic. media/ Qual. prof.	Diploma	Laurea o superiore	Totale
Campania					
<i>Molto + Abbastanza</i>	90,7	89,4	88,2	86,5	88,2
Molto	43,7	49,8	40,8	34,7	42,0
Abbastanza	47,0	39,6	47,4	51,8	46,2
Italia					
<i>Molto + Abbastanza</i>	77,8	83,3	76,3	71,1	77,9
Molto	50,7	43,2	28,9	26,6	34,6
Abbastanza	27,1	40,1	47,4	45,1	43,3

Fonte: indagine Censis, 2014



7. La dinamica delle spese private per la salute

Nel 2013 in Italia la spesa privata per la salute dei cittadini è stata pari a circa 27 miliardi di euro, valore superiore a quello pre-crisi del 2007 del +3,1% in termini reali, nonostante un evidente rallentamento nel 2013 rispetto all'anno precedente (cfr. Tabella 25).

Tabella 25 - Spesa sanitaria privata in Campania, anni 2007-2013

(v.a. in milioni correnti, val. in euro pro-capite, var.% reali)

	2007	2011	2013	var. % reale	
				2007-2011	2007-2013
Campania					
v.a. (in mln €)	1.992	1.947	-	-1,1	-
val. pro capite in €	346	337	-	-1,3	-
Italia					
v.a. (in mln €)	26.202	28.890	26.943	+10,5	+3,1
val. pro capite in €	446	486	443	+9,1	-0,5

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Il confronto tra il dato medio nazionale e quello della Campania relativo al 2011 ultimo anno per il quale esiste disponibilità di dati sulla spesa sanitaria privata dei cittadini a livello regionale fa emergere che in Campania la spesa sanitaria privata dei cittadini, pari a 338 milioni di euro, è diminuita in termini reali rispetto al 2007 dell'1,1%, mentre a livello nazionale nello stesso periodo si è avuto un incremento del +10%.

Altro dato significativo riguarda il livello della spesa sanitaria privata pro-capite che in Campania è di circa il 30% inferiore rispetto a quello medio nazionale: 486,4 euro a livello nazionale e 337,8 euro in Campania.

I dati ufficiali di spesa sanitaria privata indicano, dunque, che i campani spendono mediamente meno degli italiani ed hanno anche ridotto la spesa rispetto al livello precrisi, vale a dire in un periodo in cui a livello nazionale la spesa privata decollava.

Ma colpisce, a tale proposito, che nella regione campana vi siano poi quote più alte di persone che dichiarano di avere pagato per avere alcune tipologie di prestazioni sanitarie. Infatti dati Istat relativi al 2013 mostrano che:

- in Campania tra coloro che hanno effettuato visite specialistiche escluse le odontoiatriche, il 72,3% (il 69,2% del dato nazionale) dichiara di avere sostenuto delle spese di tasca propria il 30,3% (il 27,4% a livello nazionale) fino ad 80 euro, il 33,5% (contro il 37,1%) tra 80 e 199 euro ed il 36,2% (contro il 35,5%) oltre 200 euro;

- risulta più alta nella regione, rispetto all'Italia, la quota di persone che hanno sostenuto spese nell'effettuare accertamenti specialistici (il 69,6% di contro al 58,6%) e analisi del sangue (65,8% di campani, 52,7% dato medio nazionale).

E colpisce ancora di più che, sebbene la quota di cittadini campani che spende di tasca propria per la sanità sia più alta rispetto alla media nazionale, la spesa privata pro-capite che si genera è più bassa della media nazionale.

Certo sulla dinamica della spesa sanitaria pesano le difficoltà che le famiglie campane stanno vivendo in questo periodo, per molti aspetti più intense rispetto a quelle che si registrano altrove.

I bilanci familiari sono stretti tra le difficoltà di fare reddito e l'incremento di alcune voci di spesa, ad esempio quelle relative alle bollette e alle tasse locali; la deflazione non sembra attenuare la pressione sui redditi familiari a cui, come si è visto, ha contribuito in parte anche l'incremento di alcune spese di welfare e della sanità in particolare.

