

# Coronavirus: Come cambia la nostra vita



Rapporto di ricerca curato da Davide Dazzi (Ires Emilia-Romagna) per Federconsumatori.

Si ringrazia Assunta Ingenito per la sempre preziosa collaborazione.

"Realizzato nell'ambito del Programma generale di intervento della Regione Emilia-Romagna con l'utilizzo dei fondi del Ministero dello sviluppo economico. Ripartizione 2018"

## Sommario

<b>Premessa</b> .....	<b>4</b>
<b>Il campione</b> .....	<b>5</b>
Il tempo della compilazione .....	6
Anagrafica.....	8
Dimensione abitativa .....	9
Professione e titolo di studio.....	10
<b>I risultati dell'indagine</b> .....	<b>12</b>
La gestione dell'emergenza: il livello di fiducia verso gli attori istituzionali .....	12
La reazione delle istituzioni italiane.....	17
Informazione .....	19
<i>Dimensione della fiducia e informazione</i> .....	22
Le preoccupazioni .....	24
<i>Preoccupazioni personali</i> .....	25
<i>Preoccupazioni dei livelli istituzionali</i> .....	27
<i>Confronto tra le preoccupazioni personali e istituzionali</i> .....	30
Misure restrittive .....	32
Comportamenti sotto sorveglianza .....	36
<i>Coronavirus: di quali libertà ha sentito la mancanza?</i> .....	36
<i>Cosa produrrà nel tempo il Coronavirus?</i> .....	38
<i>Come il Coronavirus cambia gli stili di vita?</i> .....	41
Sanità digitale .....	43
<i>Sanità digitale durante la diffusione del Coronavirus</i> .....	43
<i>Sanità digitale: fascicolo elettronico e consulto medico a distanza</i> .....	48
Misure a favore dei consumatori.....	52
<b>Conclusioni</b> .....	<b>54</b>

## Premessa

L'indagine *"Coronavirus: Come cambia la nostra vita"* è stata voluta e promossa da Federconsumatori e realizzata da Ires Emilia-Romagna. Inizialmente pensata per una diffusione all'interno dei confini dell'Emilia-Romagna, l'indagine è stata poi estesa su tutto il territorio nazionale raggiungendo circa 10 mila accessi in un periodo che parte dal 17 marzo 2020 fino a fine giugno 2020. La copertura temporale ha permesso di raccogliere informazioni in diverse fasi della diffusione della pandemia da Covid-19 registrando uno spaccato percettivo anche molto diverso. L'indagine, tuttavia, non ha la pretesa di proporsi come rappresentativa in quanto il campione non è stato costruito nel rispetto di pesi di campionamento ma si propone come una modalità di investigazione aperta e finalizzata a raccogliere il maggior numero possibile di voci e percezioni. Considerata la complessa e articolata struttura del questionario, l'indagine è quindi più accostabile ad una modalità investigativa approssimabile ad una intervista diretta con una platea di interlocutori ampia e distinta.

L'obiettivo dell'indagine è principalmente quello di raccogliere le paure, percezioni, speranze maturate dai cittadini nelle diverse fasi della pandemia e di comprenderne le trasformazioni nel tempo. Analizzare le evoluzioni della dimensione fiduciaria nella sua forma di rapporto con le istituzioni e in una sua accezione più diffusa (capitale sociale) e studiarne l'impatto sulla percezione dei singoli in rapporto alla pandemia. Comprendere se e come la pandemia abbia agito sugli stili di vita e sulla costruzione degli scenari futuri.

L'indagine dedica particolare attenzione al tema della sanità digitale, in senso lato, e più precisamente alla disponibilità della cittadinanza ad accogliere o sperimentare alcune ipotesi digitali di medicina a distanza e ad una valutazione della capacità informativa e comunicativa delle strutture sanitarie durante la pandemia da Covid-19.

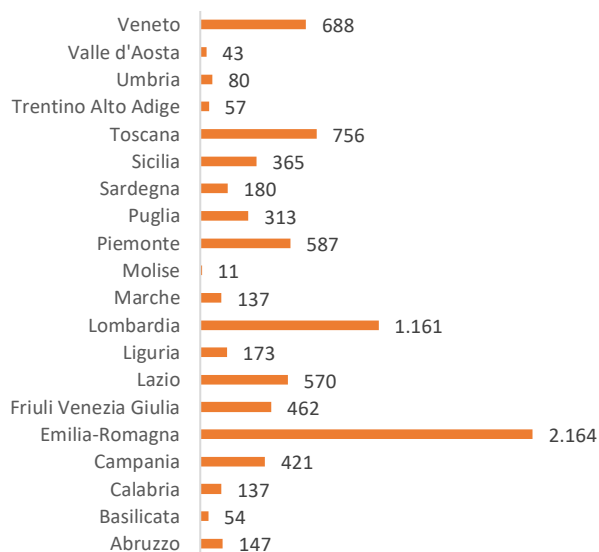
In ultimo, l'indagine chiude con una valutazione delle misure messe in campo dalle istituzioni, nel corso della pandemia, a favore dei consumatori cercando di coglierne le differenze territoriali.

## Il campione

L'indagine promossa da Federconsumatori e realizzata da Ires Emilia-Romagna "Coronavirus: Come cambia la nostra vita" ha registrato circa 10 mila accessi da marzo a giugno 2020, di cui **8.506 compilati in forma esaustiva**. In linea con l'orientamento originale, la larga parte dei questionari sono stati compilati in Emilia-Romagna (2.164, il 25,4% del campione complessivo). Altri importanti quote del campione si registrano in Lombardia (1.161, 13,6%), Toscana (756, 8,9%), Veneto (688, 8,1%) e Piemonte (587, 6,9%) e quindi aree soprattutto del Nord Italia in cui la pandemia ha colpito con più gravità. Tale conformazione del campione rappresenta sicuramente un valore aggiunto all'indagine tanto inaspettato quanto involontario ma che restituisce in forma estensiva il grado di sensibilità delle diverse popolazioni regionali rispetto al Coronavirus: la più larga partecipazione proprio delle regioni più colpite induce a ipotizzare ad una correlazione tra livello di risposta e impatto pandemico.

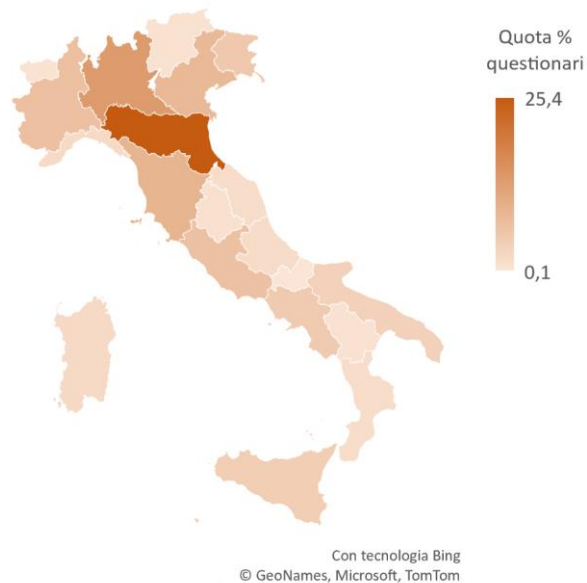
È opportuno precisare che le singole variabili esplicative prodotte in fase di elaborazione possono essere tra loro incrociate e nidificate aumentando il livello di dettaglio analitico. In particolare si sottolinea come sia possibile elaborare i singoli profili di risposta (professionale, abitativa, anagrafica) per singola area territoriale. In questo report, tuttavia, si sceglie di preferire principalmente un confronto interregionale.

Figura 1 – Distribuzione per regione (istogrammi)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Figura 2 – Distribuzione per regione (mappa)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

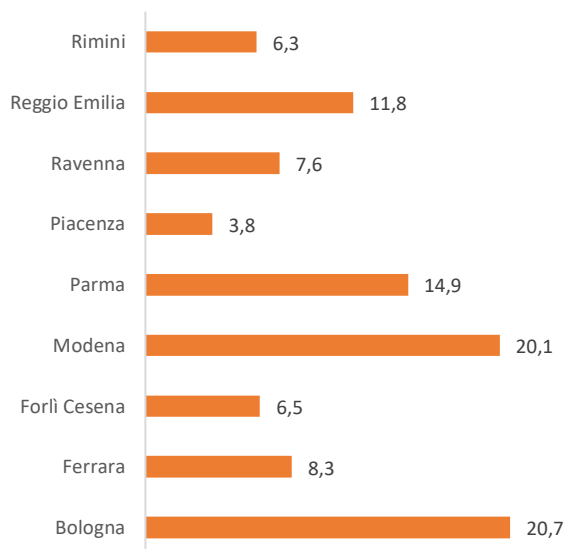
La distribuzione delle risposte provinciali consente di osservare alcune dinamiche:

- Si conferma la **più alta concentrazione** delle risposte in **Emilia-Romagna**, con picchi di numerosità massima a **Bologna** (441) e **Modena** (428), per cui l'incidenza sul totale regionale supera in entrambi i casi il 20% (Figura 3);
- Alte concentrazioni di risposte si rintracciano anche in altri territori provinciali al di fuori dell'Emilia-Romagna ed in particolare a Napoli (214 questionari), Udine (288), Roma (468), Bergamo (178), Milano (375), Torino e Firenze (256) e Treviso (161) (Figura 4).

Senza aver la forza statistica della rappresentatività campionaria, è opportuno sottolineare come più alta è la partecipazione territoriale all'indagine e più numerose sono le voci che vengono ascoltate per singola

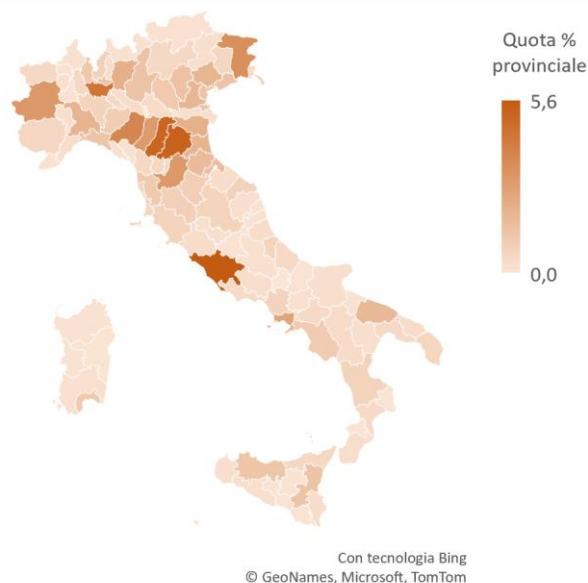
realtà territoriale. La restituzione della numerosità territoriale del campione, dunque, deve essere interpretata come l'indicazione di dove le informazioni sono state raccolte e di come si compone la dimensione percettiva collettiva.

Figura 3 – Distribuzione per provincia in Emilia-Romagna



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Figura 4 – Distribuzione per provincia in Italia

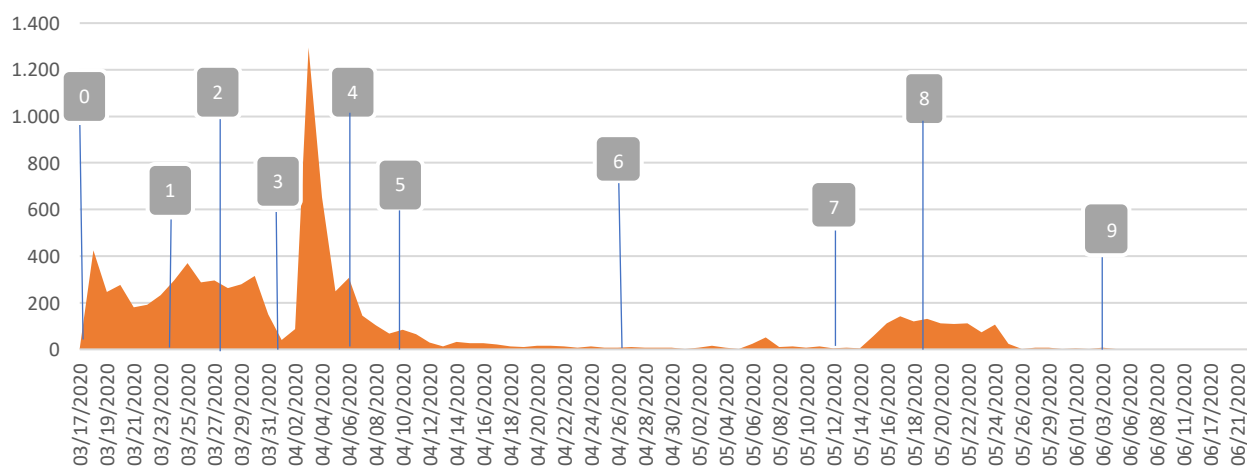


Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

## Il tempo della compilazione

L'indagine è rimasta aperta dal 17 di marzo 2020 alla fine di giugno 2020 raccogliendo, dunque, la percezione dei cittadini in diversi momenti della diffusione della pandemia. Il tempo di apertura dell'indagine è stato scandito da diversi annunci e provvedimenti governativi che sicuramente hanno agito sulla dimensione percettiva delle persone interpellate. Proprio a tal fine, si è scelto di tenere traccia delle conferenze stampa del Presidente del Consiglio nel corso delle diverse fasi di diffusione della pandemia per capire la relazione tra il flusso e la qualità delle risposte e l'effetto annuncio (Figura 5).

Figura 5 – Distribuzione delle risposte per data di compilazione



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

0	Il Consiglio dei Ministri n. 37 ha approvato il Decreto #Curaltalia, recante le nuove misure a sostegno di famiglie, lavoratori e imprese per contrastare gli effetti dell'emergenza coronavirus sull'economia. Al termine della riunione, il Presidente Conte, il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, Nunzia Catalfo, e il Ministro dell'Economia e delle Finanze, Roberto Gualtieri, hanno illustrato il provvedimento in conferenza stampa.
1	Il Consiglio dei Ministri n. 38 ha approvato un decreto-legge (Decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 pubblicato nella GU Serie Generale n.79 del 25/03/2020) che introduce misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. Il decreto prevede che, al fine di contenere e contrastare i rischi sanitari e il diffondersi del contagio, possano essere adottate, su specifiche parti del territorio nazionale o sulla totalità di esso, per periodi predeterminati, ciascuno di durata non superiore a trenta giorni, reiterabili e modificabili anche più volte fino al termine dello stato di emergenza, fissato al 31 luglio 2020 dalla delibera assunta dal Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, una o più tra le misure previste dal decreto stesso. L'applicazione delle misure potrà essere modulata in aumento ovvero in diminuzione secondo l'andamento epidemiologico del predetto virus, una o più tra le misure previste dal decreto stesso, secondo criteri di adeguatezza specifica e principi di proporzionalità al rischio effettivamente presente. Al termine della riunione il Presidente Conte ha illustrato il decreto-legge in conferenza stampa.
2	Il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte ha tenuto a Palazzo Chigi una conferenza stampa con il Ministro dell'economia e delle finanze, Roberto Gualtieri e, in videocollegamento, il Presidente dell'Ance, Antonio Decaro. Al fine di supportare i comuni interessati dall'emergenza epidemiologica da virus Covid 19, è stato firmato il Dpcm che anticipa l'erogazione di 4,3 miliardi del fondo di solidarietà comunale. Inoltre, con un'ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione civile sono resi disponibili altri 400 milioni da destinare alle misure urgenti di solidarietà alimentare.
3	Il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, ha annunciato in conferenza stampa di aver firmato il Dpcm che proroga fino al 13 aprile 2020 le misure fin qui adottate per il contenimento del contagio epidemiologico da Covid-19.
4	Il Consiglio dei Ministri ha approvato un decreto-legge che introduce misure urgenti in materia di accesso al credito e rinvio di adempimenti per le imprese, nonché di poteri speciali nei settori di rilevanza strategica e di giustizia. Il decreto interviene in sostegno alle imprese in difficoltà con misure specifiche su cinque principali ambiti: accesso al credito, sostegno alla liquidità, all'exportazione, all'internazionalizzazione e agli investimenti; misure per garantire la continuità delle aziende; rafforzamento dei poteri speciali nei settori di rilevanza strategica e degli obblighi di trasparenza in materia finanziaria; misure fiscali e contabili; ulteriori disposizioni.
5	Il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, ha annunciato in conferenza stampa di aver firmato il nuovo dpcm con cui vengono prorogate fino al 3 maggio le misure restrittive sin qui adottate per il contenimento dell'emergenza epidemiologica da Covid-19. Con il nuovo Dpcm, a partire dal 14 aprile, sarà però permessa l'apertura delle cartolerie, delle librerie e dei negozi di vestiti per bambini e neonati e vengono inserite tra le attività produttive consentite la silvicoltura e l'industria del legno.
6	Il Presidente Conte ha annunciato in conferenza stampa le misure per il contenimento dell'emergenza Covid-19 nella cosiddetta "fase due" introdotte con Dpcm 26 aprile 2020.
7	Il Consiglio dei Ministri n. 45 ha approvato il decreto-legge "Rilancio". Il Presidente Conte ha illustrato il provvedimento in conferenza stampa con i Ministri Gualtieri, Speranza, Patuanelli e Bellanova.
8	Il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, ha illustrato in conferenza stampa le misure contenute nel Dpcm di attuazione del Decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, in vigore da lunedì 18 maggio.
9	Il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, ha tenuto a Palazzo Chigi una conferenza stampa in merito alla riapertura degli spostamenti interregionali.

Una prima lettura della distribuzione delle risposte mostra una concentrazione nel corso del primo mese di apertura di indagine (grosso modo dal 17 di marzo all'11 di aprile): circa l'81% della totalità di risposte si registra in questo intervallo temporale. Un altro raggruppamento di una certa consistenza (circa il 13% del campione totale) si rileva nella seconda metà del mese di maggio (dal 15 al 25 di giugno).

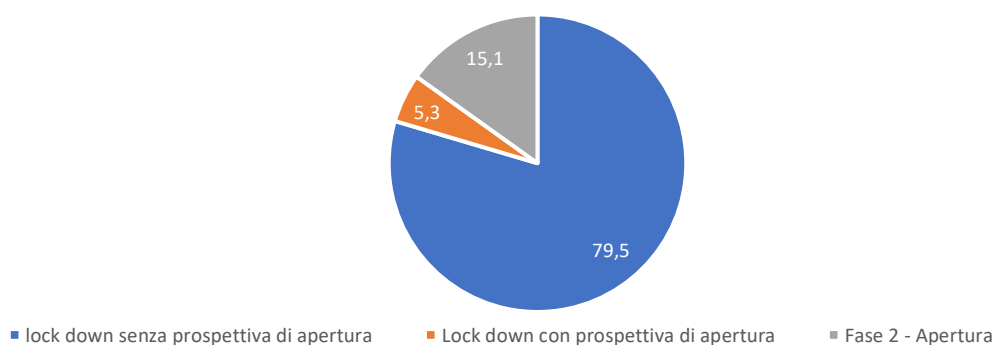
Nella lettura congiunta della cadenza e contenuti delle Conferenze stampa governative e il flusso delle risposte sono distinguibili almeno tre fasi distinte della pandemia:

- **Lock down senza prospettiva di apertura**, fase che raccoglie le risposte dal 17 di marzo al 10 di aprile e individua un arco temporale dove la chiusura delle attività produttive/lavorative e le misure restrittive continuano ad essere prorogate senza una reale indicazione di un punto di svolta. È una fase temporale ipoteticamente caratterizzata da più alta incertezza sulla portata di impatto della pandemia da un punto di vista sanitario, economico, sociale e relazionale. In questa fase della pandemia si concentra il 79,5% delle risposte del campione;
- **Lock down con prospettiva di apertura**, fase che raccoglie le risposte che vanno dall'11 di aprile al 3 maggio ed individua un intervallo di tempo in cui le misure e i limiti alle attività produttive/lavorative sono ancora vigenti ma si intravede la "luce in fondo al tunnel", ovvero una soglia percettivamente realistica oltre la quale è ipotizzabile un inizio ad una progressiva ripresa delle attività produttive/lavorative e ad un allentamento delle misure restrittive, soprattutto per gli spostamenti. È evidente come tale fase della pandemia agisca diversamente sulla percezione dei rispondenti in quanto si propone una *exit strategy*. In questa fase si raccoglie il 5,3% delle risposte complessive;

- **Fase 2 – apertura**, fase che raccoglie le risposte che vanno dal 4 di maggio fino alla chiusura dell'indagine (fine giugno) ed individua un intervallo di tempo in cui si entra nella fase della ripresa dei contatti sociali e relazionali e delle attività produttive e lavorative e in cui gli indici di diffusione della pandemia ne lasciano intendere un progressivo contenimento. È evidente come tale fase rappresenti un punto di passaggio tra il *“pessimismo della regione e l’ottimismo della volontà”*, tra il pessimismo della realtà vissuta nelle diverse fasi di *lockdown* e l’ottimismo della speranza per la percezione di vivere realmente l’inizio di una fase nuova. In questa fase si concentra il 15,1% delle risposte totali.