In tale contesto si sono moltiplicate, di conseguenza, le strategie delle famiglie per fronteggiare i fabbisogni sanitari e gli elevati costi ad essi associati, laddove non sia disponibile in tempi rapidi l'accesso alla sanità pubblica.

Peraltro non va dimenticato che non sono poche le prestazioni sanitarie, soprattutto a bassa intensità tecnologica, la cui fruizione nel pubblico richiede ticket prossimi o addirittura più alti della spesa privata.

In questo quadro si inserisce, quindi, il crescente ricorso dei cittadini alla sanità *low cost* che include tra l'altro il ricorso ai siti Internet per gruppi di acquisto e lo stesso marketing di molte strutture sanitarie private. Si tenga presente che in molti casi è possibile procedere all'acquisto online di prestazioni sanitarie con abbattimenti di costi che vanno dal 30% fino al 60-80% rispetto agli ordinari prezzi di mercato.

A livello nazionale nel 2012 si è stimato in oltre 10 miliardi di euro il valore della sanità *low cost*, e non è una forzatura ipotizzare che nel tempo il valore sia destinato a crescere grazie all'*appeal* che essa esercita sui cittadini.

Dalla presente indagine è emerso che il 7,9% dei campani, di contro al 6,8% degli italiani, hanno acquistato in un anno almeno una volta prestazioni sanitarie su Internet. In particolare, hanno acquistato le seguenti prestazioni (cfr. Tabella 26):



- il 59% dei campani ed il 45,1% degli italiani prestazioni odontoiatriche, quali la pulizia dei denti, la sbiancatura, ecc.;
- il 21,8% dei campani ed il 33,3% degli italiani prestazioni o servizi legati alla prevenzione (mammografie, analisi del sangue o delle urine, ecc.);
- il 15,8% dei campani e l'11,3% degli italiani visite con dietologo o nutrizionista, test delle intolleranze alimentari, diete personalizzate;
- il 12,4% dei campani e il 7,7% degli italiani visite oculistiche;
- il 2,5% dei campani e l'1,6% degli italiani trattamenti osteopatici.

Tabella 26 - Prestazioni sanitarie acquistate online dai cittadini, confronto Italia-Campania

(val. %)

<i>Se sì, che tipo di prestazioni sanitarie ha acquistato online?</i>	Italia	Campania
% di cittadini che ha effettuato acquisti online	6,8	7,9
<i>di cui:</i>		
Prestazioni di odontoiatria (pulizia denti, sbiancatura denti, apparecchi per denti)	45,1	59,0
Prestazioni/servizi legati alla prevenzione (dalla mammografia all'esame della mappatura dei nei, analisi del sangue e delle urine, ecc.)	33,3	21,8
Visite con dietologa/nutrizionista, test di intolleranze alimentari, diete personalizzate	11,3	15,8
Visite oculistiche	7,7	12,4
Trattamenti osteopatici	1,6	2,5
Chirurgia estetica (sedute di cavitazione medica, addominoplastica, liposuzione chirurgica)	3,5	-

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

Fonte: indagine Censis, 2014

Il *low cost* sanitario è fenomeno complesso perché, da un lato, ha un elevato valore inclusivo consentendo di avere accesso a prestazioni che altrimenti avrebbero costi troppo elevati per molte famiglie; dall'altro, non possono essere sottovalutate le molte criticità che vanno emergendo e, per molte prestazioni, anche le notevoli perplessità sugli abbattimenti stabili di costo ai quali potrebbero essere associata una caduta delle qualità delle prestazioni erogate.

Altro comportamento chiave per fronteggiare i costi delle prestazioni sanitarie consiste nell'*acquisto di prestazioni al nero, ovvero senza fatturazione*. In tale modo è spesso possibile spuntare un prezzo inferiore rispetto a quello gravato dalla tassazione, con un beneficio individuale immediato, ma con conseguenze sociali molto negative, anche dal punto di vista dell'equità.

L'indagine ha consentito di fissare alcuni esempi particolarmente indicativi, poiché tra coloro che nei dodici mesi precedenti l'intervista hanno avuto bisogno di determinate prestazioni emerge che (Cfr. Tabella 27):



- il 61,8% in Campania ed il 39% nelle altre regioni dichiarano di avere effettuato visite specialistiche in nero;
- il 48,9% in Campania ed il 26,4% nelle altre regioni hanno effettuato prestazioni odontoiatriche in nero;
- il 5,8%, di contro al 6,2%, hanno realizzato accertamenti diagnostici di contro a una media nazionale del 6,2%;
- il 4% in Campania ed il 3,2% nel resto delle regioni hanno effettuato prestazioni di fisioterapia o riabilitazione in nero;
- il 2,9% ha effettuato analisi del sangue al nero in Campania, di contro a una media nazionale del 2,6%;

Tabella 27 - Cittadini che hanno pagato *al nero* senza fattura almeno una prestazione/servizio durante gli ultimi dodici mesi, confronto Italia-Campania (val. %)

<i>Negli ultimi dodici mesi lei ha fatto al nero, senza pagamento di fattura/senza mettere in regola almeno una delle seguenti prestazioni/servizi?</i>	Italia	Campania
Visita da un medico specialista (otorino, oculista, dermatologo, ecc.)	39,0	61,8
Visita da un odontoiatra	26,4	48,9
Accertamenti diagnostici (tac, ecografia ecc.)	6,2	5,8
Fisioterapia/riabilitazione	3,2	4,0
Analisi del sangue	2,6	2,9
Infermiere (visita in casa o presso ambulatorio, ospedale ecc.)	12,9	1,9

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

Fonte: indagine Censis, 2014

Il sommerso sanitario ha pertanto una dimensione significativa, per numero di persone coinvolte e spettro di prestazioni erogate e ad esso occorre aggiungere poi anche il sommerso sociosanitario, dato dalle infermiere che garantiscono prestazioni a domicilio alle assistenti personali/badanti, comparto che determina un movimento di risorse molto intenso. Infatti, circa il 2% dei campani dichiara di avere pagato al nero prestazioni infermieristiche di contro a una media nazionale di circa il 13%.

Dai dati raccolti emerge che il ricorso alle prestazioni sanitarie *al nero* è un fenomeno socialmente trasversale che coinvolge in misura significativa anche le persone a più basso reddito, e che tramite il nero provano ad ottenere nel privato prezzi più abbordabili.

In particolare, dai dati dell'indagine è emerso che quest'anno ad aver fatto al nero in Campania, senza pagamento di fattura, una *visita specialistica* è stato:

- il 72,5% di coloro che hanno un reddito mensile inferiore a 1.000 euro, il 66,5% di coloro che hanno un reddito compreso tra i 1.000 e i 2.000 euro, il 66,3% di coloro che hanno un reddito tra i 2.000 e i 3.000 euro e il 59,9% di coloro che hanno un reddito superiore a 3.000 euro;



- il 46,9% di coloro che hanno la licenza elementare, il 60,6% di coloro che hanno la licenza media, il 63,7% dei diplomati e il 65,7% dei laureati.

Ad aver fatto una *visita odontoiatrica* in nero sono stati invece:

- il 35,3% di coloro che hanno un reddito inferiore a 1.000 euro, il 41,1% di coloro che hanno un reddito compreso tra i 1.000 e i 2.000 euro, il 56,1% di coloro che hanno un reddito compreso tra i 2.000 e i 3.000 euro e il 22,8% di coloro che hanno un reddito superiore a 3.000 euro;
- il 70,4% dei possessori di licenza elementare, il 44,3% dei possessori della licenza media, il 51,4% dei diplomati e il 38,9% dei laureati.

Si crea di conseguenza un circuito vizioso in cui le persone cercano prestazioni sanitarie nel privato a prezzi bassi ed il nero diventa una modalità di contenimento dei costi privati e, quindi, un meccanismo inclusivo, ancorché perverso ed eticamente non accettabile.

Nell'immediato il sommerso sembra quindi operare come meccanismo inclusivo, un meccanismo che al contempo però risorserà alla tassazione e quindi al pubblico, finendo per costituire una leva di ampliamento delle disuguaglianze sociali.