Il confronto tra le diverse fasi della pandemia, anche in questo caso, non si pone l’obiettivo di mettere a confronto blocchi di risposte numericamente sproporzionate **ma evidenziare se nel passaggio attraverso le diverse configurazioni che la pandemia assume si rilevino dei salti percettivi e dei comportamenti distinti.**

Figura 6 – Distribuzione delle risposte per data di compilazione

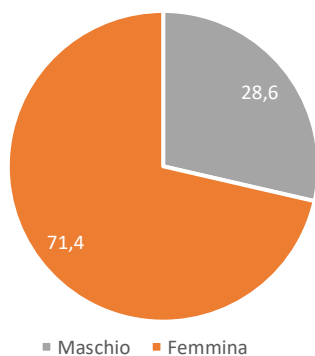


Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

## Anagrafica

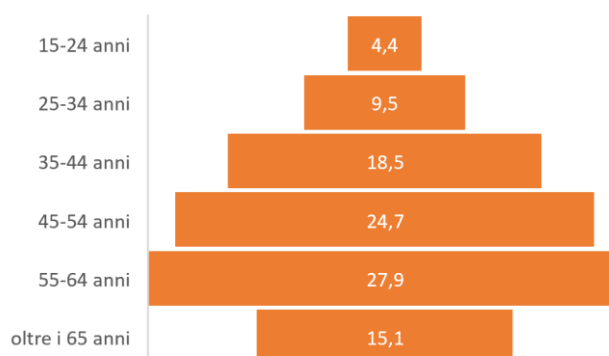
In una distribuzione per genere, **il 71,4% del campione è rappresentato dalla componente femminile** (Figura 7) mentre la componente maschile è sicuramente sottorappresentata (28,6%) evidenziando come lo strumento dell'indagine e le modalità e canali di disseminazione lungo cui l'indagine stessa si è mossa intercettino più frequentemente il mondo femminile. La quota maschile appare più bilanciata in Basilicata e nel Friuli Venezia Giulia mentre la quota femminile assume valori ancora più alti della media in Sardegna, Trentino Alto Adige, Molise e Liguria (Figura 10).

Figura 7 – Distribuzione per genere



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

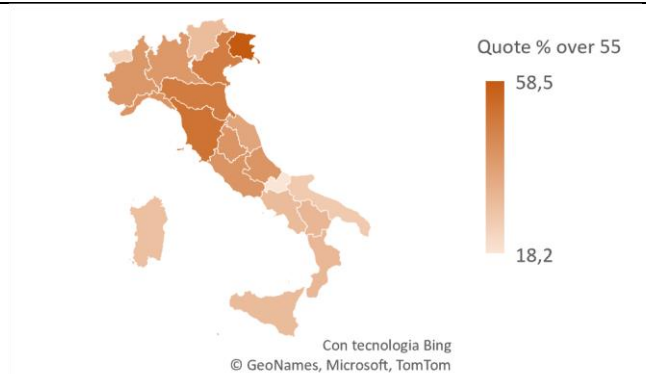
Figura 8 – Distribuzione per classi di età



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Il 67,7% del campione, e quindi circa 2 rispondenti su 3, ha più di 45 anni con una numerosità più pronunciata per chi rientra nella fascia 55-64 anni (25,4%). Gli under 35 rappresentano il 13,9% mentre gli over 55 il 43% con punte massime (Figura 9) in Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Veneto, Toscana.

Figura 9 – Quota % over 55 per regione



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

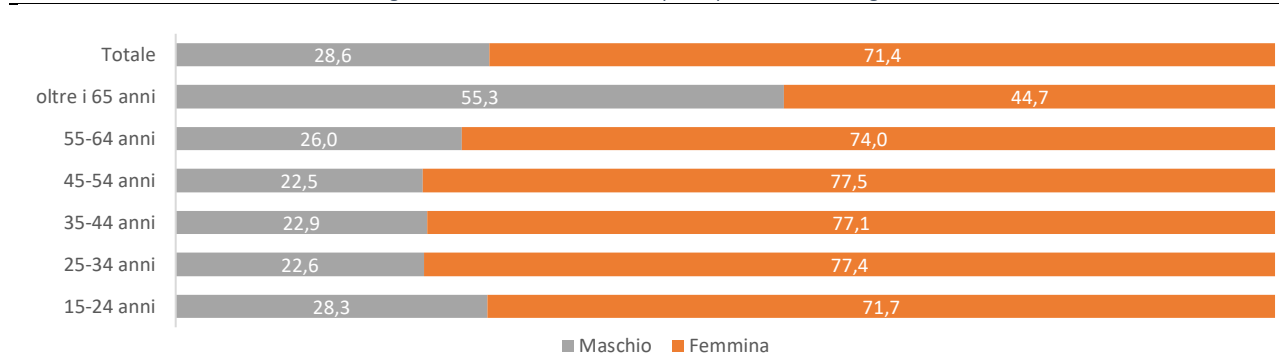
Figura 10 – Quote % donne per regione



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

In un incrocio per genere e classe di età si scorge come la componente femminile sia sempre preponderante mentre si mostri più bilanciata nella fascia over 65 anni, dove si registra l'unico caso in cui la componente maschile superi il 50% (55,3%) (Figura 11).

Figura 11 – Distribuzione delle risposte per classi di età e genere



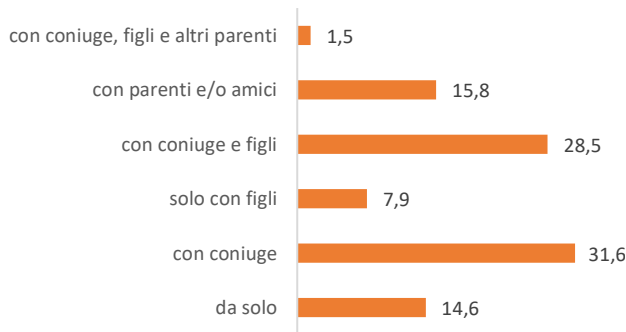
Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

## Dimensione abitativa

Nel tentativo di costruire una profilazione del rispondente e quindi possibili variabili esplicative che riescano meglio a spiegare la distribuzione delle risposte, l'indagine prevede nella sua parte introduttiva alcuni elementi relativi alla dimensione abitativa:

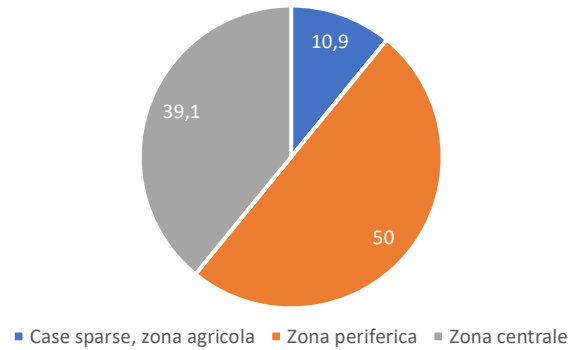
- Il 31,6% di chi risponde **vive solo** con il proprio coniuge e il 28,5% con coniuge e figli. Il 14,6% del campione vive da solo. A tal proposito, senza aver alcuna finalità rappresentativa, è da evidenziare come per gli over 65 la quota di chi vive da solo si alzi al 21,7% evidenziando un fenomeno già conosciuto e attenzionato per le conseguenze sociali, economiche e assistenziali che tale condizione abitativa comporta (Figura 14);
- La quota di chi vive da solo è significativamente più alta della media del campione in Abruzzo, Friuli Venezia Giulia e Piemonte;

Figura 12 – Con chi vivi?



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

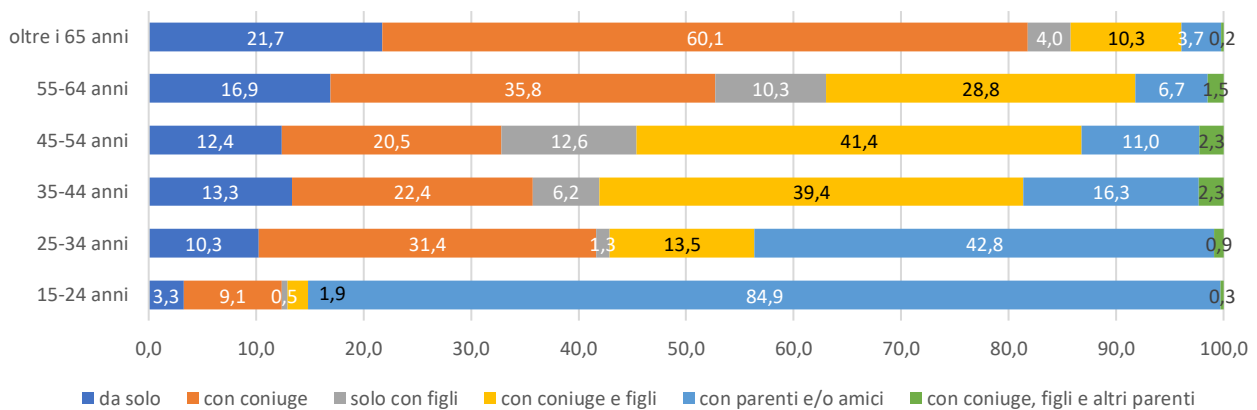
Figura 13 – Rispetto al Comune in cui vive, la sua abitazione si trova in? (%)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

- Considerata la centralità del **rapporto “centro-periferie”** nella dinamica percettiva, l’indagine rileva come il 50% del campione viva in una abitazione in zona periferica, il 39,1% in una zona centrale e il 10,9% in una zona agricola. Di interesse osservare come chi vive in aree periferiche raggiunga percentuali più alte della media campionaria in Lombardia, Lazio, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Basilicata.

Figura 14 – Modalità abitativa per classe di età



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

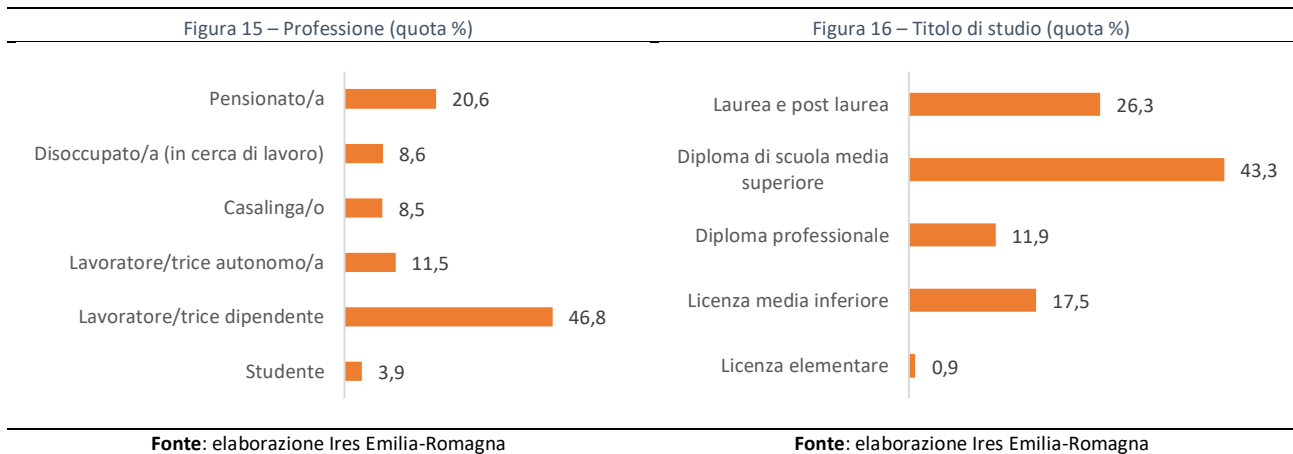
## Professione e titolo di studio

La costruzione del profilo del rispondente prosegue raccogliendo informazioni sugli elementi più riguardano la **posizione professionale** e il **titolo di studio**:

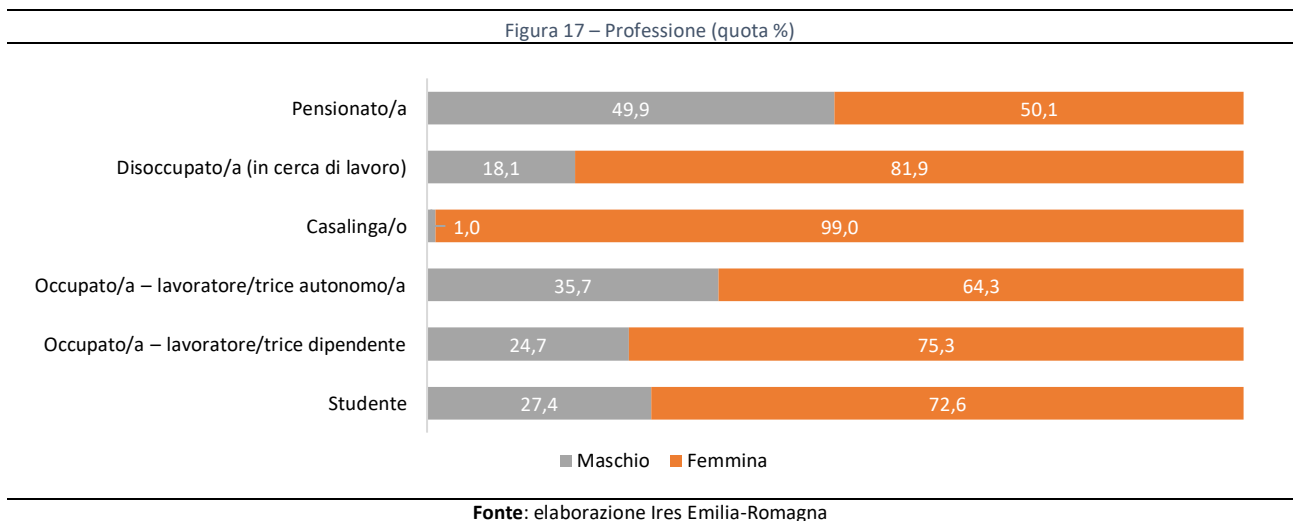
- In termini di composizione professionale, il campione raggiunge volumi numerici consistenti sia per popolazione attiva che per la popolazione formalmente inattiva. A tal proposito si evidenzia l’alta partecipazione di chi si classifica come **disoccupato**, ovvero in cerca di occupazione (8,6% del campione): la quota relativa di disoccupati raggiunge un peso quasi doppio rispetto alla media campionaria in Abruzzo, Basilicata, Campania, Calabria, Molise, Sardegna, Sicilia, Umbria e Valle d’Aosta;
- La larga parte del campione (46,8%) è rappresentato da **lavoratori dipendenti** la cui consistenza è evidentemente legata anche all’età lavorativa raggiungendo le quote più basse nelle code della

distribuzione per età anagrafica. Si rileva, d'altra parte, come il rapporto tra peso del lavoro dipendente e lavoro autonomo sia in linea con quello del mercato del lavoro nazionale rafforzando quindi la capacità rappresentativa del confronto. Il peso del lavoro dipendente è superiore alla media in Emilia-Romagna (53,3%), Lazio (52,5%), Marche (58,4%) e Valle d'Aosta (57,1%) mentre il lavoro autonomo pesa relativamente di più in Abruzzo, Basilicata, Campania, Sicilia e Umbria;

- **È pensionato circa 1 rispondente su 5** con punte massime in Friuli Venezia Giulia e Veneto. Così come per gli over 65, anche la composizione di pensionati appare bilanciato in una logica di genere (Figura 17);



- **Il 43,3% del campione ha un titolo di scuola media superiore mentre il 26,3% ha la laurea.** Si rileva come la quota di chi ha almeno la laurea raggiunga i valori relativamente più alti in Abruzzo, Calabria, Lazio e Umbria.



## I risultati dell'indagine

Una volta esaurita la descrizione della composizione del campione, il report entra ora nel cuore dell'indagine analizzando i risultati percettivi emersi dall'elaborazione delle informazioni raccolte. Se la prima parte risponde quindi ad una funzione strumentale, ovvero alla definizione e comprensione delle **variabili esplicative** attraverso cui guardare ai risultati dell'indagine, la seconda parte riporta la reazione percettiva di chi ha partecipato all'indagine a fronte delle sollecitazioni tematiche prodotte dalle domande.

In chiave metodologica corre l'obbligo precisare che tutti gli indicatori sintetici e tematici presenti nel report sono stati costruiti su una scala crescente 1 a 10, dove a 1 corrisponde il valore più basso e a 10 il valore più alto. In via interpretativa e valutativa appare opportuno sottolineare come in una scala 1-10 il valore mediano sia pari a 5,5 e quindi valori che si pongono al di sopra di tale soglia possono considerarsi generalmente in territorio positivo mentre valori al di sotto esprimono una valutazione più contenuta.

### La gestione dell'emergenza: il livello di fiducia verso gli attori istituzionali

L'indagine si apre con una domanda diretta ad indagare il **livello di fiducia** percepito verso i diversi soggetti istituzionali chiamati a giocare un ruolo decisionale nella gestione della crisi sanitaria: *“La gestione dell'emergenza Coronavirus ha visto l'intervento di diversi soggetti/attori istituzionali, qual è il grado di fiducia per ognuno dei soggetti di seguito riportati?”*. Osservando gli indicatori tematici prodotti è possibile notare come i depositari di maggior fiducia da parte dei cittadini siano la **Protezione civile** (7,4) e il **Sistema sanitario nazionale** (7,4). I livelli istituzionali amministrativi raggiungono in tutti i casi valori superiori alla soglia mediana e quindi raccolgono una fiducia complessivamente positiva. In termini relativi è il **livello regionale a godere di maggior fiducia**, poi il comune e in ultimo il Governo nazionale (Figura 18).

Figura 18 – Livello di fiducia verso i singoli soggetti impegnati nella gestione dell'emergenza Covid-19  
Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

In un confronto con i diversi livelli regionali si registra come lo stesso *pattern* interpretativo non si riproduca in tutte le regioni. Il Governo nazionale raccoglie un senso di fiducia massimo in Puglia e minimo in Lombardia, Molise e Val d'Aosta mentre **la fiducia media verso la Regione è massima in Emilia-Romagna** e Veneto e minima in Sardegna e Basilicata. In **Emilia-Romagna si riscontra anche la più alta fiducia media verso il livello comunale**. Il **Sistema sanitario nazionale gode di larga fiducia in tutte le regioni ma**, in generale, **sembra mostrare un rapporto fiduciario più alto nelle regioni del nord e più contenuto nelle regioni del Sud**. Tale divario territoriale non sembra invece riscontrarsi se si guarda alla dimensione fiduciaria verso la Protezione Civile.

Tabella 1 - Livello di fiducia verso i singoli soggetti impegnati nella gestione dell'emergenza Covid-19 per regione, Indicatore da 1=min a 10=max

	Governo nazionale	Regione	Comune	Sistema sanitario nazionale	Protezione civile
Abruzzo	6,4	5,3	5,8	7,0	7,0
Basilicata	6,1	4,5	5,3	6,6	6,6
Calabria	6,6	5,2	6,3	6,5	7,0
Campania	6,0	7,2	5,6	6,7	6,8
Emilia-Romagna	6,3	7,7	7,0	7,9	7,7
Friuli Venezia Giulia	5,8	6,9	6,3	7,5	7,8
Lazio	6,4	5,6	5,1	7,4	7,4
Liguria	5,6	6,1	5,9	6,8	7,4
Lombardia	5,5	5,6	6,3	7,4	7,4
Marche	5,8	5,7	5,9	7,1	7,4
Molise	5,5	4,5	5,1	5,5	5,7
Piemonte	5,6	5,7	5,7	7,2	7,1
Puglia	6,5	6,6	6,6	6,9	7,1
Sardegna	6,3	4,2	5,7	6,3	7,0
Sicilia	6,4	5,4	5,7	6,9	7,3
Toscana	6,3	6,3	6,6	7,5	7,5
Trentino Alto Adige	5,9	6,1	5,8	6,5	7,3
Umbria	5,9	5,3	6,0	8,0	7,6
Valle d'Aosta	5,4	3,9	5,3	7,2	7,8
Veneto	5,9	7,5	6,6	7,7	7,8
<b>Totale</b>	<b>6,1</b>	<b>6,5</b>	<b>6,3</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>

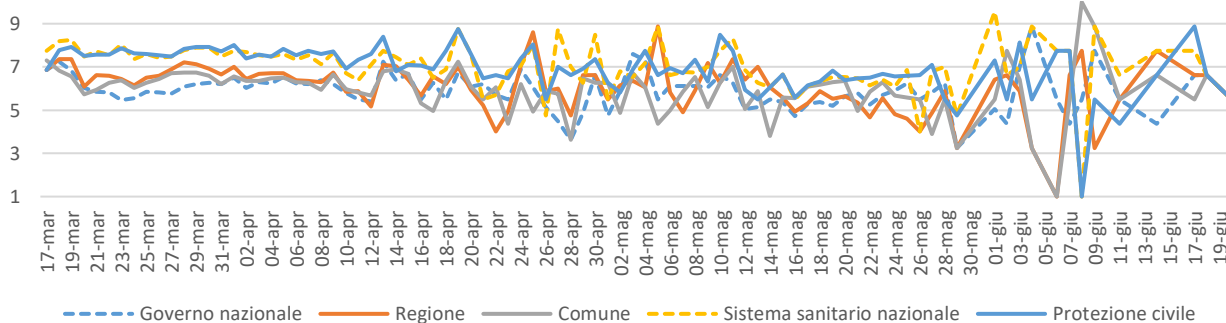
Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Incrociando gli indici di fiducia tematici per le singole variabili esplicative si registra come:

- Non esiste una tendenziale differenza del senso di fiducia in base al **genere** mentre è possibile notare **indici di fiducia più alti per gli over 65 anni** e più bassi per gli under 25;
- In generale la collocazione dell'**abitazione** non sembra agire sul senso di fiducia nel campione mentre chi vive da solo sembra, generalmente, essere meno fiducioso di chi vive con altri e soprattutto di chi vive con coniuge e figli;
- In generale i **lavoratori autonomi** hanno meno fiducia dei lavoratori dipendenti e soprattutto registrano una fiducia media più bassa verso il Governo. Anche i **disoccupati** mostrano livelli di fiducia relativamente più bassi verso tutti i livelli istituzionali (Comune, Regione e Governo). In ultimo i **pensionati** mostrano il più alto senso di fiducia verso tutti i soggetti chiamati a gestire la crisi sanitaria;
- Il **titolo di studio** non sembra mostrare una correlazione con la dimensione fiduciaria. Solo rispetto al Governo si nota come l'indice di fiducia cresca al crescere del titolo di studio e trovi la massima espressione per chi ha almeno la laurea

Se leggiamo l'evoluzione temporale della dimensione fiduciaria, è possibile osservare come fino al 10 di aprile, e quindi verosimilmente fino alla Conferenza stampa del Governo che ha annunciato la riapertura delle attività dopo il 3 di maggio, il *pattern* interpretativo sembra reggere confermando le priorità lungo la scala fiduciaria. **Dopo il 10 di aprile**, registrando una più forte accelerazione alla fine di maggio, **la dimensione fiduciaria non segue più il pattern iniziale ma disegna traiettorie molto altalenanti** fino alla fine del tempo di apertura dell'indagine (Figura 19). Tale tendenza è spiegata sicuramente dalla diversa numerosità del campione ma anche da una generale flessione del senso di fiducia verso chi è chiamato alla gestione della crisi finanziaria e a giudizi certamente meno convergenti.