La presenza di un vasto flusso sotterraneo di risorse utilizzate per l'acquisto di prestazioni e servizi sanitari e sociosanitari trova conferma nei già citati dati sulla quota di cittadini campani che dichiara di avere sostenuto spese di tasca propria quando hanno effettuato visite specialistiche (il 72,3%) accertamenti specialistici (69,6%), analisi del sangue (65,8%) e riabilitazione (63,6%).

8. Una sanità pubblica in grande difficoltà, ma da non perdere...

I comportamenti e le spese private dei cittadini, fin qui descritti, in sanità vanno ovviamente letti alla luce delle dinamiche recenti del Servizio Sanitario, visto che la sua evoluzione modifica spesso i confini tra bisogni garantiti dal welfare e bisogni monetabili in capo ai cittadini.

Da tempo si registra, d'altra parte, un lento scivolamento verso il basso della qualità del Servizio sanitario, in particolare in alcune aree del paese; i cittadini registrano una contrazione della quantità di servizi e prestazioni e, al contempo, un abbassamento della qualità media che, come rilevato, in moltissimi casi viene imputata alle politiche di tagli promosse dal centro e a livello regionale.

La dinamica discendente della qualità del Servizio Sanitario pubblico finisce per costituire, come abbiamo visto, un moltiplicatore delle disuguaglianze.

A questo proposito, sono di estrema utilità i dati relativi all'evoluzione delle opportunità di cura negli ultimi dodici mesi da cui emerge che secondo il 56,7% dei campani ed il 40% degli italiani, queste sono peggiorate; per il 52,5% degli italiani ed il 36% dei campani sono rimaste uguali; solo quote ridotte, il 7,3% in Campania ed il 7,5% degli italiani, parlano di un miglioramento delle opportunità di cura (cfr. Tabella 28).

Hanno una percezione negativa dell'evoluzione della possibilità di curarsi nel proprio territorio il 65,9% dei residenti nella provincia di Benevento, il 64,9% in quella di Caserta, il 60,3% in quella di Avellino, oltre il 57% in quella di Salerno e il 52,9% in quella di Napoli.

L'incrocio con il titolo di studio mostra un'articolazione di opinioni altamente significativa. Emerge infatti che:

- in Campania percepisce un peggioramento delle opportunità di cura il 70,4% dei possessori di licenza elementare, il 61,6% dei titolari di licenza media, il 53,2% dei diplomati ed il 55,9% dei laureati;
- in Italia i dati corrispondenti sono il 42,3% tra i possessori di licenza elementare, il 42,4 tra i titolari di licenza media, il 39,4% dei diplomati ed il 36,2% dei laureati.

E' comprensibile che i ceti meno abbienti con minore dotazione di capitale culturale e presumibilmente di risorse economiche, percepisca un più brusco peggioramento delle opportunità di cura, ma non può sorprendere che in Campania, per ciascun livello di titolo di studio, la percezione di peggioramento sia più marcata ed inoltre che il divario di percezione negativa tra livelli più alti e livelli più bassi sia nettamente più ampio.

La diversificazione delle opportunità di cura è sentita in Campania dunque in misura più intensa dai cittadini più fragili, rispetto ai cittadini con analogo livello di scolarità e/o condizione economica.

Tabella 28 – Valutazione dei cittadini sull’andamento delle opportunità di cura nel proprio territorio negli ultimi dodici mesi, confronto Campania-Italia

(val. %)

<i>Secondo la sua esperienza, durante gli ultimi dodici mesi le possibilità di curarsi nel suo territorio sono:</i>	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli	Salerno	Campania	Italia
Migliorate	12,7	13,0	1,9	7,2	8,1	7,3	7,5
Peggiorate	60,3	65,9	64,9	52,7	57,3	56,7	40,0
Rimaste uguali	27,0	21,1	33,2	40,1	34,6	36,0	52,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2014

Un indicatore indiretto, soggettivo ma da non sottovalutare, di ampliamento delle disuguaglianze sociali tra i cittadini a scapito dei ceti socio-economicamente più deboli.

La diversificazione e la dinamica discendente delle opportunità di cura rinviano anche alla decrescente qualità della sanità di alcune aree. Il dato medio nazionale mostra che per la maggioranza dei cittadini la sanità, in fondo, è in stagnazione, né migliora né peggiora, lasciando di fatto inalterate le opportunità di cura.

In Campania, invece, prevale un punto di vista pessimistico, ed il punto di vista dei cittadini campani confrontato con quello medio nazionale, indica che le disuguaglianze sembrano approfondirsi.

L'esito di questo processo è l'inevitabile rilancio delle disparità anche interne alla società campana, perché alle minori opportunità di cura nel Servizio sanitario pubblico i vari gruppi sociali non potranno che rispondere in maniera proporzionale alle risorse di cui dispongono.

Chi dispone di risorse sufficienti potrà o rivolgersi al privato o ricorrere alla tradizionale soluzione della mobilità sanitaria verso regioni con Servizi sanitari più efficienti o addirittura all'estero.

E l'accentuazione della territorializzazione delle *performance* dei servizi sanitari regionali non farà altro che moltiplicare i fattori di differenziazione sociale tra cittadini, instillando nei gruppi sociali più fragili la sensazione di essere penalizzati anche su un ambito, quello della salute, in cui nel passato si registrava un livello accettabile di equità.

A dimostrazione di questo aspetto sta la radicata convinzione collettiva, trasversale ai gruppi sociali, ai territori, alle classi di età e al sesso degli intervistati che le *persone benestanti si curano prima e meglio delle persone dei ceti meno abbienti*.

A fronte di chi si rivolge alla sanità pubblica pagando di tasca propria cresce, infatti, il numero di cittadini che è costretto a rinunciare a prestazioni sanitarie rispetto al totale delle persone che hanno dovuto rinunciare a prestazioni per motivazioni economiche (cfr. Tabella 29).

Tabella 29 – Persone che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie, anno 2013

(val. %)

	Campania		Italia	
	%	v.a. mgl	%	v.a. mgl
Persone che hanno rinunciato a prestazioni specialistiche nel complesso (inclusa odontoiatria)	18,4	918	18,4	9.650
<i>di cui: per motivi economici (% sul totale motivi)</i>	<i>81,7</i>	<i>751</i>	<i>75,9</i>	<i>7.320</i>
Persone che hanno rinunciato a prestazioni specialistiche (escluse odontoiatriche) (% su popolazione 14 anni ed oltre)	10,7	532	10,1	5.308
<i>di cui: per motivi economici (% sul totale motivi)</i>	<i>58,8</i>	<i>313</i>	<i>47,5</i>	<i>2.522</i>
Persone che hanno rinunciato a prestazioni specialistiche odontoiatriche (% su popolazione 14 anni ed oltre)	14,6	727	15,3	8.013
<i>di cui: per motivi economici (% sul totale motivi)</i>	<i>83,1</i>	<i>604</i>	<i>78,3</i>	<i>6.276</i>

Fonte: elaborazioni su Indagine Istat, "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013"

Infatti, hanno rinunciato a prestazioni specialistiche sanitarie specialistiche, escluse quelle odontoiatriche, 532.000 campani con almeno 14 anni di cui 313 mila esplicitamente per ragioni economiche; i dati corrispondenti a livello nazionale sono rispettivamente 5,3 milioni che hanno rinunciato a prestazioni specialistiche al netto delle odontoiatriche, di cui 2,5 milioni per ragioni economiche.

Epicentro della rinuncia alle prestazioni sanitarie è l'odontoiatria, che ha riguardato 727.000 campani di cui 604 mila per ragioni economiche e oltre 8 milioni di persone a livello nazionale, di cui 6,3 milioni per ragioni economiche.

Il confronto tra Campania e dato medio nazionale mostra che nella regione la quota di coloro che lo hanno dovuto fare per ragioni economiche è significativamente più elevata: l'81,7% di contro al 75,9%.

Sono cittadini che di fatto sono esclusi dalla tutela sanitaria per ragioni economiche, perché non trovano nella matrice di offerta pubblica le prestazioni di cui hanno bisogno e non dispongono delle risorse economiche per pagare di tasca propria nel privato.

L'effettiva riduzione dei costi di molte prestazioni nel privato non è stato sufficiente ad ampliare la platea delle persone in grado di pagare di tasca propria, per cui è andata crescendo la quota di persone che di fatto rinuncia alla sanità.