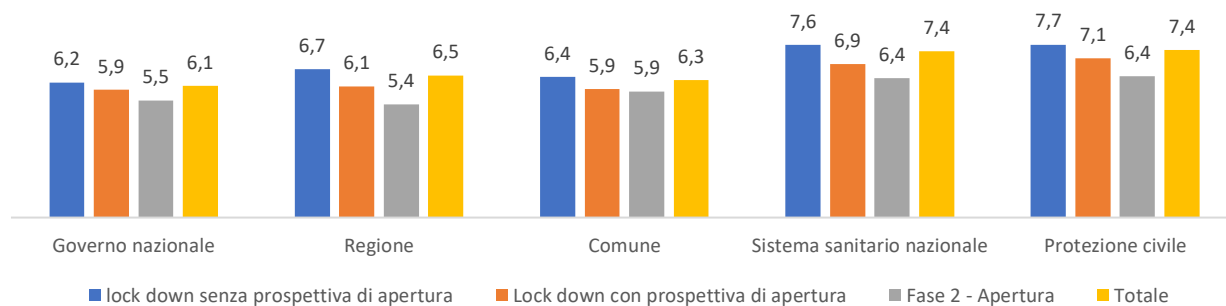
Figura 19 – Livello di fiducia verso i singoli soggetti impegnati nella gestione dell'emergenza Covid-19 nel tempo  
Indicatore da 1 a 10 (da 1=min a 10=max)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Il confronto della dimensione fiduciaria per le fasi della pandemia conferma questa tendenza e introduce nuovi elementi di analisi (Figura 20). La fiducia verso le istituzioni si abbassa radicalmente passando dalla fase di “lock down senza prospettiva di apertura” alla fase di “lock down con prospettiva di apertura” per poi precipitare nel corso della cosiddetta Fase 2 di apertura delle attività produttive e lavorative. In termini relativi a calare più rapidamente è il livello regionale mentre il comune è il livello istituzionale per cui la fiducia scende ma in forma più contenuta. È da evidenziare, tuttavia, come per Comune, Sistema sanitario nazionale e Protezione Civile la fiducia scenda ma si mantenga sempre su livelli superiori al valore mediano. Per Governo nazionale e Regione, invece, la caduta della fiducia raggiunge il livello mediano mostrando un elemento di maggiore criticità (Figura 20).

Figura 20 – Livello di fiducia verso i singoli soggetti impegnati nella gestione dell'emergenza Covid-19 per fasi della pandemia  
Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Per evitare di costruire riflessioni su indicatori costruiti su poche “voci” a livello regionale, si è deciso di soffermare l’attenzione solo sulle regioni con la più alta numerosità di risposta (Tabella 2). In particolare si rileva come per l’**Emilia-Romagna** la caduta della fiducia si rintracci principalmente nei confronti del Governo (il cui indicatore di fiducia cade da 6,4 a 5,3) il cui indice di fiducia specifico scende sotto la soglia del valore mediano. Diversamente la fiducia verso la Regione scende ma continua a rimanere abbondantemente in territorio positivo. In **Lombardia** l’indice di fiducia verso il Governo nazionale continua a muoversi lungo il valore mediano mentre a scendere drasticamente è il senso di fiducia verso la Regione che crolla dal 6,1 al 3,8, ovvero un livello di fiducia tra i più bassi in un confronto interregionale e sicuramente il più basso tra le regioni maggiormente rappresentate nel nostro campione. Anche nel **Piemonte** ad una caduta importante di fiducia verso il Governo nazionale si registra una flessione sensibile anche della fiducia verso la Regione.

Nel **Veneto** ad una caduta dell'indice di fiducia verso il Governo in linea con la media campionaria, si assiste ad una crescita di fiducia verso la Regione. Anche in **Toscana** il senso di fiducia verso il Governo scende con un trend più contenuto rispetto alla media campionaria e la fiducia verso la Regione cresce.

Tabella 2 – Fiducia verso le istituzioni per fasi della pandemia e per regione, Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)

Fasi della pandemia		Governo nazionale	Regione	Comune	Sistema sanitario nazionale	Protezione civile
Abruzzo	lock down senza prospettiva di apertura	6,8	5,6	6,1	7,4	7,4
	Lock down con prospettiva di apertura	4,0	3,5	3,5	5,8	5,5
	Fase 2 - Apertura	5,3	4,0	5,4	4,8	5,6
	<b>Totale</b>	<b>6,4</b>	<b>5,3</b>	<b>5,8</b>	<b>7,0</b>	<b>7,0</b>
Basilicata	lock down senza prospettiva di apertura	6,2	4,5	5,4	6,7	6,8
	Lock down con prospettiva di apertura	6,6	6,6	7,8	7,8	6,6
	Fase 2 - Apertura	3,3	4,0	3,3	5,5	4,0
	<b>Totale</b>	<b>6,1</b>	<b>4,5</b>	<b>5,3</b>	<b>6,6</b>	<b>6,6</b>
Calabria	lock down senza prospettiva di apertura	6,5	5,4	6,1	6,5	7,1
	Lock down con prospettiva di apertura	7,2	6,0	7,2	7,4	6,4
	Fase 2 - Apertura	6,4	3,8	6,3	6,3	7,0
	<b>Totale</b>	<b>6,6</b>	<b>5,2</b>	<b>6,3</b>	<b>6,5</b>	<b>7,0</b>
Campania	lock down senza prospettiva di apertura	6,1	7,2	5,7	6,9	7,1
	Lock down con prospettiva di apertura	5,6	7,4	5,9	6,6	6,9
	Fase 2 - Apertura	5,6	7,2	5,2	5,8	5,8
	<b>Totale</b>	<b>6,0</b>	<b>7,2</b>	<b>5,6</b>	<b>6,7</b>	<b>6,8</b>
Emilia-Romagna	lock down senza prospettiva di apertura	6,4	7,7	7,0	8,0	7,8
	Lock down con prospettiva di apertura	6,0	7,3	6,2	7,4	7,2
	Fase 2 - Apertura	5,3	7,0	6,5	6,8	6,6
	<b>Totale</b>	<b>6,3</b>	<b>7,7</b>	<b>7,0</b>	<b>7,9</b>	<b>7,7</b>
Friuli Venezia Giulia	lock down senza prospettiva di apertura	5,9	7,0	6,4	7,6	7,9
	Lock down con prospettiva di apertura	4,9	6,3	5,4	6,5	7,6
	Fase 2 - Apertura	5,2	6,2	5,7	7,1	6,6
	<b>Totale</b>	<b>5,8</b>	<b>6,9</b>	<b>6,3</b>	<b>7,5</b>	<b>7,8</b>
Lazio	lock down senza prospettiva di apertura	6,5	5,7	5,0	7,5	7,6
	Lock down con prospettiva di apertura	6,9	5,8	5,3	7,4	7,4
	Fase 2 - Apertura	5,9	5,0	5,1	6,5	6,1
	<b>Totale</b>	<b>6,4</b>	<b>5,6</b>	<b>5,1</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>
Liguria	lock down senza prospettiva di apertura	5,6	6,6	6,2	7,3	7,5
	Lock down con prospettiva di apertura	5,7	6,2	6,9	6,2	7,8
	Fase 2 - Apertura	5,6	4,9	5,2	6,1	7,1
	<b>Totale</b>	<b>5,6</b>	<b>6,1</b>	<b>5,9</b>	<b>6,8</b>	<b>7,4</b>
Lombardia	lock down senza prospettiva di apertura	5,5	6,1	6,4	7,8	7,7
	Lock down con prospettiva di apertura	5,9	5,2	6,5	7,2	7,2
	Fase 2 - Apertura	5,2	3,8	5,9	6,3	6,4
	<b>Totale</b>	<b>5,5</b>	<b>5,6</b>	<b>6,3</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>
Marche	lock down senza prospettiva di apertura	5,9	5,9	5,9	7,4	7,6
	Lock down con prospettiva di apertura	5,7	4,8	6,6	5,5	6,9
	Fase 2 - Apertura	5,5	5,6	5,5	6,3	6,7
	<b>Totale</b>	<b>5,8</b>	<b>5,7</b>	<b>5,9</b>	<b>7,1</b>	<b>7,4</b>
Molise	lock down senza prospettiva di apertura	5,5	4,8	5,0	6,3	6,0
	Lock down con prospettiva di apertura	5,5	5,5	7,8	3,3	5,5
	Fase 2 - Apertura	5,5	1,0	3,3	1,0	3,3
	<b>Totale</b>	<b>5,5</b>	<b>4,5</b>	<b>5,1</b>	<b>5,5</b>	<b>5,7</b>
Piemonte	lock down senza prospettiva di apertura	5,9	6,3	5,8	7,7	7,6
	Lock down con prospettiva di apertura	5,8	4,5	5,3	6,6	6,3
	Fase 2 - Apertura	4,8	4,2	5,7	5,9	5,7
	<b>Totale</b>	<b>5,6</b>	<b>5,7</b>	<b>5,7</b>	<b>7,2</b>	<b>7,1</b>
Puglia	lock down senza prospettiva di apertura	6,5	6,6	6,8	7,2	7,3
	Lock down con prospettiva di apertura	6,6	6,9	5,4	5,7	6,7
	Fase 2 - Apertura	6,0	6,4	5,8	5,9	6,6
	<b>Totale</b>	<b>6,5</b>	<b>6,6</b>	<b>6,6</b>	<b>6,9</b>	<b>7,1</b>
Sardegna	lock down senza prospettiva di apertura	6,2	4,3	5,5	6,5	7,2
	Lock down con prospettiva di apertura	7,8	5,3	7,5	6,5	8,3
	Fase 2 - Apertura	6,3	3,9	5,7	5,8	6,4
	<b>Totale</b>	<b>6,3</b>	<b>4,2</b>	<b>5,7</b>	<b>6,3</b>	<b>7,0</b>
Sicilia	lock down senza prospettiva di apertura	6,6	5,6	5,8	7,2	7,6
	Lock down con prospettiva di apertura	6,2	4,5	4,1	6,2	6,8
	Fase 2 - Apertura	5,4	4,8	5,5	6,1	6,3
	<b>Totale</b>	<b>6,4</b>	<b>5,4</b>	<b>5,7</b>	<b>6,9</b>	<b>7,3</b>

Toscana	lock down senza prospettiva di apertura	6,4	6,2	6,6	7,6	7,6
	Lock down con prospettiva di apertura	5,9	5,8	6,3	6,6	7,1
	Fase 2 - Apertura	6,1	6,5	6,9	7,3	7,1
	<b>Totale</b>	<b>6,3</b>	<b>6,3</b>	<b>6,6</b>	<b>7,5</b>	<b>7,5</b>
Trentino Alto Adige	lock down senza prospettiva di apertura	6,1	6,7	6,1	7,5	8,2
	Lock down con prospettiva di apertura	4,8	5,5	6,3	5,5	6,3
	Fase 2 - Apertura	5,6	5,2	5,2	5,1	6,0
	<b>Totale</b>	<b>5,9</b>	<b>6,1</b>	<b>5,8</b>	<b>6,5</b>	<b>7,3</b>
Umbria	lock down senza prospettiva di apertura	5,9	5,2	6,0	8,0	7,6
	Lock down con prospettiva di apertura	5,1	6,4	6,4	7,8	6,9
	Fase 2 - Apertura	6,3	5,3	5,7	8,2	7,8
	<b>Totale</b>	<b>5,9</b>	<b>5,3</b>	<b>6,0</b>	<b>8,0</b>	<b>7,6</b>
Valle d'Aosta	lock down senza prospettiva di apertura	5,4	4,2	5,6	7,5	7,8
	Lock down con prospettiva di apertura	4,9	3,3	4,4	6,6	8,3
	Fase 2 - Apertura	6,3	2,5	4,0	4,0	7,0
	<b>Totale</b>	<b>5,4</b>	<b>3,9</b>	<b>5,3</b>	<b>7,2</b>	<b>7,8</b>
Veneto	lock down senza prospettiva di apertura	6,0	7,4	6,7	7,9	7,9
	Lock down con prospettiva di apertura	5,3	7,5	5,7	7,2	7,6
	Fase 2 - Apertura	5,5	7,6	6,3	6,9	6,9
	<b>Totale</b>	<b>5,9</b>	<b>7,5</b>	<b>6,6</b>	<b>7,7</b>	<b>7,8</b>

Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Considerata l'alta numerosità del campione dell'**Emilia-Romagna** anche in una ripartizione provinciale e considerata la centralità di Federconsumatori Emilia-Romagna nella promozione dell'indagine, è possibile introdurre alcuni elementi di lettura comparativa tra le diverse **province**. In linea di metodo è opportuno ricordare come la scomposizione del campione sulla base di due variabili (provincia e fase della pandemia) implichi una numerosità per singolo incrocio tale da preferire, in via prudenziale, una lettura del solo dato aggregato nella sua evoluzione temporale. Fatta salva questa premessa di metodo, l'osservazione provinciale mostra alcuni elementi di rilievo:

- In linea di massima la classifica generale della fiducia verso le istituzioni registrata per il campione complessivo viene pressoché mantenuta in tutte le province con ai primi posti il Sistema Sanitario nazionale e la Protezione Civile, seguita in ordine da Regione, Comune e Governo. In realtà, in alcune province, la Regione guadagna posizioni e supera in termini di rapporto fiduciario la Protezione Civile (**Bologna, Modena, Reggio Emilia**) e anche lo stesso Sistema Sanitario Nazionale (**Ravenna**);
- In generale la fiducia nel Governo nazionale supera sempre il valore mediano (5,5) e quindi si colloca in territorio positivo, con la sola eccezione per **Piacenza** dove si registra un punteggio relativamente più basso in tutte le fasi della pandemia. La fiducia verso il Governo nazionale raggiunge il punteggio massimo a Bologna, Ravenna e Reggio Emilia;
- La fiducia per la Regione Emilia-Romagna è sempre altamente positiva e raggiunge i punteggi massimi a **Bologna e Reggio Emilia** e minimi, ma sempre in territorio ampiamente positivo, a **Piacenza**. La poca consistenza del campione non permette di offrire letture robuste lungo l'asse temporale, è però da sottolineare come la fiducia verso la Regione si mantenga alta anche attraverso le diverse fasi della pandemia;
- Le province che nel corso della pandemia vivono la caduta più rapida dell'indice sintetico di fiducia verso i diversi livelli istituzioni sono **Piacenza e Rimini** mostrando un trend più rapido di quanto rilevato per la media nazionale e regionale. Nei territori regionali in cui le misure restrittive sono state generalmente più stringenti si vive, dunque, il maggior calo di fiducia complessiva dei cittadini verso le istituzioni;
- La fiducia verso il Comune come livello istituzionale si colloca sempre in territorio positivo e raggiunge il punteggio massimo a Reggio Emilia, Bologna e Ravenna. Unica eccezione a questa lettura

è **Ferrara** per cui il Comune esprime un livello di fiducia relativamente più basso e in una zona limite tra territorio positivo e negativo.

Tabella 3 - Fiducia verso le istituzioni per fasi della pandemia e province in Emilia-Romagna, *Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)*

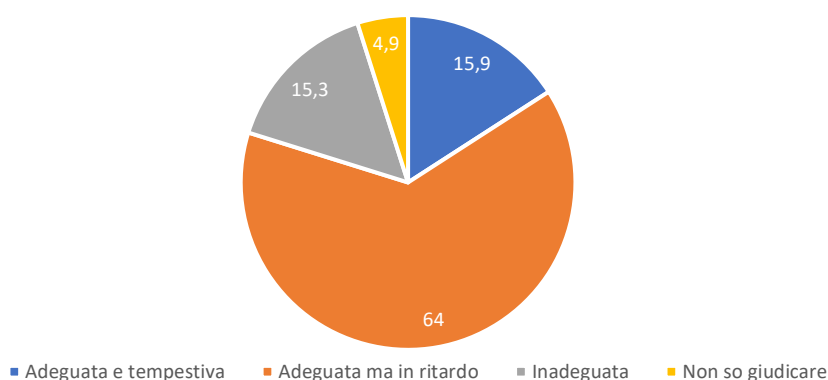
Fase della pandemia	Governo nazionale	Regione	Comune	Sistema sanitario nazionale	Protezione civile
Bologna	6,6	7,9	7,3	8,0	7,5
Ferrara	6,2	7,3	5,5	7,7	7,4
Forlì-Cesena	6,0	7,5	6,9	7,9	8,1
Modena	6,4	7,8	6,9	7,9	7,7
Parma	6,1	7,5	6,8	7,9	7,8
Piacenza	5,4	6,9	6,8	7,6	7,6
Ravenna	6,6	7,8	7,3	7,7	7,5
Reggio Emilia	6,6	8,1	7,7	8,1	8,0
Rimini	6,2	7,4	7,0	7,9	7,6

Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

## La reazione delle istituzioni italiane

Strettamente legato all'evoluzione del senso di fiducia verso i livelli istituzionali è la valutazione che si dà alla reazione nazionale rispetto agli altri comportamenti assunti dalle altre nazioni. **La larga parte del campione (79,9%) valuta adeguata la reazione messa in campo dalle istituzioni italiane per fronteggiare la crisi**, il 15,3% la reputa inadeguata e il 4,9% sospende il giudizio. **Ma tra chi valuta adeguata la reazione, l'80% ritiene le misure comunque in ritardo e solo il 20% le giudica, invece, anche tempestive**. Incrociando i giudizi con gli indici di fiducia appare evidente come esiste una correlazione: in media chi giudica "inadeguata" la reazione delle istituzioni mostra bassi indici di fiducia verso tutti i soggetti chiamati a gestire la crisi sanitaria ed in particolare verso il Governo (con un indice di fiducia pari a 3,05 a fronte di una media pari a 6,1) mentre chi la giudica "adeguata e tempestiva" mostra indici di fiducia generalmente molto alti e particolarmente verso il Governo (8,2).

Figura 21 – Come valuta la reazione delle istituzioni italiane (Governo, Regione e Comune) di fronte all'emergenza Coronavirus rispetto agli altri comportamenti nazionali?



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

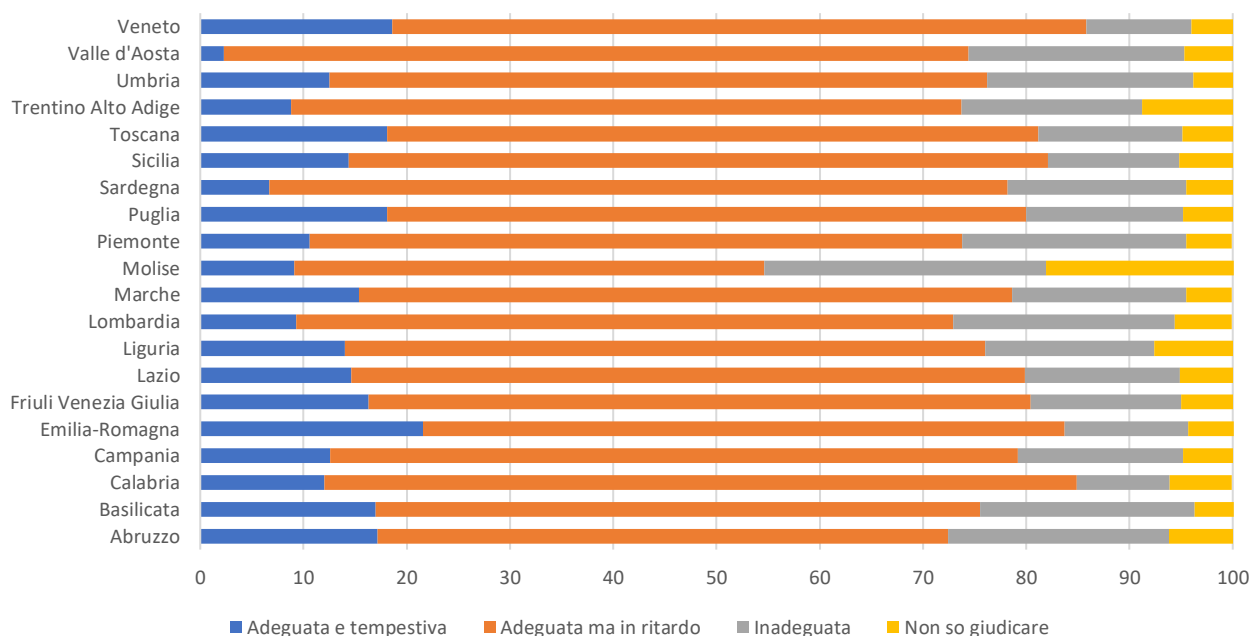
L'incrocio per le diverse variabili esplicative suggerisce alcune osservazioni:

- L'analisi di **genere** non mostra particolare difformità nel giudizio se non una quota più alta nelle donne di chi sospende il giudizio per mancanza di elementi;

- Diversamente la distribuzione per **classe di età** evidenzia come la severità di giudizio diminuisca al crescere dell'età anagrafica: se per gli under 44 la quota di chi valuta *"adeguata e tempestiva"* la reazione delle istituzioni italiane è in media pari al 13,8% per gli over 65 sale al 21%. Da evidenziare, inoltre, come tra gli under 25 la quota di chi non sa giudicare è doppia rispetto alla media rilevando una criticità perlomeno informativa;
- Rispetto alla **dimensione abitativa** si segnala come la severità di giudizio sia maggiore per chi vive da solo mentre è minima per chi vive con la famiglia allargata rilevando come l'isolamento "sociale" durante il *lock down* possa essere stato vissuto diversamente dalle persone; il rapporto centro-periferia, invece, non mostra diversità di rilievo;
- La lettura per posizione professionale mostra come siano i **lavoratori autonomi e i disoccupati** a raggiungere le quote più alte di chi valuta *"inadeguata"* la reazione delle istituzioni (rispettivamente il 22,4% e 21% a fronte del 15,3% di media) mentre tra i pensionati si registra la valutazione più positiva;
- La **positività di giudizio cresce al crescere del titolo di studio**: per chi ha almeno la laurea si rileva la più alta percentuale di chi giudica *"adeguata e tempestiva"* la reazione delle istituzioni e, al contempo la percentuale più bassa di chi la valuta *"inadeguata"*.