Non stupisce quindi che prevalga tra i cittadini sia campani che delle altre regioni la convinzione che siamo in presenza di un Servizio Sanitario essenziale, che si limita a garantire una serie di prestazioni considerate essenziali.

Dai dati emerge infatti che (cfr. Tabella 30):

- il 53,8% dei campani, con una punta del 68,2% ad Avellino, ritiene che il Servizio sanitario regionale offra solo le prestazioni essenziali, contro il 49,8% degli italiani;
- il 21,5%, con un massimo del 29,7% a Caserta, ritiene che la copertura garantita dal Servizio sanitario sia insufficiente, il 12,4% degli altri italiani;
- il 24,7% dei campani pensa che il Servizio Sanitario regionale offra le prestazioni di cui ha bisogno, quota che sale al 27,6% a Salerno ed al 32,2% a Benevento e che tra i residenti delle altre regioni risulta pari al 37,8%

Tabella 30 – Grado di copertura del Servizio Sanitario della propria regione, confronto Campania-Italia

(val. %)

<i>Come valuta il grado di copertura del servizio sanitario nella sua regione, cioè tenuto conto della sua esperienza recente, il Servizio sanitario nella sua regione offre le prestazioni di cui ha bisogno?</i>	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli	Salerno	Campania	Italia
Sì, offre le prestazioni di cui, di fatto, ho bisogno	21,4	32,2	14,8	26,2	27,6	24,7	37,8
Sì, ma solo quelle essenziali, le altre ormai me le pago	68,2	43,7	55,5	54,0	49,4	53,8	49,8
No, ormai la copertura, per me e la mia famiglia, è insufficiente	10,4	24,1	29,7	19,8	23,0	21,5	12,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2014

I dati mostrano che la Campania vive in misura più intensa di altri contesti una serie di fenomeni che hanno portata nazionale, quali il ridimensionamento della copertura sanitaria pubblica e, viste le difficoltà di bilancio di tante famiglie, la rinuncia a curarsi da parte di molti cittadini.

Ma quali sono i principali problemi della sanità campana nella percezione dei suoi residenti in relazione ai cittadini delle altre regioni?

La criticità principale indicata consiste nella lunghezza delle liste di attesa citata dal 57,6% dei campani di contro al 66,6% nazionale; seguita dagli sprechi e dall'uso inefficiente delle risorse, segnalati dal 36,8% dei campani e dal 30,9% del resto degli italiani (cfr. Tabella 31).

Tabella 31 – Principali problemi che affliggono la sanità della propria regione, confronto Italia-Campania

(val. %)

<i>Secondo Lei, quali sono i principali problemi della sanità nel suo territorio?</i>	Italia	Campania
Liste d'attesa troppo lunghe	66,6	57,6
Sprechi, uso inefficiente delle risorse	30,9	36,8
Edifici sanitari, dagli ospedali agli ambulatori, malmessi, fatiscenti, in cattive condizioni	11,8	25,7
Personale poco gentile, nervoso, non attento al paziente	12,1	20,8
Pochi soldi pubblici rispetto ai bisogni sanitari dei cittadini	16,9	19,9
Servizi sul territorio (medici, assistenza domiciliare integrata, strutture semidiurne ecc.) pochi e/o male organizzati	11,1	17,7
Disuguaglianze tra i cittadini nell'accesso alle prestazioni sanitarie	8,0	12,8
Poche informazioni, tante difficoltà per capire a chi rivolgersi per ciascun problema	12,8	11,4
Poca collaborazione nella sanità tra strutture, tra servizi e tra operatori	9,8	9,7

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

Fonte: indagine Censis, 2014

Altre criticità emerse sono:

- le cattive condizioni degli edifici sanitari indicate dal 25,7% dei residenti in Campania e dall'11,8% di quelli delle altre regioni;
- la scarsa gentilezza e l'eccessivo nervosismo degli operatori con una ridotta attenzione nei confronti del paziente (il 20,8% dei campani ed il 12,1% degli italiani):
- la ridotta disponibilità di soldi pubblici rispetto ai fabbisogni sanitari (il 19,9% in Campania, il 16,9% Italia).