La lettura della valutazione per singola regione evidenzia come **in Emilia-Romagna si raggiunga la quota più alta** (21,6% a fronte di una media del 15,9%) **di chi valuta *"adeguata e tempestiva"*** la reazione delle istituzioni insieme a Veneto, Puglia e Toscana. Diversamente chi la valuta *"inadeguata"* raggiunge quote significativamente superiore alla media in **Lombardia** (21,5% a fronte di una media del 15,3%), **Piemonte** (21,7%), **Abruzzo, Umbria, Basilicata e Valle d'Aosta**.

Figura 22 – Valutazione della reazione delle istituzioni italiane (Governo, Regione e Comune) di fronte all'emergenza Coronavirus per regione

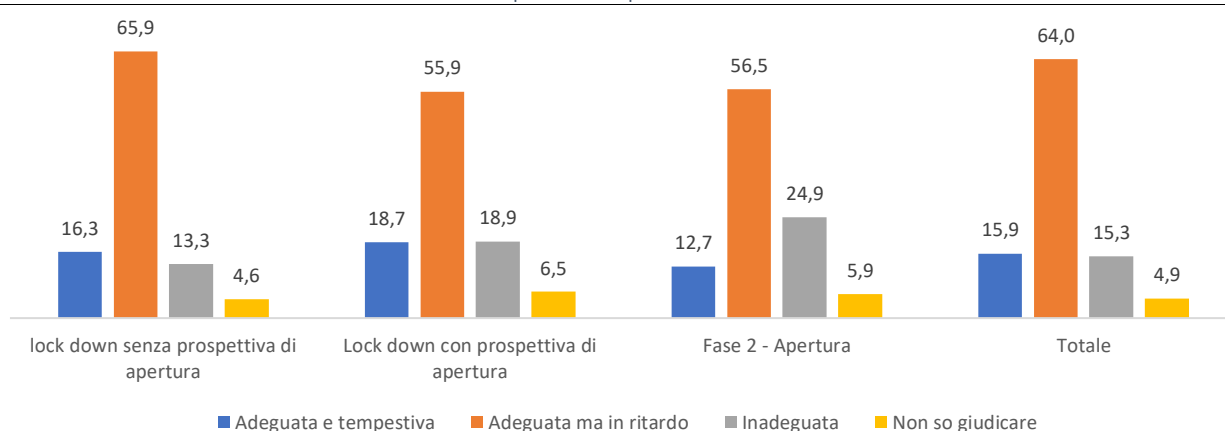


Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Anche in questo caso la variabile che evidenzia una maggiore asimmetria nella distribuzione delle risposte e quindi intercetta più di altre i salti di comportamento e/o valutazione è la fase della pandemia. **I giudizi si fanno più severi al protrarsi della pandemia**: se la valutazione di inadeguatezza della reazione era minima

(13,3%) nella prima fase di “lock down senza prospettiva di apertura” raggiunge il suo picco massimo (24,9%) con la fase 2 di riapertura della attività produttive e lavorative. L’evoluzione della valutazione rispetto alla reazione sembra mostrare **una difformità di giudizio tra reazione delle istituzioni alla crisi sanitaria e reazione alla crisi economica post lock down**. L’evoluzione valutativa verso una più alta severità di giudizio si constata in tutte le regioni ma con diversa velocità: in **Emilia-Romagna** la quota di chi giudica “inadeguata” la reazione delle istituzioni passa dall’11% della fase iniziale del lockdown al 21% della cosiddetta fase 2, in **Friuli Venezia Giulia** dal 12,4% al 25%, nel **Lazio** dal 13,8% al 20,2%, in **Lombardia** dal 17,8% al 34,6%, nelle **Marche** dal 15,2% al 25,9%, in **Piemonte** dal 17,7 al 31,9%, in **Toscana** dall’11,3% al 23,9%. L’unica regione - con una numerosità del campione che permette una qualche elaborazione – in cui la valutazione non sembra agganciarsi alla dinamica generale sembra essere il **Veneto** in cui la quota di chi reputa inadeguata la reazione delle istituzioni rimane sostanzialmente inalterata attraverso le diverse fasi della gestione della pandemia.

Figura 23 – Valutazione della reazione delle istituzioni italiane (Governo, Regione e Comune) di fronte all’emergenza Coronavirus per fasi della pandemia



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

## Informazione

Durante la pandemia gli strumenti di informazione e comunicazione hanno certamente giocato un ruolo di rilievo nella diffusione delle notizie, nella costruzione del consenso, nell’alimentazione delle paure, nella sollecitazione delle percezioni e delle emozioni. Un ruolo passivo, dal punto di vista dei cittadini, ed un ruolo attivo, per chi è stato chiamato a gestire la crisi sanitaria. **Prioritariamente l’informazione sui temi relativi al Coronavirus è passata attraverso la televisione nazionale e i social network**, poi attraverso i giornali *on line* e i siti web istituzionali e solo marginalmente attraverso la radio, quotidiani e riviste specialistiche. Il ricorso a strumenti di informazione sempre più digitali e sempre meno “analogici”, tuttavia, non è un passaggio da imputare alla pandemia ma è un fenomeno che risale almeno agli ultimi 30 anni<sup>1</sup>.

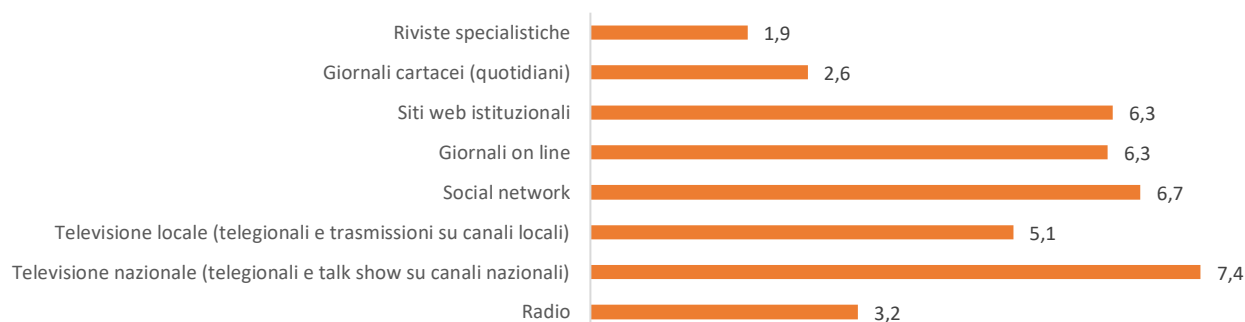
L’incrocio con le variabili esplicative mostra come:

- La variabile di **genere** mostri un maggior orientamento delle donne a informarsi attraverso i *social network* e i giornali *on line*;
- Si confermi una **relazione inversa tra utilizzo della informazione digitale e l’età anagrafica**;
- Emerga una relazione positiva tra **titolo di studio** e lettura dei giornali *on line* e attraverso i siti *web* istituzionali;

<sup>1</sup> M. Castells (1996) *The Rise of Network Society*, New York; trad. it. *La nascita della società in rete*, Milano 2002.

- In generale **l'informazione cresce al crescere dell'età anagrafica** e per chi vive da solo si rileva il livello di informazione più contenuto.

Figura 24 – In questo periodo, attraverso quali canali si informa sui temi relativi al Coronavirus?  
Indicatore da 1 a 10 (da 1=mai a 10=sempre)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

**I processi di costruzione delle informazioni relativamente al Coronavirus seguono lo stesso schema per tutte le regioni: principalmente attraverso la televisione nazionale e poi attraverso i social network.** In generale si ravvisa una informazione più intensa nelle regioni del Sud soprattutto per un ricorso più diffuso alle riviste specialistiche e dei giornali cartacei e una maggior intensità dell'informazione attraverso la televisione nazionale.

Tabella 4 – Canali di informazione durante il Covid-19 per regione, Indicatore da 1 a 10 (da 1=mai a 10=sempre)

	Radio	Televisione nazionale	Televisione locale	Social network	Giornali on line	Siti web istituzionali	Giornali cartacei (quotidiani)	Riviste specialistiche
Abruzzo	2,9	7,9	5,5	7,1	6,4	6,5	2,7	2,3
Basilicata	3,4	7,7	6,2	7,4	5,9	5,9	2,1	2,2
Calabria	2,8	8,3	5,6	7,6	6,2	7,3	2,2	2,2
Campania	2,8	7,6	5,3	7,5	6,4	7,3	2,1	2,0
Emilia-Romagna	3,3	7,4	4,9	6,7	6,3	6,4	2,9	1,8
Friuli Venezia Giulia	4,0	7,5	6,0	5,9	5,7	5,4	3,5	2,0
Lazio	3,2	7,6	4,5	6,7	6,6	6,6	2,2	1,8
Liguria	2,8	6,6	5,3	6,7	6,0	6,6	2,3	1,5
Lombardia	3,2	7,2	4,8	6,5	6,2	6,0	2,5	1,9
Marche	2,8	7,4	5,0	7,2	5,7	7,0	2,3	2,0
Molise	4,1	7,5	5,7	8,0	5,5	4,9	1,2	1,4
Piemonte	3,3	6,9	4,5	6,5	6,6	6,4	2,6	2,0
Puglia	3,0	7,6	5,5	7,3	6,1	6,5	2,1	2,1
Sardegna	3,1	7,4	6,0	7,2	6,8	7,1	2,6	2,1
Sicilia	2,8	7,7	5,3	7,2	6,7	6,8	2,2	2,0
Toscana	3,2	7,6	5,1	6,3	6,2	6,1	2,6	1,9
Trentino Alto Adige	2,8	6,3	6,2	6,5	5,8	6,3	2,8	1,6
Umbria	2,6	8,0	5,2	7,2	5,9	6,5	2,1	1,7
Valle d'Aosta	2,8	7,5	6,3	6,7	7,4	6,1	2,3	1,4
Veneto	3,6	7,1	5,5	6,0	5,9	5,7	2,8	1,9
<b>Totale</b>	<b>3,2</b>	<b>7,4</b>	<b>5,1</b>	<b>6,7</b>	<b>6,3</b>	<b>6,3</b>	<b>2,6</b>	<b>1,9</b>

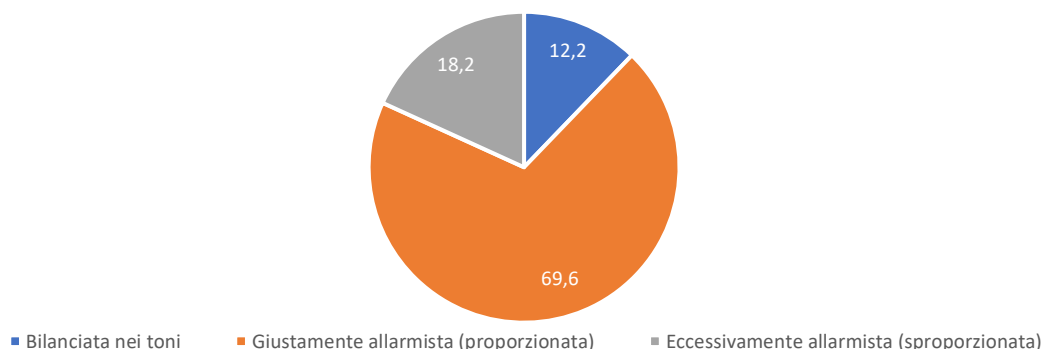
Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Generalmente è possibile osservare come **l'indice sintetico di comunicazione**, ovvero la media di tutti gli indicatori costruiti sui singoli canali di comunicazione, mostri valori più contenuti per chi valuta *“inadeguata”* la reazione delle istituzioni alle diverse crisi poste dalla pandemia. Diversamente in corrispondenza di chi valuta *“adeguata e tempestiva”* si riscontra il più alto indice di comunicazione sintetico e quindi un ricorso più estensivo dei diversi strumenti di informazione. È da precisare, tuttavia, come **tra chi valuta positivamente la reazione delle istituzioni prevale la costruzione delle basi informative attraverso lo**

**strumento televisivo** mentre in chi ha una visione più critica si registri un maggior bilanciamento tra televisione e strumenti digitali.

A prescindere dal canale di informazione, **la larga parte del campione (69,6%) ritiene che il mondo dell'informazione sia stato "giustamente allarmista"** e quindi abbia usato toni e modi eccessivi ma giustificati dalla drammaticità del momento. Il 18,2%, invece, lamenta un uso "eccessivamente allarmista" della gestione delle informazioni mentre il 12,2% del campione pensa che i toni usati dai media sia stato bilanciato.

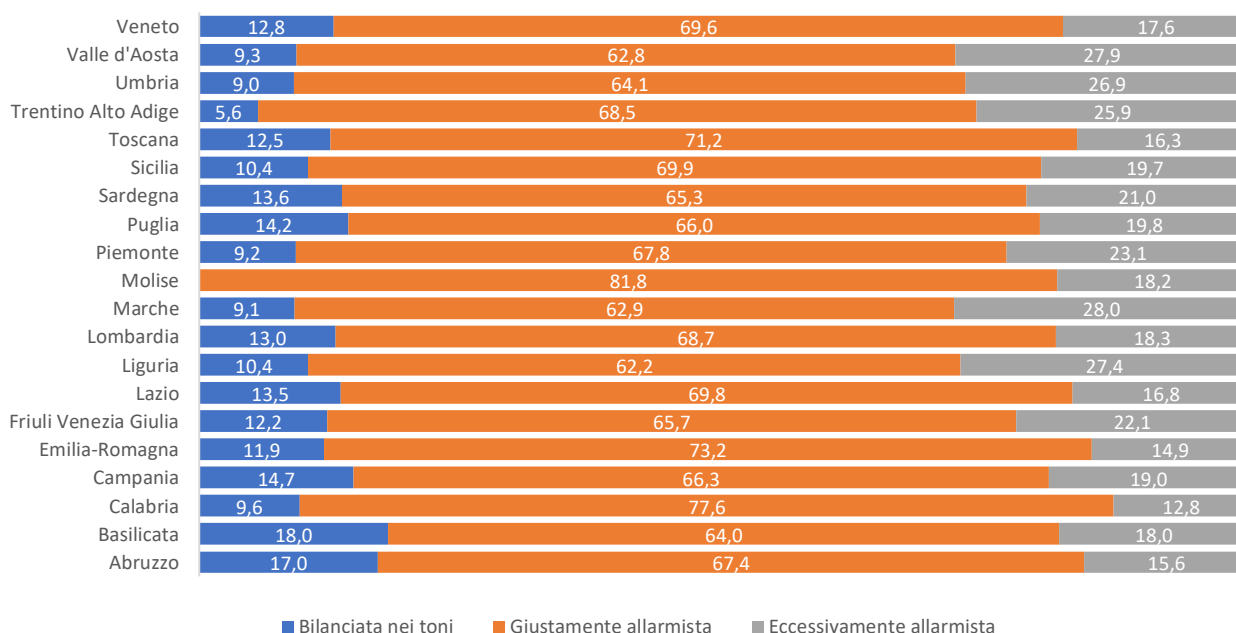
Figura 25 – A suo parere, come valuta l'informazione in tema di Coronavirus?



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

La quota di chi percepisce l'informazione durante la pandemia "eccessivamente allarmista" è massima in Liguria, Marche, Trentino Alto Adige, Valle D'Aosta e Umbria e minima in Emilia-Romagna, Abruzzo e Calabria. In rapporto all'età anagrafica si rileva come siano **soprattutto i più giovani a valutare l'informazione come troppo allarmista**: se per gli under 35 la quota di chi dice che l'informazione sui temi relativi al Coronavirus è "eccessivamente allarmista" supera il 27%, per gli over 55 si ferma al 13,5%. Anche per i disoccupati, autonomi e studenti si rileva una quota più alta di chi lamenta una informazione sulla pandemia troppo allarmista.

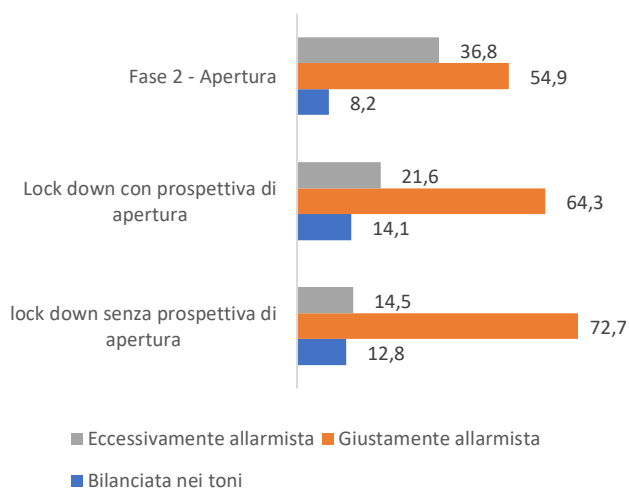
Figura 26 – Valutazione sulla informazione su Covid-19 per regione



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

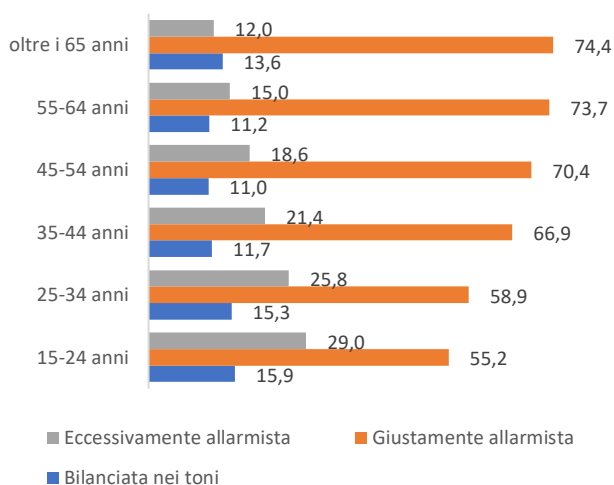
Nel passaggio tra le diverse fasi della gestione della pandemia è rintracciabile un salto di valutazione anche rispetto al tono dell'informazione. Se durante la prima fase del *lockdown* circa 3 su 4 ritenevano l'informazione "giustamente allarmista" nella cosiddetta Fase 2 di riapertura delle attività produttive il rapporto passa a 1 su 2. Nello stesso arco temporale aumenta chi pensa che l'informazione sia "eccessivamente allarmista" passando da un rapporto di 1:7 a 1:3. I dati suggeriscono come, dunque, l'ingresso nella fase di ripresa del lavoro, delle relazioni, degli spostamenti e della produzione coincida anche con un salto valutativo nei confronti della informazione: **con la riapertura sembra crescere il fastidio verso forme comunicative e informative ansiogene.**

Figura 27 – Valutazione sulla informazione su Covid-19 per fase della pandemia (Composizione %)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Figura 28 – Valutazione sulla informazione su Covid-19 per classe di età (Composizione %)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Anche in questo caso l'indice **sintetico di comunicazione**, ovvero una misura dell'intensità del processo informativo, mostra valori minimi per chi giudica "eccessivamente allarmista" ma anche qui con una differenza. Se per chi valuta l'informazione bilanciata o proporzionata il processo di conoscenza passa prima dalla televisione e poi dai social network, **per chi valuta l'informazione troppo allarmista, invece, la costruzione di conoscenza passa prima dai social network e poi dalla televisione.** Si evidenzia, inoltre, una relazione positiva tra chi reputa l'informazione "eccessivamente allarmista" e chi pensa che la reazione delle istituzioni alla crisi sanitaria sia "inadeguata".

## Dimensione della fiducia e informazione

In relazione al processo di costruzione delle basi informative, di particolare interesse è l'analisi delle figure verso cui gli interpellati ripongono la propria fiducia. A tal proposito l'indagine dedica una sezione specifica ponendo la domanda "Per farsi un'idea di quanto sta succedendo in tema di Coronavirus, quale grado di fiducia ripone nelle seguenti figure?".

In generale, **il campione tende prioritariamente a fare affidamento al punto di vista "scientifico" per sapere e comprendere come la crisi pandemica stia evolvendo:** gli "scienziati" raggiungono infatti l'indice di affidabilità più alto (7,6). Secondariamente, il campione fa riferimento al medico di famiglia e ai diversi soggetti del terzo settore e alle figure istituzionali. **Scarso risulta invece il senso di fiducia che si ha verso le parti sociali in generale, sindacato dei lavoratori e associazioni datoriali, i partiti politici e i giornalisti.**

L'incrocio con le diverse variabili esplicative mette in evidenza come:

- La variabile di **genere** non mostra particolari divergenze se non per un affidamento maschile più pronunciato, ma sempre su valori bassi, per le parti sociali;
- In generale **al crescere dell'età aumenta il grado di affidamento verso il medico di famiglia e soggetti del terzo settore e, anche se in misura minore, verso i soggetti istituzionali;**
- In generale **i lavoratori autonomi differiscono dai lavoratori dipendenti e pensionati per una minore fiducia verso i corpi intermedi** come soggetti dai quali informarsi per i temi relativi alla pandemia. È opportuno comunque precisare come nemmeno tra i pensionati e lavoratori dipendenti il livello di affidamento alle associazioni di rappresentanza e ai partiti politici rimanga sempre molto basso.

Figura 29 – Per farsi un'idea di quanto sta succedendo in tema di Coronavirus, quale grado di fiducia ripone nelle seguenti figure?  
Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Complessivamente, in **Emilia-Romagna si registra il più alto tasso di fiducia verso le diverse figure individuate nella nostra indagine**. In particolare si rilevano i punteggi più alti per i livelli istituzionali, per il medico di famiglia e per le parti sociali. In generale si evidenzia come per le regioni del Nord Italia si rilevi un più alto affidamento verso il medico di famiglia e le diverse figure istituzionali.

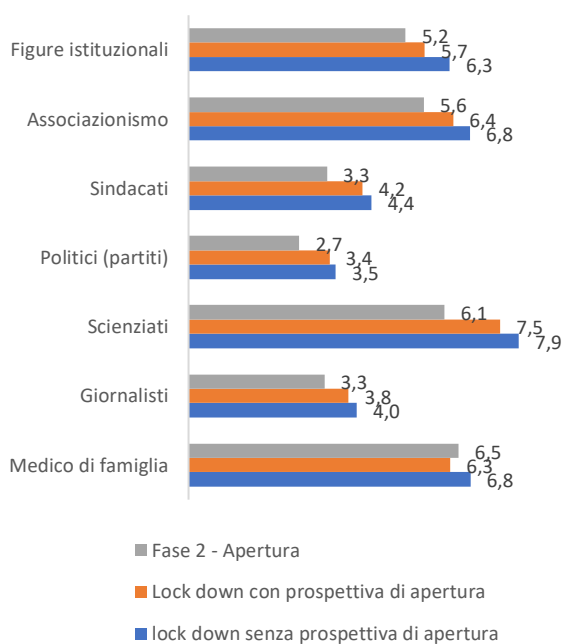
Tabella 5 – Livello di fiducia per regione

	Medico di famiglia	Giornalisti	Scienziati (virologi, epidemiologi)	Politici (partiti)	Sindacati (di lavoratori e di imprese)	Associazionismo, volontariato, terzo settore	Figure istituzionali (Sindaco, Regione, Governo...)
Abruzzo	6,1	4,1	7,6	3,8	4,3	6,1	5,6
Basilicata	6,3	4,1	7,8	3,3	4,4	6,1	5,5
Calabria	6,3	4,3	7,6	3,9	4,2	6,3	6,2
Campania	5,6	3,9	7,3	3,6	3,7	6,3	6,3
Emilia-Romagna	7,1	4,0	7,9	3,7	4,7	6,9	6,7
Friuli Venezia Giulia	6,8	4,1	7,7	3,3	3,9	6,3	6,0
Lazio	6,6	4,0	7,7	3,5	4,2	6,4	5,6
Liguria	6,2	3,3	7,1	3,2	3,4	6,0	5,7
Lombardia	6,5	3,8	7,4	3,2	4,1	6,6	5,5
Marche	6,5	3,4	7,2	3,0	4,3	6,3	5,5
Molise	4,7	1,8	5,7	3,0	2,6	4,3	4,5
Piemonte	6,8	3,6	7,4	3,0	3,9	6,3	5,5
Puglia	6,5	4,2	7,8	3,7	3,9	6,7	6,3
Sardegna	6,7	4,1	7,9	3,0	3,7	6,6	5,6
Sicilia	6,5	3,9	7,6	3,4	4,0	6,4	5,7
Toscana	6,8	4,0	7,7	3,5	4,2	6,9	6,2
Trentino Alto Adige	5,8	3,0	6,6	2,7	3,0	5,8	5,0
Umbria	6,8	3,5	8,0	3,0	3,7	6,6	5,9
Valle d'Aosta	7,2	4,1	7,2	2,7	5,2	6,9	4,7
Veneto	6,9	3,9	7,6	3,3	4,5	6,3	6,5
<b>Totale</b>	<b>6,7</b>	<b>3,9</b>	<b>7,6</b>	<b>3,4</b>	<b>4,2</b>	<b>6,6</b>	<b>6,1</b>

Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

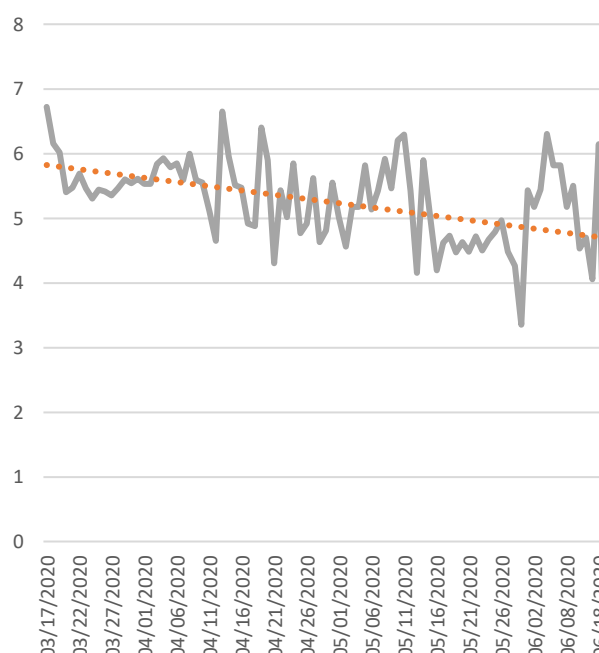
Con il passare del tempo si rileva una flessione importante del livello di fiducia informativa all'interno del campione indagato. A stupire è che nella flessione generale a scendere sia anche la fiducia verso il sapere scientifico e quindi verso gli scienziati. Diversamente, a non allinearsi a questo trend in contrazione è la fiducia verso il medico di famiglia, figura che continua a giocare un ruolo prioritario nella tenuta della capillarità del sistema sanitario. *L'indice sintetico di fiducia*, ovvero la media tra i diversi indici di fiducia agganziati alle diverse figure individuate, mostra valori decisamente più contenuti per chi pensa che la reazione delle istituzioni alla crisi sanitaria sia "inadeguata" e che l'informazione sia "eccessivamente allarmista". La correlazione delle tre variabili è un indice della coerenza delle risposte all'interno del campione e indica un'area di sofferenza in cui il legame debole di fiducia verso i diversi soggetti istituzionali, di rappresentanza e di comunicazione sembra inibire ogni sforzo per la costruzione di una strategia di ripresa collettiva.

Figura 30 – Livello di fiducia per fase della pandemia  
Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Figura 31 – Livello di fiducia sintetico nel tempo  
Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

## Le preoccupazioni

L'indagine si sposta sul tema delle preoccupazioni nel tentativo di comprendere quali siano i principali timori del campione in rapporto al Coronavirus, come questi si siano trasformati nel corso della pandemia, se e in che misura esista una coerenza tra la scala di preoccupazioni soggettive e l'agenda delle priorità di intervento del Governo nazionale. A tal proposito quest'area del report si articola in tre paragrafi:

- Analisi delle preoccupazioni personali
- Analisi delle preoccupazioni del Governo
- Analisi del *gap* tra le preoccupazioni personali e le preoccupazioni istituzionali.

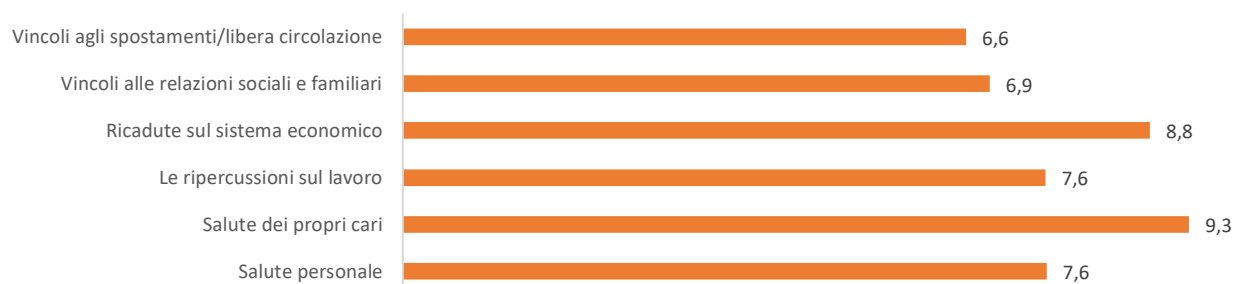
## Preoccupazioni personali

In una crisi sanitaria con effetti così dirompenti non sorprende **come la principale preoccupazione del nostro campione riguardi la salute**. Non tanto **la salute propria quanto la salute dei propri cari**, ovvero tutti coloro che rientrano nell'area soggettiva dell'affettività. Nella scala delle preoccupazioni, si incontra poi il timore che la crisi sanitaria possa trasformarsi in crisi economica ("*ricadute sul sistema economico*") con inevitabili ripercussioni sulla qualità e sulla quantità di lavoro ("*le ripercussioni sul lavoro*"). Da rilevare che **le ansie rispetto alle possibili ricadute sul sistema economico e sul lavoro affliggono il nostro campione più di quanto lo faccia la preoccupazione per la salute personale**. Pur assestandosi su un livello relativamente più basso, gli indicatori di preoccupazione rispetto alla **libera circolazione** e alle **relazioni sociali/familiari** esprimono valori certamente di rilievo.

L'incrocio con le diverse variabili esplicative pone in evidenza alcune osservazioni:

- Le **donne sono tendenzialmente più preoccupate degli uomini** soprattutto per quanto riguarda le ricadute sul lavoro e sulle relazioni sociali;
- Al crescere delle **classi di età** cresce la preoccupazione per la salute personale – dato comprensibile anche alla luce degli indici di gravità del Covid-19 – mentre decresce, comprensibilmente, la preoccupazione per le ricadute sul lavoro – mentre rimane costante il timore per i riflessi economici – e la preoccupazione relativa alla riduzione degli spostamenti;

Figura 32 – Principali preoccupazioni di fronte al Coronavirus  
Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

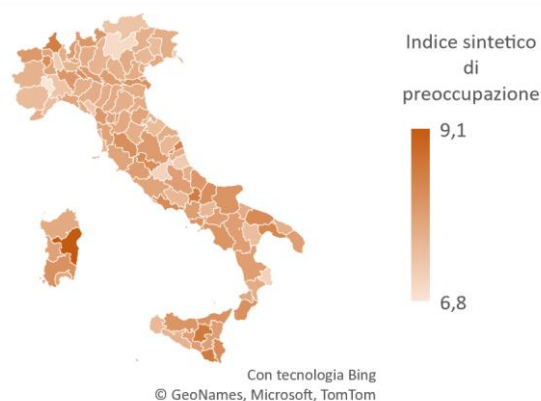
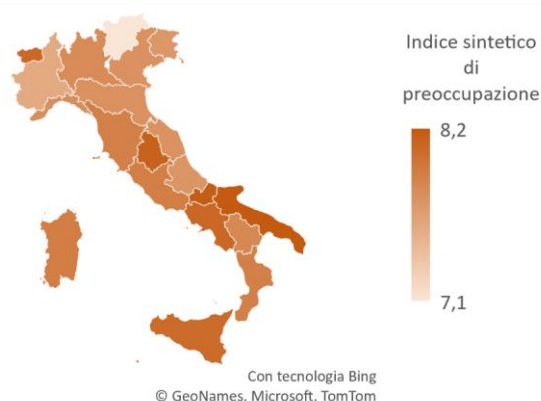
- I **lavoratori autonomi** sono preoccupati per le ripercussioni sul lavoro e il sistema economico più ancora dei disoccupati e, ovviamente, dei lavoratori dipendenti. **Pensionati e casalinghe sono le figure con i timori più alti per la salute personale**. In generale, casalinghe e disoccupati si mostrano come le figure più preoccupate dagli effetti della pandemia;
- In generale gli **indici di preoccupazione decrescono al crescere del titolo di studio** e la velocità con cui le ansie si flettono è più alta in corrispondenza della salute personale e delle ripercussioni sugli spostamenti.

La sistematizzazione dei diversi indici di preoccupazione per singola area tematica produce **l'indice di preoccupazione sintetico**, ovvero un indice che esprime complessivamente il livello di timori e ansie che la pandemia ha prodotto o continua a produrre. Il confronto degli indici di preoccupazione per singolo livello territoriale consente di mapparne la distribuzione regionale e provinciale (Figura 33 e Figura 34). Contrariamente a quanto la distribuzione del contagio lascerebbe pensare, **la lettura della distribuzione regionale dell'indice di preoccupazione sintetico vede le regioni del Sud assumere valori più alti delle**

**regioni del Nord.** In ogni modo, il range di oscillazione regionale (7,1-8,1) e provinciale (6,8-9,1) mostra come **non esistano delle aree del territorio nazionale a bassa preoccupazione.**

Figura 33 – Indice di preoccupazione sintetico per regione

Figura 34 – Indice di preoccupazione sintetico per provincia



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

In generale è possibile rilevare come **le singole paure siano tra loro correlate a coppie.** Solitamente la preoccupazione per la salute dei propri cari aumenta al crescere della preoccupazione per la salute personale, la preoccupazione per il lavoro aumenta dove la preoccupazione per il sistema economico è più alta e la preoccupazione per le relazioni sociali si muove in linea con la preoccupazione per le limitazioni alla libertà di circolazione.

Tabella 6 – Livello di preoccupazione personale per dimensione e per regione

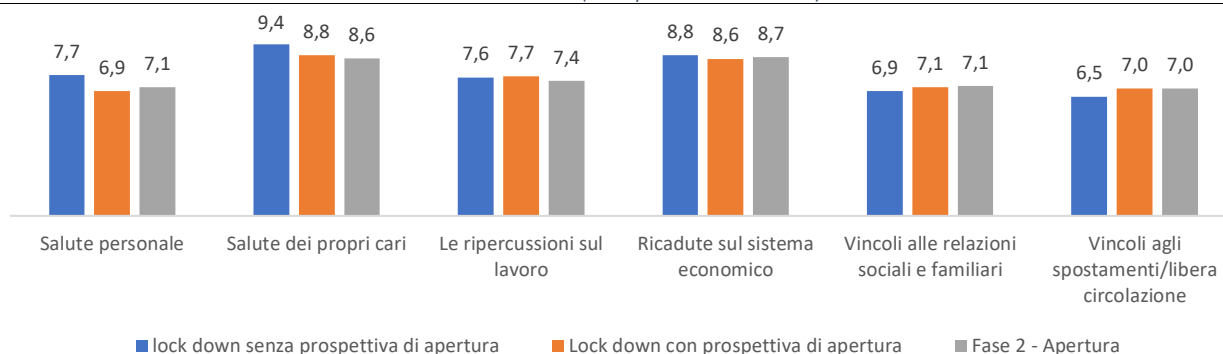
	Salute personale	Salute dei propri cari	Le ripercussioni sul lavoro	Ricadute sul sistema economico	Vincoli alle relazioni sociali e familiari	Vincoli agli spostamenti/libera circolazione
Abruzzo	7,5	9,3	7,6	8,6	6,7	6,7
Basilicata	7,6	9,2	7,4	8,4	7,5	6,8
Calabria	7,6	9,5	7,4	8,6	7,1	6,8
Campania	7,9	9,5	7,7	8,8	7,3	7,0
Emilia-Romagna	7,7	9,4	7,6	8,8	6,7	6,3
Friuli Venezia Giulia	7,3	8,9	7,3	8,8	6,8	7,0
Lazio	7,6	9,3	7,7	9,0	7,1	6,7
Liguria	7,4	9,0	7,5	8,8	7,1	6,8
Lombardia	7,6	9,3	7,5	8,7	7,0	6,6
Marche	7,1	9,0	8,0	8,9	6,8	6,6
Molise	8,4	9,8	6,7	8,0	8,0	8,2
Piemonte	7,3	9,1	6,9	8,6	6,8	6,6
Puglia	8,1	9,6	7,9	8,9	7,5	7,2
Sardegna	7,0	9,3	8,1	9,1	7,0	6,9
Sicilia	7,7	9,4	7,6	8,7	7,5	7,3
Toscana	7,6	9,3	7,8	9,0	6,9	6,6
Trentino Alto Adige	6,5	8,7	6,3	8,4	6,3	6,3
Umbria	7,9	9,4	7,9	9,0	7,3	7,3
Valle d'Aosta	7,2	9,5	7,6	8,9	7,5	7,5
Veneto	7,5	9,1	7,8	8,8	6,7	6,5
<b>Totale</b>	<b>7,6</b>	<b>9,3</b>	<b>7,6</b>	<b>8,8</b>	<b>6,9</b>	<b>6,6</b>

Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

La salute personale è fonte di più alta preoccupazione nelle **Marche** e **Puglia** mentre il tema del lavoro preoccupa relativamente di più la **Sardegna** e le **Marche**, entrambe aree a forte vocazione turistica. Si rileva tuttavia come **il timore relativo all'impatto economico sia sempre superiore al timore relativo alle ripercussioni sul lavoro.** È da segnalare come in **Emilia-Romagna**, insieme al **Trentino Alto Adige**, si registrino gli indici di preoccupazione relativamente più bassi per le ricadute sugli spostamenti e sulle relazioni sociali e familiari.

La natura delle preoccupazioni mostra delle trasformazioni nel passaggio dalle diverse fasi della gestione della pandemia. In particolar modo si nota come **dal 4 maggio**, e quindi dall'inizio della cosiddetta Fase 2 di progressiva riapertura, **si allentino**, sebbene rimangano su valori molto alti, **le preoccupazioni relative alla salute, rimangano sostanzialmente stabili le paure relative al lavoro e all'impatto economico mentre aumentino le preoccupazioni relative alle limitazioni agli spostamenti e alle ricadute sulle relazioni sociali.**

Figura 35 – Principali preoccupazioni di fronte al Coronavirus per posizione fase della pandemia  
Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

### Preoccupazioni dei livelli istituzionali

Oltre ad esprimere quali siano le principali preoccupazioni personali di fronte al Coronavirus, il campione interpellato è chiamato anche ad indicare quali siano, invece, **le principali preoccupazioni dei livelli istituzionali chiamati a gestire la crisi**. Quali siano, ovviamente sempre sul piano percettivo, le priorità di intenti e di azione principalmente di Governo e Regioni, avendo i Comuni una "titolarità" più limitata in ambito sanitario. **Il campione ritiene che in cima alle preoccupazioni del livello istituzionale ci sia la ricaduta sul sistema economico e subito dopo il consenso popolare e le ripercussioni sugli equilibri politici internazionali**, prima ancora della salute dei cittadini e di dare continuità al lavoro. **Relativamente meno importanti per i livelli istituzionali sono la sicurezza sul lavoro e la libertà di circolazione**. In ultima posizione, al di sotto del valore mediano, è la preoccupazione per le ripercussioni della pandemia sulle relazioni sociali e familiari.

Figura 36 – Principali preoccupazioni dei livelli istituzionali chiamati ad occuparsi della gestione dell'emergenza Coronavirus  
Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)



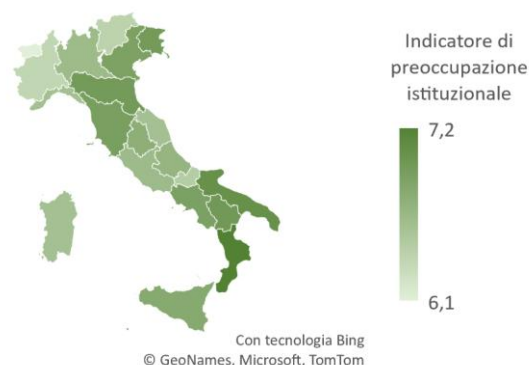
Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Il confronto con le singole variabili esplicative aiuta a comprendere come:

- La distribuzione di **genere** evidenzia come per le donne la preoccupazione delle istituzioni agli equilibri internazionali siano più alte di quanto rilevato per gli uomini e allo stesso tempo la preoccupazione per le relazioni sociali siano più basse;
- La preoccupazione delle istituzioni percepita dal campione cresce al crescere della **classe di età** generalmente su tutte le aree tematiche considerate. È di interesse osservare come lo scarto percettivo massimo tra over 55 e under 35 si concentri sulla percepita preoccupazione delle istituzioni per le relazioni sociali, spostamenti e consenso popolare;
- La preoccupazione delle istituzioni per le relazioni sociali è minima per **chi vive da solo**;
- In un confronto tra popolazione attiva e inattiva del campione, appare di interesse osservare come lo **scarto percettivo più ampio tra attivi** (dipendenti, autonomi e disoccupati) e **inattivi** (studenti, casalinghi, pensionati) **sia più alto sui temi della salute e sicurezza e sul lavoro**: gli inattivi pensano che siano una preoccupazione delle istituzioni più alta di quanto lo percepiscano gli attivi. In generale sono gli **autonomi e i disoccupati** a percepire un minor livello di preoccupazione da parte delle istituzioni;
- In generale si rileva come le percepite preoccupazioni dei livelli istituzionali crescano al crescere del **titolo di studio** relativamente a salute dei cittadini, consenso popolare e equilibri internazionali mentre mostrino un trend decrescente per le altre aree di preoccupazione.