Un elenco che differisce poco tra Campania e altre regioni per collocazione delle criticità in graduatoria, ma che segnala una intensità più alta per ciascun

problema in Campania. Una delle modalità mediante le quali si è di fatto fronteggiata l'articolazione territoriale delle *performance* e della qualità dell'offerta è stata la mobilità sanitaria interregionale o verso l'estero, con flussi in uscita verso regioni con una sanità di qualità più alta.

Il 10,8% dei campani dichiara di essersi curato in un'altra regione, mentre l'1,1% lo ha fatto all'estero; ma quel che colpisce è l'intenzionalità futura, che non necessariamente si tradurrà in comportamenti conseguenti, e che tuttavia segnala una pericolosa deriva di sfiducia nella sanità locale.

Infatti il 30,2% dei campani si dichiara pronto a farsi curare in altre regioni e il 22,4% all'estero; i dati corrispondenti in Italia sono il 26,4% e il 19,6% (cfr. Tabella 32).

Tabella 32 - Cittadini che si sono rivolti o si rivolgerebbero alla sanità di altre regioni o all'estero per un problema di salute, confronto Italia-Campania (val. %)

<i>Di fronte a un grave problema di salute suo o di un familiare, lei si rivolgerebbe ad un medico, struttura o servizio di un'altra regione o all'estero?</i>	Italia	Campania
Si, mi è già capitato di farlo all'estero	2,5	1,1
Si, mi è già capitato di farlo in altre regioni	7,9	10,8
Si, lo farei in altre regioni	26,4	30,2
Si, lo farei all'estero	19,6	22,4
No, mi è già capitato e mi sono curato nella mia regione	6,1	4,9
No, mi curerei nella mia regione	37,5	30,6
Totale	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2014

Un esodo potenziale dalla sanità regionale che richiederebbe un tempestivo e drastico intervento di fronte rispetto alle derive patologiche emerse.

L'indagine, infine, certifica come il Servizio sanitario sia considerato dagli italiani spesso in difficoltà e a volte inadeguato rispetto alle esigenze sanitarie dei cittadini, tuttavia non viene considerato da smantellare, e anzi il suo smantellamento viene considerato un errore grave.

Il 70,8% dei campani ed il 75,8% dei cittadini delle altre regioni pensano che la preservazione della sanità pubblica sia più importante della riduzione delle tasse; mentre il 29,2% dei campani ed il 24,2% degli italiani ritengono che sia prioritario ridurre le tasse anche se ciò dovesse comportare un taglio alla sanità pubblica in servizi, prestazioni e operatori (cfr. Tabella 33).



Tabella 33 – Priorità da perseguire in sanità, confronto Italia-Campania

(val. %)

<i>Secondo Lei, in questa fase la priorità è:</i>	Italia	Campania
Ridurre le tasse agli italiani, anche se dovesse significare tagli alla sanità pubblica (ai servizi, prestazioni, operatori, farmaci ecc.)	24,2	29,2
Preservare la sanità pubblica, anche se dovesse impedire il taglio delle tasse	75,8	70,8
Totale	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2014

La preservazione della sanità pubblica rispetto al taglio delle tasse costituisce un'opinione prevalente in modo trasversale a gruppi sociali, classi di età e territori; ovunque la sanità pubblica viene considerata nel novero delle grandi conquiste sociali alle quali non si vuole rinunciare.

Il Servizio Sanitario va modernizzato, reso più efficiente, capace di andare oltre sprechi e duplicazioni, e tuttavia non può essere sostituito con modelli diversi di accesso ed erogazione delle prestazioni e dei servizi.

Infatti, l'82,4% dei campani e l'86,7% dei cittadini delle altre regioni ritengono il Servizio Sanitario, nonostante i difetti, comunque fondamentale per garantire salute e benessere a tutti (cfr. Tabella 34).

Tabella 34 – Ruolo del Servizio Sanitario: confronto Italia-Campania

(val. %)

<i>Il nostro Servizio Sanitario, nonostante i difetti, è comunque fondamentale per garantire la sanità a tutti:</i>	Italia	Campania
D'accordo	86,7	82,4
Non d'accordo	13,3	17,6
Totale	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2014

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

fondazionefarmafactoring.it