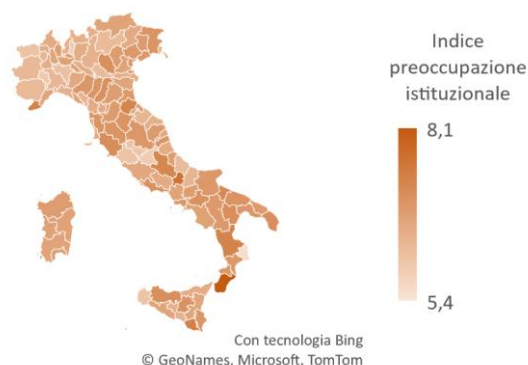
Anche in questo caso si è provveduto a costruire un **indicatore sintetico di preoccupazione dei livelli istituzionali** - espresso come media dei diversi indicatori puntuali per ogni singola area di preoccupazione – al fine di avere una misura univoca da incrociare con la distribuzione territoriale. Le regioni in cui il campione pensa che i livelli istituzionali abbiano generalmente un più alto livello di preoccupazione, e quindi un maggior impegno nella costruzione di strategie di risposte, siano soprattutto le regioni del Sud ed in particolare Calabria e Puglia. In generale, l'indice di preoccupazione attribuibile alle istituzioni si muove, a livello regionale, dentro un *range* sempre superiore al valore mediano, lasciando intendere come in nessuna regione si pensa che le istituzioni mostrino un livello di preoccupazione inadeguato alla situazione; ma **i valori che tale indice assume sono sempre inferiori rispetto ai valori dell'indicatore sintetico di preoccupazione personale, evidenziando un *gap* tra le paure personali e le attenzioni e le priorità attribuite alle istituzioni chiamate a gestire la crisi sanitaria.**

Figura 37 – Indice sintetico di preoccupazione istituzionale percepita per regione



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Figura 38 – Indice sintetico di preoccupazione istituzionale percepita per provincia



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

In generale, tutte le regioni ripropongono lo stesso *pattern* interpretativo: istituzioni principalmente preoccupate dell'economia, del consenso popolare e degli equilibri internazionali e poi del lavoro e della sanità e in ultimo di sicurezza sul lavoro, libertà di movimenti e relazioni sociali. Solo la Liguria e la Val d'Aosta mostrano indici di preoccupazione al consenso più alti di quelli relativi all'impatto economico. In un confronto interregionale, il campione pensa che le istituzioni siano più preoccupate alla salute dei cittadini in **Calabria** ed **Emilia-Romagna** e meno preoccupate, invece, nelle **Marche** e **Molise** (sebbene il campione sia poco numeroso). L'attenzione delle istituzioni alla mobilità dei cittadini sembra essere percepito come tema prioritario dal campione in **Calabria** e **Puglia**, la continuità lavorativa in **Emilia-Romagna** e Calabria, la sicurezza sul lavoro da Calabria, Puglia e **Veneto**, e le relazioni sociali sempre da Calabria e Puglia.

Tabella 7 – Livello di preoccupazione istituzionale percepita per dimensione e regione

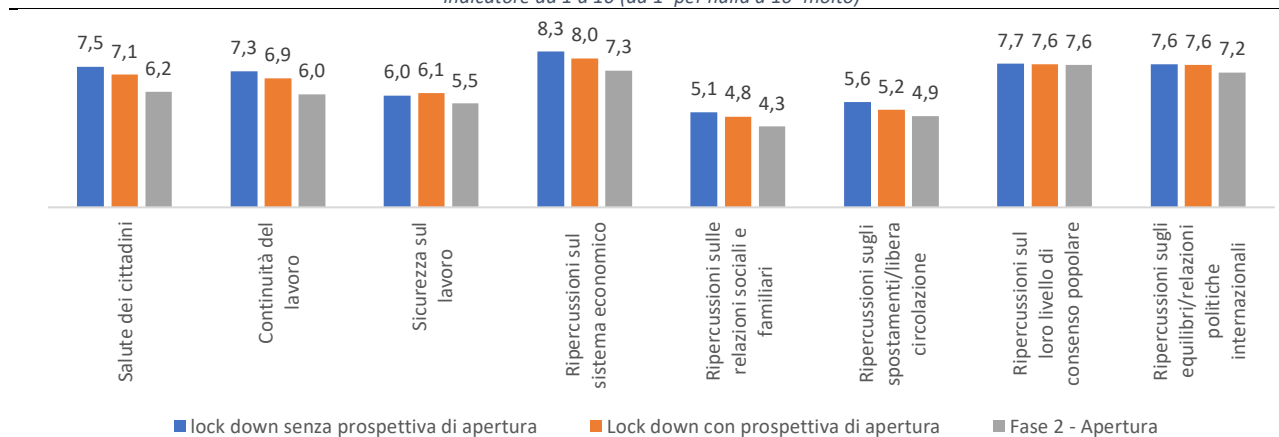
	Salute dei cittadini	Continuità del lavoro	Sicurezza sul lavoro	Ripercussioni sul sistema economico	Ripercussioni sulle relazioni sociali e familiari	Ripercussioni sugli spostamenti/libera circolazione	Ripercussioni sul loro livello di consenso popolare	Ripercussioni sugli equilibri/relazioni politiche internazionali
Abruzzo	7,3	6,7	5,7	7,9	5,2	5,6	7,4	7,4
Basilicata	6,8	7,3	5,9	8,4	5,4	5,8	8,0	7,9
Calabria	7,7	7,4	6,3	8,7	5,3	6,0	7,9	7,8
Campania	7,2	7,0	5,8	8,1	5,2	5,8	8,0	7,7
Emilia-Romagna	7,7	7,4	6,1	8,4	5,0	5,5	7,6	7,6
Friuli Venezia Giulia	7,3	7,2	6,1	8,2	5,2	5,6	7,9	7,6
Lazio	7,3	6,8	5,9	8,0	4,9	5,4	7,3	7,4
Liguria	6,7	6,8	5,2	7,8	4,6	5,5	8,1	7,7
Lombardia	6,8	7,0	5,6	8,0	4,7	5,3	7,7	7,7
Marche	6,4	6,6	5,6	8,2	4,8	5,4	7,8	7,6
Molise	6,3	6,5	5,5	8,4	4,4	4,5	8,2	8,0
Piemonte	6,7	6,5	5,5	7,6	4,5	5,0	7,6	7,3
Puglia	7,5	7,2	6,3	8,3	5,5	6,1	7,7	7,6
Sardegna	7,3	6,5	5,8	7,8	4,9	5,5	7,3	7,3
Sicilia	7,3	6,6	5,7	8,2	4,9	5,7	7,8	7,8
Toscana	7,5	7,1	6,1	8,2	5,1	5,5	7,7	7,7
Trentino Alto Adige	7,0	6,4	5,7	7,8	4,9	5,2	6,8	7,2
Umbria	7,1	6,7	5,6	8,3	4,7	5,5	7,8	8,0
Valle d'Aosta	6,5	6,0	5,0	7,3	3,9	5,0	7,9	7,1
Veneto	7,5	7,2	6,3	8,1	5,0	5,5	7,8	7,4
<b>Totale</b>	<b>7,3</b>	<b>7,0</b>	<b>5,9</b>	<b>8,1</b>	<b>4,9</b>	<b>5,5</b>	<b>7,7</b>	<b>7,6</b>

Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Il confronto tra le diverse fasi della gestione della pandemia evidenzia, un salto valutativo sulla gran parte delle aree di preoccupazione attribuite ai livelli istituzioni con la sola differenza per la voce "ripercussioni sul loro livello di consenso popolare" che rimane pressoché stabile.

Figura 39 – Principali preoccupazioni dei livelli istituzionali (Governo, Regioni, Comuni) per dimensione e fase della pandemia

Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

In particolare si rileva come la caduta sia più rapida relativamente alla preoccupazione delle istituzioni rispetto alla “salute dei cittadini” e alla “continuità del lavoro”. In altre parole, con il passare del tempo il campione pensa che le istituzioni siano meno impegnate per tutelare la salute dei cittadini e garantire la continuità del lavoro.

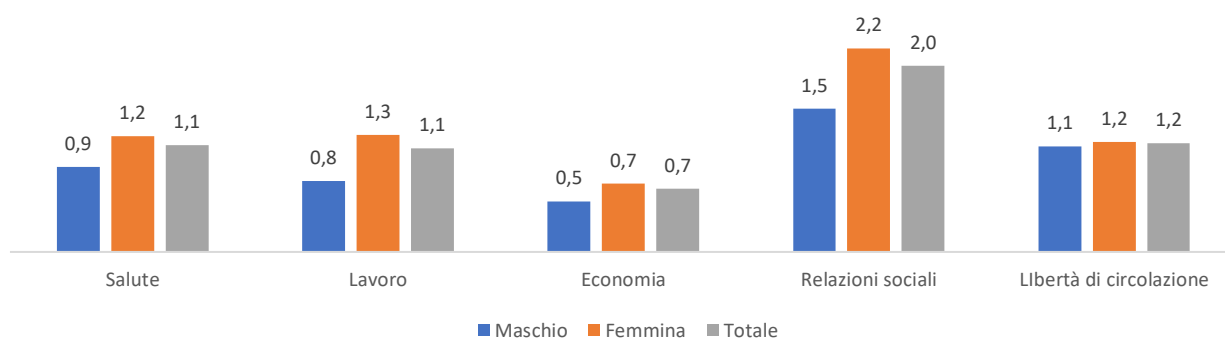
### Confronto tra le preoccupazioni personali e istituzionali

Al di fuori dei timori relativi al consenso politico e degli equilibri internazionali, le aree di preoccupazione individuali e istituzionali sono sovrapponibili e, quindi, comparabili. Con l’ausilio di alcune opportune “fusioni” di variabili assimilabili e tra loro correlate, sono identificabili **cinque diverse aree di preoccupazione** per cui è possibile intercettare il punto di vista soggettivo di chi risponde e una “stima” della preoccupazione delle istituzioni:

- Salute
- Lavoro
- Economia
- Relazioni sociali e
- Libertà di circolazione

In generale è possibile osservare come **gli indici di preoccupazione personale siano sempre più alti degli indici di preoccupazione istituzionale mostrando come il livello di preoccupazione personale dipenda anche dall’incapacità, percepita, delle istituzioni di attenzionare specifiche aree di intervento**. In particolare il **gap tra preoccupazione individuale e istituzionale è massima relativamente alle relazioni sociali**, ovvero le paure sul fronte relazionale sembrano incontrare risposte meno convincenti da parte delle istituzioni. Tra le aree di preoccupazione, dunque, **le relazioni sociali raccolgono la più alta insoddisfazione degli interpellati**. In generale, si nota come le **donne mostrino un gap sempre superiore per tutte le aree di preoccupazione** mostrando, così, **un maggior livello di insoddisfazione** rispetto alle reazioni e alla gestione della crisi da parte dei diversi livelli istituzionali.

Figura 40 – Confronto tra preoccupazioni personali e istituzionali (percepita) per dimensione e genere



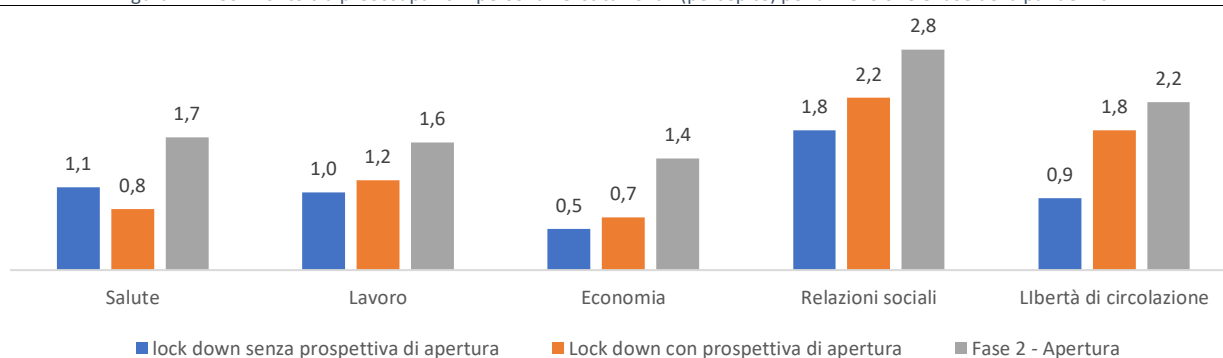
Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Se il *gap* tra preoccupazione e istituzionale può essere letto anche come misura dell’insoddisfazione rispetto alle diverse misure messe in campo dalle istituzioni, allora è possibile osservare come la più alta insoddisfazione degli interventi legati al **lavoro** riguarda, coerentemente, le persone in età da lavoro e principalmente dai 25 ai 54 anni, i lavoratori autonomi (che hanno un *gap* doppio rispetto ai lavoratori dipendenti) e i disoccupati. L’insoddisfazione rispetto agli interventi relativi alla **salute** cresce al crescere

dell'età ma scende poi per gli over 65, è massima per chi vive da solo/a con i figli e per le figure dei disoccupati e casalinghe. L'insoddisfazione rispetto agli interventi impattanti sulle **relazioni sociali/familiari** cresce al diminuire dell'età ed è massima per gli *under 35*, è massima per chi non vive nella famiglia in senso stretto e per le figure dei disoccupati e degli studenti. Gli interventi, invece, con un effetto sulla **libertà di circolazione** incontra l'insoddisfazione massima per i più giovani, per chi vive da solo o con amici, per chi vive più lontano dai centri urbani e per la figura del disoccupato e dello studente.

Il passaggio dalle diverse fasi della gestione della crisi sanitaria, evidenzia come il *gap* tra preoccupazione personale e istituzionale aumenti rapidamente per tutte le aree considerate. La dinamica di insoddisfazione appare più critica relativamente all'area di preoccupazione relativa all'**economia** in quanto qui si rileva la variazione più alta tra il *lockdown* e la fase 2 si riapertura.

Figura 41 – Confronto tra preoccupazioni personali e istituzionali (percepiti) per dimensione e fase della pandemia

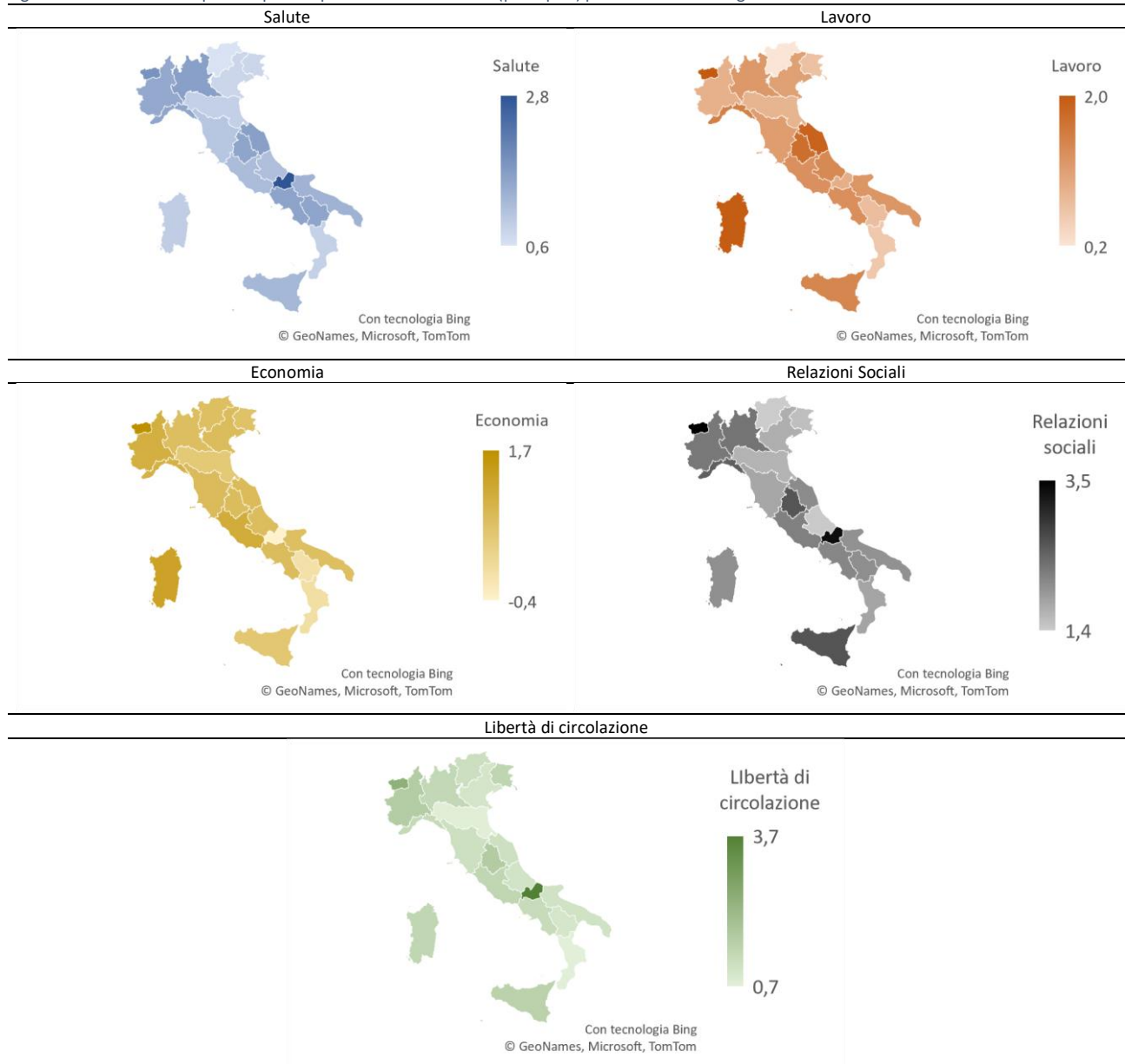


Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

La mappa della distribuzione regionale del gap tra preoccupazione individuale e istituzionale mostra per ogni singola area di preoccupazione dove si concentrino (la bassa numerosità del campione in Molise e Val d'Aosta impone una lettura molto prudente dei risultati e per tale ragione si è deciso di sospendere il giudizio) le maggiori criticità rispetto alle diverse misure messe in campo dai livelli istituzionali:

- l'insoddisfazione del campione relativamente alle misure istituzionali impattanti sulla **salute** dei cittadini è relativamente più alta in **Lombardia, Marche e Campania**;
- l'insoddisfazione per le **misure sul lavoro** avanzate dai diversi livelli istituzionali è relativamente più alta nelle **Marche, Sardegna e Umbria**;
- l'insoddisfazione per le **misure sull'economia** messe in campo dai livelli istituzionali è relativamente più alta in **Sardegna, Liguria e nel Lazio**;
- il livello di insoddisfazione per le misure orientate a favorire le **relazioni sociali e familiari** è relativamente più alto in **Umbria, Liguria e Sicilia**;
- il livello di insoddisfazione per le misure con un impatto sulla **libertà di circolazione** sono relativamente più alte in **Piemonte e Umbria**.

Figura 42 – Confronto tra preoccupazioni personali e istituzionali (percepite) per dimensione e regione

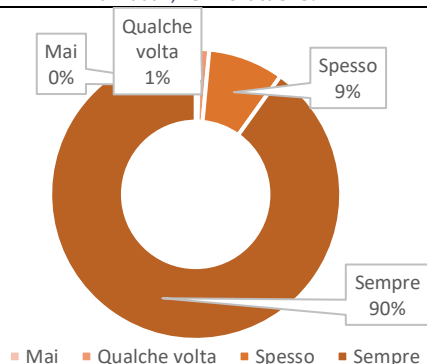


Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

## Misure restrittive

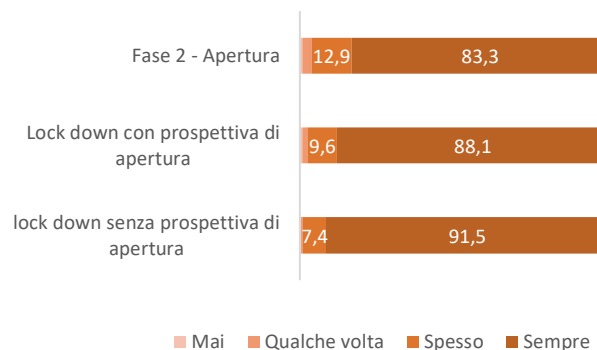
Nella gestione del contagio da Coronavirus sono state prese delle misure restrittive dei comportamenti individuali orientati al contenimento della pandemia. **Il 90% del campione dice di attenersi “sempre” a tali indicazioni, il 9% spesso e l’1 qualche volta.** In generale si rileva come **con il passaggio da una fase all’altra della gestione della pandemia si sia innescato un processo di allentamento dell’attenzione dei cittadini:** chi rispetta “sempre” le misure restrittive passa dal 91,5% della fase di “*lockdown senza prospettiva di apertura*” all’83,3% della “*Fase 2 di riapertura*”.

Figura 43 – Nella gestione del contagio da Coronavirus sono state prese delle misure restrittive dei comportamenti individuali, Lei vi si attiene?



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

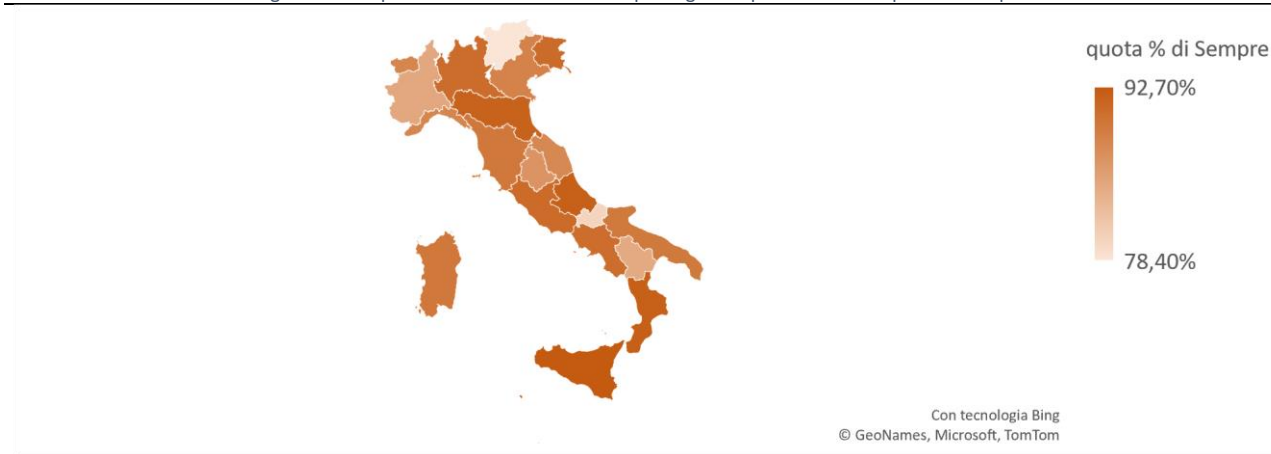
Figura 44 – Rispetto delle misure restrittive per fase della pandemia



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

La mappa regionale mostra come chi si attiene “sempre” alle misure rimanga sempre molto alta su tutto il territorio italiano ma con delle differenze di rilievo. Le regioni in cui il rispetto è meno sistematico sono il Trentino Alto Adige, Piemonte, Umbria e Basilicata, Molise e Val d’Aosta.

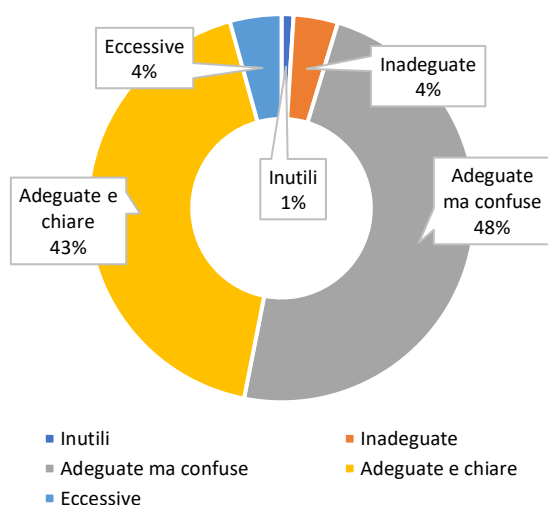
Figura 45 – Rispetto delle misure restrittive per regione: quota % di chi risponde “Sempre”



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

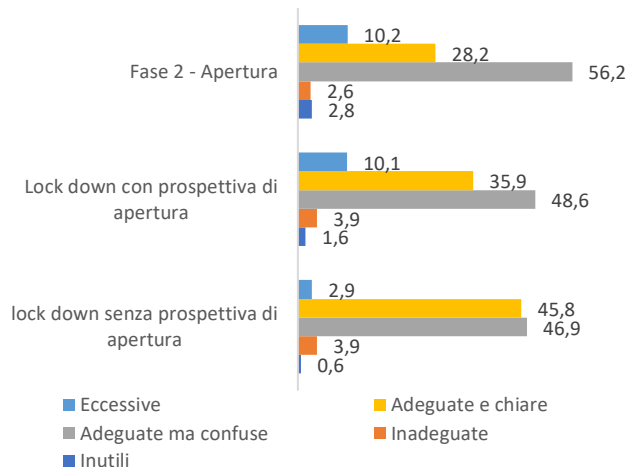
La larga parte del campione (oltre il 90%) considera “adeguate” queste misure restrittive, il 4% “inadeguate”, il 4% “eccessive” e l’1% “inutili”. Tra chi le considera adeguate sono individuabili due blocchi con circa la stessa incidenza: il 47% le considera “adeguate e chiare” e il 53% “adeguate ma confuse”. Anche in questo caso, il tempo produce un salto nella valutazione. Passando dal lockdown alla fase di riapertura si nota come la quota di chi considera le misure “adeguate e chiare” diminuisca dal 45,8% al 28,2% mentre chi le considera “adeguate ma confuse” aumenta dal 46,9% al 56,2% ma cosa ancora più di interesse è l’incremento che si registra tra chi le reputa “eccessive” che passa dal 2,9% al 10% già alla fine del lockdown. In linea teorica, il tempo dovrebbe aiutare ad “assimilare” le misure restrittive e a introiettarle nei propri comportamenti ma questo non avviene. Anzi, con il passare del tempo aumenta la confusione e aumenta la sensazione di vedere le misure come un vincolo/limite alle proprie libertà.

Figura 46 – Valutazione sulle misure restrittive



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Figura 47 – Valutazione delle misure restrittive per fase della pandemia



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

La quota di chi considera le misure restrittive “*eccessive*” supera significativamente la media campionaria in Piemonte, Liguria, Umbria, Val d’Aosta e Marche e negli stessi territori si rileva anche la più alta percentuale di chi non le considera “*adeguate*”. La quota di adeguatezza delle misure diminuisce al diminuire dell’età e non mostra una qualche relazione con il titolo di studio.

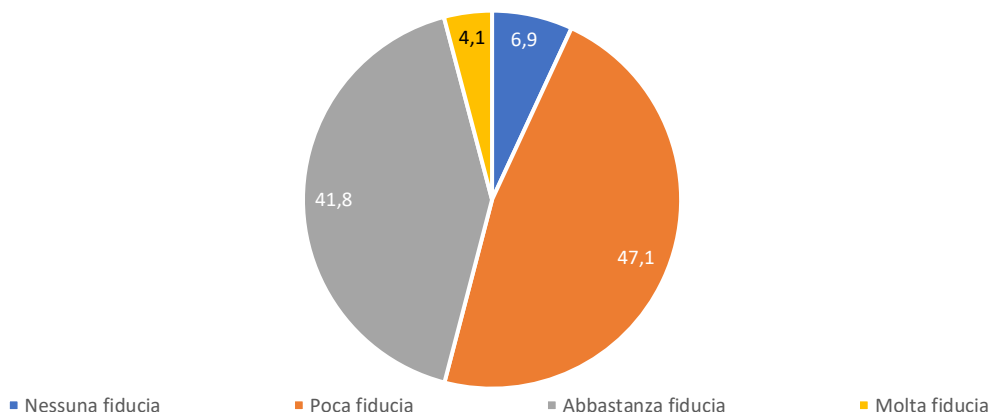
Tabella 8 – Valutazione sulle misure restrittive per regione

	Inutili	Inadeguate	Adequate ma confuse	Adequate e chiare	Eccessive
Abruzzo	2,4	5,6	41,3	48,4	2,4
Basilicata	2,2	4,4	46,7	44,4	2,2
Calabria	0	4,4	36,8	56,1	2,6
Campania	0,8	3,9	47,1	43,8	4,4
Emilia-Romagna	0,8	3,6	46,9	45,5	3,2
Friuli Venezia Giulia	1,2	3,8	51,5	37,6	5,9
Lazio	0,6	2,7	47,7	45,3	3,7
Liguria	1,3	3,3	49,7	35,9	9,8
Lombardia	0,9	4	55,2	35,7	4,2
Marche	1,6	6,5	42,7	42,7	6,5
Molise	0	0	60	40	0
Piemonte	1,9	5,8	51,6	34	6,7
Puglia	0,7	2,1	43,6	48,9	4,6
Sardegna	0	3,6	60	32,7	3,6
Sicilia	0	4,3	43,5	48,6	3,6
Toscana	1,5	3,5	45,5	46,1	3,5
Trentino Alto Adige	6	6	40	42	6
Umbria	0	2,7	44	45,3	8
Valle d’Aosta	0	4,9	56,1	29,3	9,8
Veneto	0,8	2,2	47,9	44	5,1
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>3,7</b>	<b>48,4</b>	<b>42,6</b>	<b>4,3</b>

Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Il rispetto delle misure ripropone sotto forme diverse e involontariamente [il dilemma del prigioniero](#), **l’efficacia delle misure restrittive è tanto più alta quanto più diffuso è il rispetto delle misure stesse**. In altre parole le misure sono efficaci se tutti le rispettano. A tal proposito è stata posta al campione di indagine la seguente domanda “*Per rendere efficaci le misure restrittive è necessario che tutte le persone le adottino, quale livello di fiducia ha rispetto ad un corretto comportamento degli altri cittadini?*”: **in altre parole la fiducia rispetto al senso civico della propria comunità**. Davanti a questa domanda il campione si spacca in due: **il 54% dice di non avere nessuna (6,9%) o poca fiducia (47,1%) e il 46%, invece, di avere abbastanza (41,8%) e molta (4,1%) fiducia**.

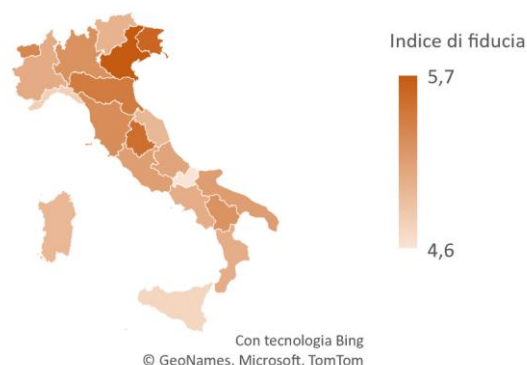
Figura 48 – Per rendere efficaci le misure restrittive è necessario che tutte le persone le adottino, quale livello di fiducia ha rispetto ad un corretto comportamento degli altri cittadini?



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

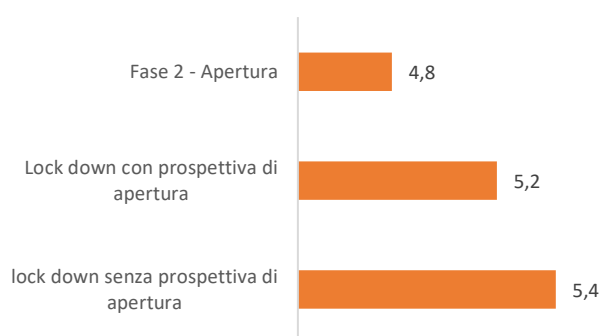
In linea con la metodologia di analisi seguita finora, si costruisce un indicatore sintetico: l'**indice di fiducia diffusa**, ovvero un indice continuo ottenuto trasformando su scala 1-10 la domanda a intervalli discreti posta sulla fiducia che i rispondenti hanno nei confronti dei loro concittadini e del loro rispetto delle misure restrittive. La mappa dell'**indice di fiducia diffusa** mostra come i valori più alti si concentrino nelle regioni del Centro-Nord e principalmente Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Umbria mentre nelle regioni del Sud emerge maggior diffidenza verso il comportamento degli altri. L'indice di fiducia diffusa è più alto per i maschi, cresce al crescere dell'età, è relativamente più alto tra i pensionati e i lavoratori autonomi e più basso per i disoccupati e non mostra una relazione robusta con il titolo di studio. In generale, tuttavia, è distinguibile un arretramento della fiducia rispetto al senso civico della propria comunità in funzione del tempo (Figura 50).

Figura 49 – Indice di fiducia diffusa per regione  
Indicatore da 1 a 10 (da 1=nessuna a 10=molto)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

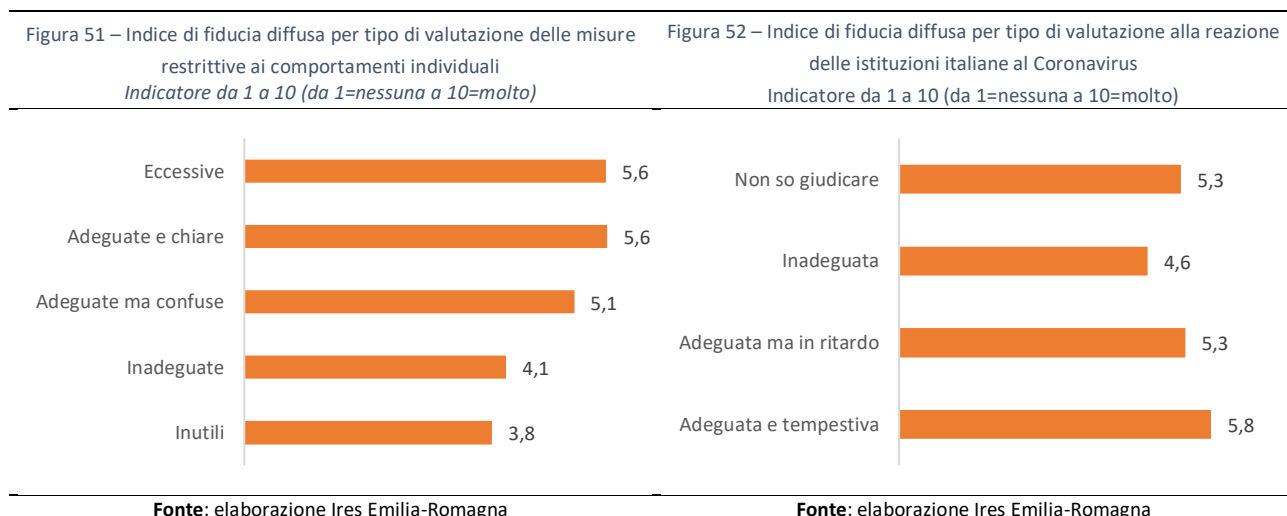
Figura 50 – Indice di fiducia diffusa per fase della pandemia  
Indicatore da 1 a 10 (da 1=nessuna a 10=molto)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

L'incrocio dell'**indice di fiducia diffusa** con altre domande dell'indagine consente di comprendere come la quota di chi ritiene inadeguate e inutili le misure restrittive, ma non "eccessive", lo faccia anche per una scarsa fiducia nella capacità di rispetto delle restrizioni da parte degli altri. Allo stesso modo chi ritiene la reazione delle istituzioni italiane alla crisi sanitaria "inadeguata" lo fa, anche, per una scarsa percezione del capitale sociale. In generale, si osserva come l'**indice di fiducia diffusa sia correlato negativamente con il gap tra preoccupazione personale e istituzionale**, che ricordiamo essere una misura dell'insoddisfazione

delle misure adottate dai diversi livelli istituzionali: **dove maggiore è la fiducia verso un senso civico di comunità minore è l'insoddisfazione per le misure istituzionali.**



## Comportamenti sotto sorveglianza

L'indagine prosegue investigando la percezione del campione rispetto ai comportamenti posti sotto sorveglianza nelle diverse fasi di gestione della pandemia e cercando di raccogliere informazioni rispetto a tre nodi tematici:

- di quali libertà e/o possibilità si sia sentita maggiormente la negazione;
- quali cambiamenti strutturali si ha percezione che la pandemia abbia innescato e quali di questi si presume possano durare nel tempo;
- quali trasformazioni la pandemia e la sua gestione hanno prodotto sugli stili di vita individuali, sulle scelte e comportamenti personali.

## Coronavirus: di quali libertà ha sentito la mancanza?

In un periodo in cui il comportamento individuale è stato posto sotto sorveglianza e a restrizioni prolungate nel tempo, alle persone interpellate è stato chiesto quale fosse la libertà o la possibilità o lo spazio di interazione del quale sentisse maggiormente la mancanza. **In una "scala di mancanza", il campione conferma anche in questa circostanza come la dimensione relazionale sia l'area di maggiore sofferenza.** A mancare, infatti, è soprattutto la "libertà/possibilità di stare con le persone care" (8,5) e poi a seguire "la possibilità di circolare liberamente" (7,2), "la libertà/possibilità di svago" (6,5) e "la libertà/possibilità di lavorare" (6,3) e una più generale "libertà/possibilità di stare in mezzo alla gente" (6,0). È scarsamente percepito come mancanza, invece, la "possibilità/libertà di shopping" (4,6).

Figura 53 – In un periodo in cui il comportamento individuale è posto sotto sorveglianza, cosa Le manca e in che misura?

Indicatore da 1 a 10 (da 1=nessuna a 10=molto)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

L'incrocio con le variabili suggerisce alcune tendenze di rilievo:

- il senso di negazione delle libertà individuali appare bilanciato in una **logica di genere**: si ravvisa tuttavia come la mancanza della libertà di lavorare e di stare con le persone care sia più alta per le donne mentre la mancanza della libertà di svago sia relativamente più alta per gli uomini;
- in generale, si ravvisa una relazione inversa tra il senso di mancanza e **l'età anagrafica**: al crescere degli anni le restrizioni alle libertà individuali sono meno avvertite come mancanze;
- rispetto alla posizione professionale è da rilevare come la mancanza della libertà di lavorare sia massima tra i **lavoratori autonomi (7,9)** e **disoccupati (8,0)** mentre per i **lavoratori dipendenti** sia più contenuta (6,2) evidenziando una frattura percettiva tra chi ha potenzialmente potuto beneficiare di una continuità reddituale e chi no;
- rispetto al **titolo di studio** si notano relazioni opposte. Al crescere del titolo di studio cresce la mancanza rispetto alla libertà di svago e alla libertà di circolazione mentre decresce la mancanza rispetto alla *"libertà di shopping"* e di *"stare in mezzo alla gente"*.

Tabella 9 – Mancanza di libertà/possibilità durante il lockdown per regione

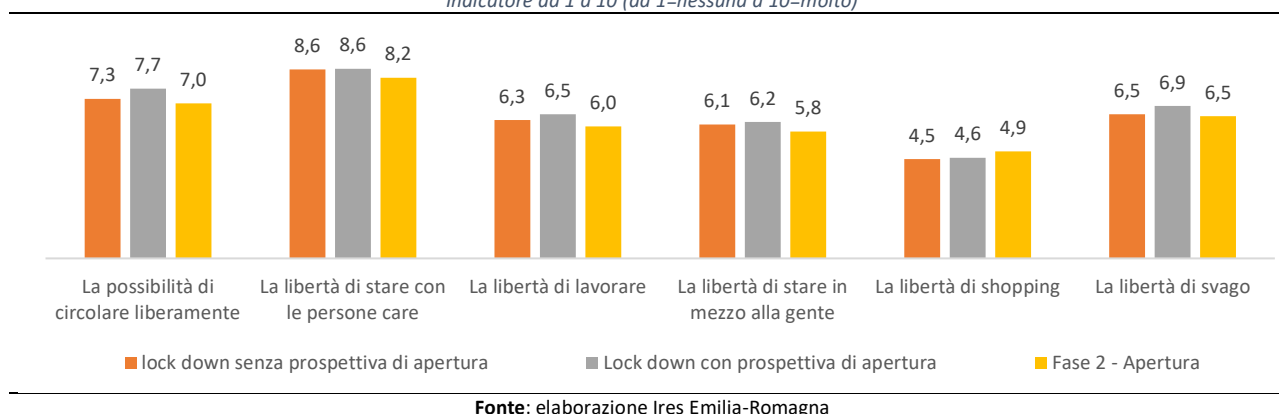
	La possibilità di circolare liberamente	La libertà/possibilità di stare con le persone care (parenti, amici)	La libertà/possibilità di lavorare	La libertà/possibilità di stare in mezzo alla gente	La possibilità/libertà di shopping	La libertà/possibilità di svago (sport, tempo libero, ristoranti)
Abruzzo	7,1	8,5	6,6	6,1	4,6	6,1
Basilicata	6,7	8,5	7,1	6,8	5,3	6,0
Calabria	7,0	8,9	7,2	6,5	5,0	6,3
Campania	7,3	8,6	7,3	6,8	5,3	6,6
Emilia-Romagna	7,3	8,5	5,9	6,1	4,4	6,7
Friuli Venezia Giulia	7,5	8,3	5,8	5,7	4,5	6,7
Lazio	7,2	8,6	6,3	6,0	4,6	6,7
Liguria	7,2	8,5	6,3	5,5	4,6	6,2
Lombardia	7,2	8,5	6,1	6,0	4,6	6,5
Marche	6,9	8,0	6,5	5,3	4,4	6,0
Molise	8,5	9,3	4,8	4,5	4,8	5,8
Piemonte	7,1	8,3	6,1	5,6	4,5	6,6
Puglia	7,3	8,6	7,0	6,6	5,2	6,5
Sardegna	7,4	8,8	7,4	6,4	5,0	6,4
Sicilia	7,4	8,8	6,9	6,2	5,2	6,6
Toscana	7,2	8,5	6,2	5,9	4,5	6,4
Trentino Alto Adige	6,6	7,7	5,7	6,2	3,8	6,8
Umbria	7,3	8,6	6,4	5,3	4,3	6,2
Valle d'Aosta	8,2	8,8	6,7	6,4	4,6	7,7
Veneto	7,3	8,4	6,2	5,8	4,2	6,5
<b>Totale</b>	<b>7,2</b>	<b>8,5</b>	<b>6,3</b>	<b>6,0</b>	<b>4,6</b>	<b>6,5</b>

Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Il **confronto con le regioni** evidenzia come la negazione delle libertà individuali riproduca la stessa lettura percettiva nelle singole regioni: è sempre la mancanza della libertà di stare con i propri cari ad essere avvertita maggiormente come elemento di sofferenza. Se la “scala delle mancanze” delle libertà individuali rimane invariata attraversando il territorio nazionale sono però ravvisabili alcuni scostamenti tra aree geografiche di interesse. In particolare la mancanza del lavoro sembra essere percepita di più nelle regioni del Sud mentre la mancanza della libertà di svago di più nelle regioni del Nord.

Il **confronto tra le diverse fasi della gestione della pandemia** mostra una flessione di tutti gli indicatori di mancanza delle libertà individuali ma con un *trend* meno accentuato rispetto alle altre aree indagate evidenziando **come il tessuto percettivo delle persone sia stato fortemente provato dalla pandemia e molte delle aree di sofferenza emotiva siano ormai radicate**. In generale si rileva come la mancanza delle libertà individuali sia strettamente correlata alle singole dinamiche delle preoccupazioni soggettive: la mancanza della libertà di lavoro, ad esempio, è relazionata alla preoccupazione di perdere il lavoro.

Figura 54 – Mancanza di libertà/possibilità durante il lockdown per fase della pandemia  
Indicatore da 1 a 10 (da 1=nessuna a 10=molto)



## Cosa produrrà nel tempo il Coronavirus?

È stato inoltre chiesto al campione di provare ad immaginare quali cambiamenti nel comportamento collettivo o nella percezione comune avrebbe prodotto il Coronavirus nel tempo. Su due aspetti sembra esserci una convergenza più marcata: la “*maggiore valorizzazione delle sanità pubblica*” (7,2) e una “*maggiore attenzione alle relazioni sociali (passare più tempo con familiari e amici)*” (6,7). Tutti gli altri *item* considerati si muovono in un *range* al di sopra del valore mediano rilevando una medesima possibilità di accadimento a scenari contrapposti. **Ne emerge, dunque, un quadro molto contraddittorio con ipotesi di impatto collettivo molto diversificato**. Sembra, invece, escludersi, almeno in termini relativi, che la pandemia possa portare ad una “*maggiore comprensione di chi si muove per cercare migliori condizioni di vita*” e il recente atteggiamento dell’opinione pubblica nei confronti della pandemia “importata” sembra darne conferma<sup>2</sup>.

Il confronto con le variabili esplicative aiuta a comprendere meglio il quadro complessivo che esprime un sostanziale equilibrio fra posizioni molto contrapposte:

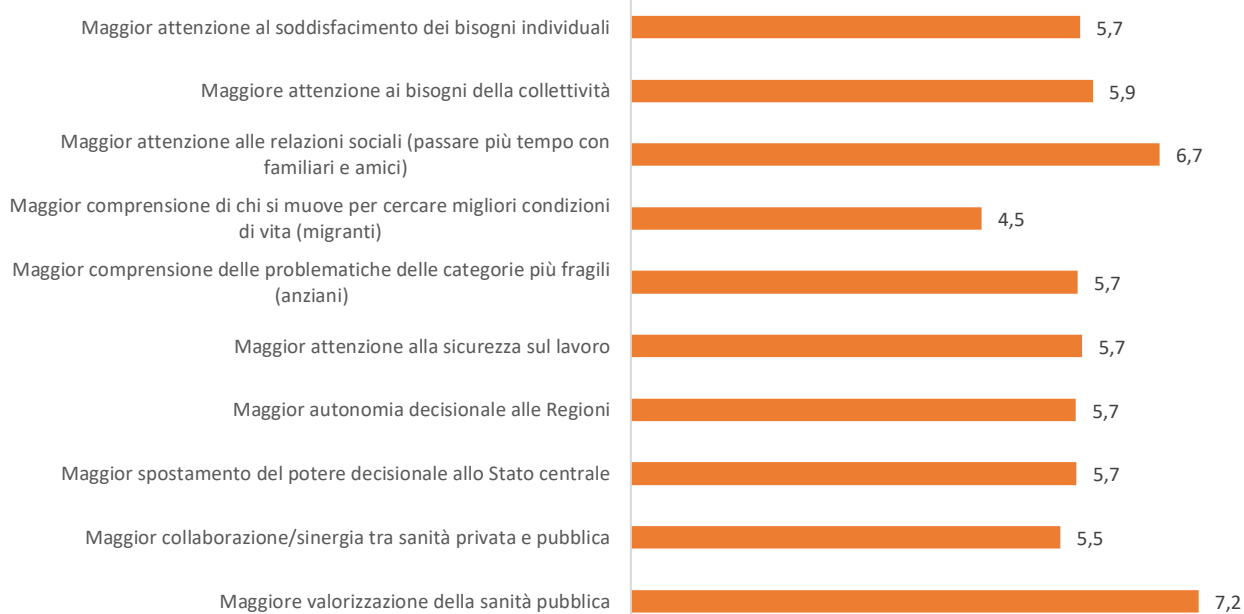
- pur muovendosi sulle stesse scale di priorità, si ravvisano alcune divergenze in termini di **genere**. In particolare se per le donne la pandemia produrrà una maggior spinta verso il decentramento, per gli uomini si ipotizza invece come effetto un maggior accentramento decisionale verso lo Stato;

<sup>2</sup> Il report è scritto a cavallo di luglio e agosto 2020.

- al crescere dell'**età** si registra un aumento relativamente alla *“maggiore valorizzazione della sanità pubblica”* - mentre lo scenario di una più stretta sinergia pubblico/privato non trova un addensamento di risposte per classe di età – ad un maggior spostamento dei processi decisionali verso lo Stato – mentre l'ipotesi di autonomia regionale non incontra concentrazioni per età di rilievo – e ad *“una maggiore comprensione delle problematiche delle categorie più fragili”*. Con l'età invece diminuisce l'idea che la pandemia spinga per un ulteriore individualismo;

Figura 55 – Secondo Lei, cosa produrrà nel tempo il Coronavirus?

Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

- la lettura per **posizione professionale** non indica differenze percettive consistenti tra lavoratore dipendente e lavoratore autonomo. Mentre si registrano scostamenti tra popolazione attiva e inattiva dove per la prima si riscontra una maggiore attenzione per la *“sicurezza sul lavoro”* e per la seconda una maggiore comprensione per le *“persone più fragili”*. Lo scenario che vede un maggior accentramento decisionale verso lo Stato è principalmente sostenuto dai pensionati mentre una più diffusa autonomia delle Regioni è un'idea che incontra più il favore delle casalinghe. Il confronto pensionati-casalinghe sembra riproporsi anche come categoria interpretativa rispetto al rapporto tra scenari di attenzione per bisogni individuali e collettivi: se per i pensionati la pandemia spinge verso il prioritario soddisfacimento dei bisogni collettivi, per le categorie dei casalinghi/e verso un inasprimento di un processo di individualizzazione della società;
- il confronto per **titolo di studio** registra, generalmente, come al crescere della scolarizzazione diminuiscano tutti gli indici di impatto strutturale della pandemia sui comportamenti e opinioni collettive.

Il **confronto interregionale** ripropone lo stesso *pattern* interpretativo del campione nel suo insieme. Ma se lo scenario che vede una valorizzazione della sanità pubblica supera sempre e in misura importante lo scenario di una più spinta sinergia pubblico/privato, quando si guarda al rapporto tra decentramento e accentramento si scorgono posizioni diverse. L'idea che la pandemia produrrà una più intensa autonomia

regionale appare più marcata in **Trentino Alto Adige, Veneto, Emilia-Romagna, Campania, Lombardia, Liguria e Friuli Venezia Giulia.**

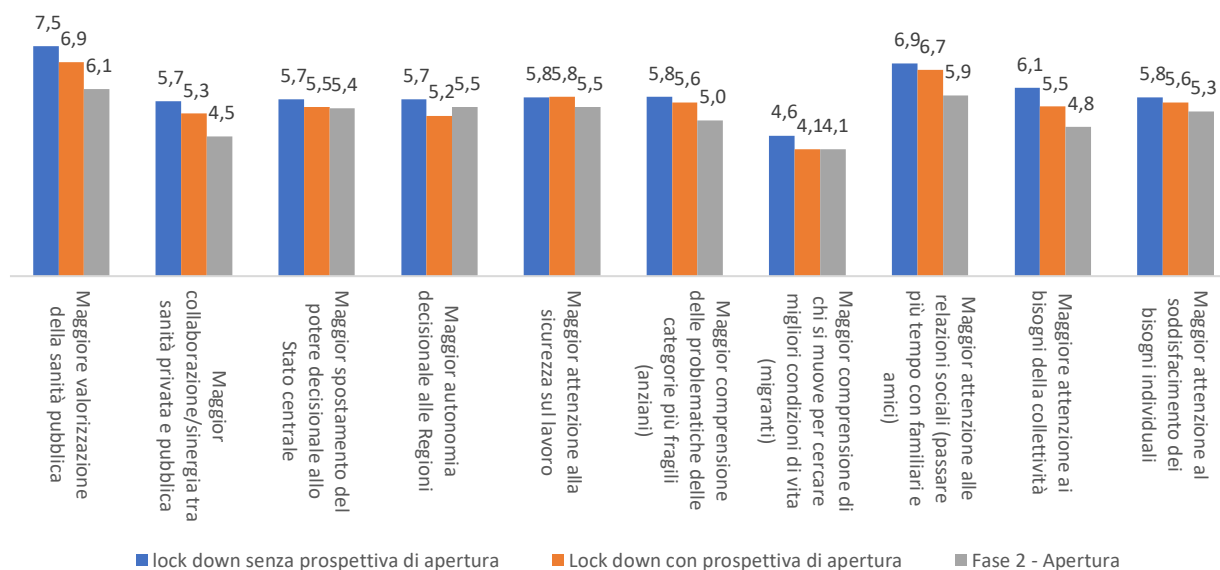
Tabella 10 – Cambiamenti indotti dal Coronavirus per regione, Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)

	Maggiore valorizzazione della sanità pubblica	Maggior sinergia tra sanità privata e pubblica	Maggior potere decisionale allo Stato centrale	Maggior autonomia decisionale alle Regioni	Maggior attenzione alla sicurezza sul lavoro	Maggior attenzione ai problemi delle categorie più fragili (anziani)	Maggior attenzione a chi si muove per cercare migliori condizioni di vita (migranti)	Maggior attenzione alle relazioni sociali	Maggiore attenzione ai bisogni della collettività	Maggior attenzione ai bisogni individuali
Abruzzo	6,9	5,2	6,1	5,1	5,7	5,3	4,3	6,6	5,5	6,0
Basilicata	7,2	5,6	6,3	4,6	6,3	6,2	4,8	7,1	6,2	6,5
Calabria	7,2	5,8	5,9	5,3	6,0	6,2	5,2	7,0	6,4	6,2
Campania	7,1	5,4	5,8	6,3	5,9	5,8	4,9	6,9	6,1	5,9
ER	7,5	5,6	5,6	6,0	5,6	5,7	4,4	6,8	6,0	5,7
FVG	7,1	5,4	5,6	6,1	5,8	5,7	4,1	6,5	5,7	5,6
Lazio	7,4	5,2	6,1	4,8	5,8	5,6	4,4	6,7	6,0	5,7
Liguria	6,5	4,9	5,1	5,4	5,4	5,3	3,8	6,4	5,3	5,9
Lombardia	6,9	5,5	5,4	5,6	5,8	5,7	4,4	6,7	5,8	5,7
Marche	6,7	4,9	5,4	5,2	5,5	5,4	3,9	6,3	5,1	5,1
Molise	7,0	4,8	5,8	5,8	4,5	4,8	4,8	6,5	5,0	5,3
Piemonte	6,7	5,2	5,5	5,5	5,3	5,2	4,2	6,3	5,3	5,6
Puglia	7,4	5,9	6,3	5,4	5,9	5,9	4,9	7,0	6,3	6,0
Sardegna	6,8	5,5	6,0	5,0	6,0	6,0	4,6	6,9	6,0	6,0
Sicilia	7,1	5,6	5,6	5,4	5,7	5,7	5,0	7,1	6,1	6,0
Toscana	7,4	5,4	6,0	5,2	5,9	5,8	4,8	6,8	6,0	5,6
Trentino AA	6,9	5,4	4,9	6,3	6,4	5,7	4,0	6,6	5,5	6,4
Umbria	7,1	5,3	6,0	4,5	5,5	5,8	4,5	6,9	5,7	6,2
Valle d'Aosta	7,0	5,4	5,3	4,8	5,8	5,9	4,4	7,1	6,0	5,4
Veneto	7,4	5,5	5,5	6,2	6,1	5,9	4,3	6,6	5,8	5,5
<b>Totale</b>	<b>7,2</b>	<b>5,5</b>	<b>5,7</b>	<b>5,7</b>	<b>5,7</b>	<b>5,7</b>	<b>4,5</b>	<b>6,7</b>	<b>5,9</b>	<b>5,7</b>

Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

È di interesse osservare come con il passare del tempo si depotenzino tutti gli scenari di impatto della pandemia sui comportamenti e opinioni collettive. **In particolare a cadere rapidamente è l'idea che con il Coronavirus si produca una valorizzazione della sanità pubblica** ma allo stesso tempo a perdere consenso è anche lo scenario sinergico tra sanità pubblica e privata non alterandone dunque il rapporto in termini di preferenza.

Figura 56 – Cambiamenti indotti dal Coronavirus per fase della pandemia, Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)



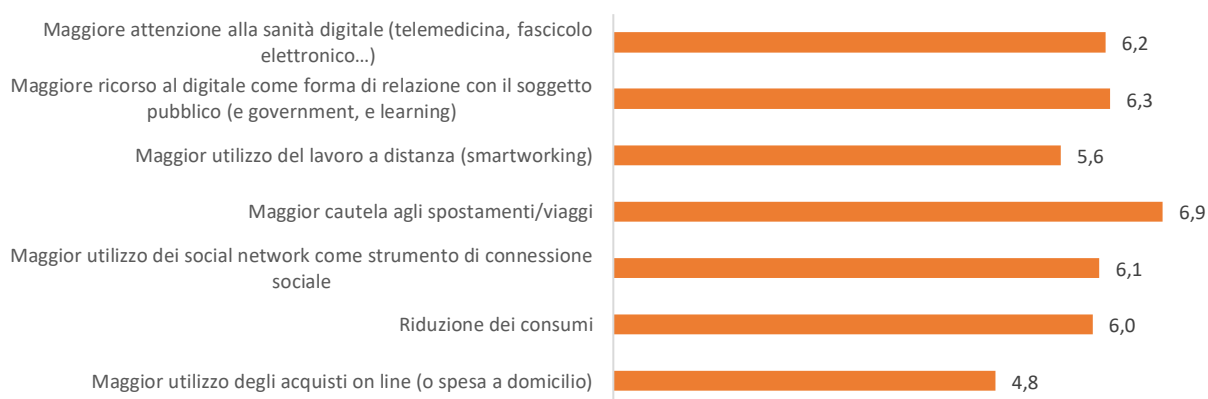
Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

## Come il Coronavirus cambia gli stili di vita?

In ultimo, la parte dell'indagine che si occupa del rapporto tra Coronavirus e comportamenti individuali e collettivi si sofferma sull'impatto della pandemia sugli **stili di vita**. Le misure restrittive, le preoccupazioni reali e alimentate dai mass media hanno indotto trasformazioni dei comportamenti che rimarranno nel tempo. Nello specifico, il campione sottolinea come la pandemia abbia sicuramente ingenerato “una maggiore cautela agli spostamenti/viaggi” (6,9), dimensione che inevitabilmente si ripercuote sull'economia turistica e sulla mobilità in generale. A seguire, altri stili di vita che si modificheranno nel tempo riguardano il **rapporto con il digitale**. Ed in particolare il dialogo con la pubblica amministrazione attraverso il digitale (e *government*), una maggiore attenzione alla sanità digitale (tema su cui ci concentreremo nel prossimo capitolo) e un potenziamento del digitale per mantenere la connessione con la società, e quindi principalmente *social network*. Diversamente lo *smartworking* e quindi il lavoro da remoto, per come è stato interpretato nel periodo di *lockdown*, non si percepisce come uno scenario di cambiamento alla pari con le altre trasformazioni comportamentali imputabili al digitale sebbene raggiunga una quota di rilievo superando il valore mediano. Il campione complessivo, inoltre, non ritiene probabile che l'*e commerce*, e quindi gli acquisti *on line*, possano aumentare strutturalmente nel tempo. Si presume che la pandemia possa portare, in qualche forma, ad un consumo più consapevole.

Figura 57 – Come e in che misura pensa che il Coronavirus cambi strutturalmente i suoi stili di vita?

Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Ma ovviamente quella finora proposta è una lettura sul campione nella sua complessità. L'incrocio con i profili dei rispondenti contribuisce a chiarire meglio come si distribuiscono le risposte:

- in generale, sono le **donne** a segnalare un più accentuato cambiamento degli stili di vita a fronte del Coronavirus ed in particolare rispetto ad un uso più intenso dei *social network* per la connettività sociale;
- in generale, la percezione che la pandemia possa cambiare gli stili di vita diminuisce al crescere **dell'età anagrafica**. Ma non sempre. L'*e commerce* mostra una propensione decrescente legata all'età ma anche per gli *under 35* non raggiunge punteggi di rilievo. Per la sanità digitale, diversamente, la probabilità di uno suo utilizzo più diffuso aumenta al crescere delle classi di età;
- la percezione di un cambiamento degli stili di vita aumenta al crescere del **titolo di studio**;

- il confronto per **posizione professionale** non mostra particolari asimmetrie se non confermare come i pensionati, così come le persone più anziane, percepiscono la pandemia come meno impattante sui loro stili di vita, fatto salvo un più assiduo ricorso alla sanità digitale.

La **comparazione tra le regioni** mostra come gli scenari di trasformazione degli stili di vita a fronte del Covid-19 siano pressoché gli stessi su tutto il territorio nazionale. L'intensificazione dell'*e-commerce* rimane sempre al di sotto del valore mediano raggiungendo i picchi negativi in Umbria e Abruzzo. **Il tema della sanità digitale è particolarmente avvertito in Emilia-Romagna e Puglia** e meno percepito come cambiamento in Liguria, Piemonte e Trentino Alto Adige. Lo *smart work* rappresenta un possibile approdo dei cambiamenti strutturali degli stili di vita nel Lazio e in Puglia mentre mostra uno score più contenuto in Trentino Alto Adige, Marche, Piemonte e Umbria (Tabella 11).

**In generale sono le regioni del Sud a segnalare come la pandemia possa ingenerare cambiamenti più importanti sugli stili di vita dei singoli cittadini.** In particolare il *gap* percettivo a favore delle Regioni del Sud si rintraccia relativamente ad un uso più diffuso dei *social network* come strumento di connettività sociale, ad un utilizzo più diffuso del lavoro da remoto e dei servizi dematerializzati per la pubblica amministrazione (politiche di *e-government*). **Sulla sanità digitale, invece, si riscontra un sostanziale equilibrio in termini di area geografica.**

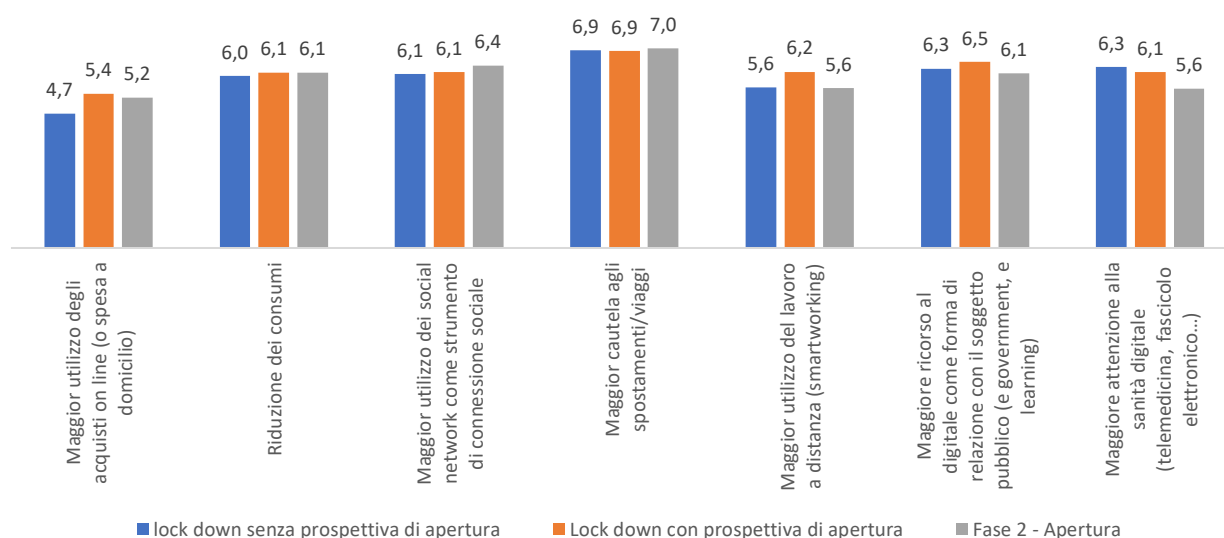
Tabella 11 – Impatto del Coronavirus sugli stili di vita per regione, Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)

	Maggior utilizzo degli acquisti online (o spesa a domicilio)	Riduzione dei consumi	Maggior utilizzo dei social network come strumento di connessione sociale	Maggior cautela agli spostamenti/viaggi	Maggior utilizzo del lavoro a distanza (smartworking)	Maggiore ricorso al digitale come forma di relazione con il soggetto pubblico (e government, e learning)	Maggiore attenzione alla sanità digitale (telemedicina, fascicolo elettronico...)
Abruzzo	4,3	6,3	6,5	7,4	6,1	6,3	6,0
Basilicata	5,0	6,2	6,5	7,3	6,1	6,6	5,9
Calabria	4,7	6,0	6,3	7,3	5,8	6,4	6,1
Campania	5,0	6,4	7,1	7,4	6,2	6,6	6,3
ER	4,7	6,0	5,9	6,8	5,4	6,3	6,8
FDV	4,5	5,6	5,7	6,7	5,4	5,9	5,7
Lazio	4,9	6,1	6,2	6,9	6,5	6,6	6,1
Liguria	5,0	5,9	6,5	7,2	5,6	6,1	5,5
Lombardia	5,2	6,2	6,1	6,8	5,6	6,2	6,2
Marche	4,5	6,0	5,8	6,6	5,2	5,6	5,6
Molise	4,3	6,3	7,0	7,5	6,3	6,5	7,0
Piemonte	4,8	5,9	5,9	6,7	5,2	5,9	5,4
Puglia	5,0	6,1	7,0	7,5	6,2	6,9	6,5
Sardegna	4,7	5,8	6,3	7,3	5,8	6,6	5,8
Sicilia	5,1	6,4	7,0	7,3	5,9	6,7	6,2
Toscana	4,7	6,0	6,0	7,0	5,5	6,1	6,0
Trentino AA	4,7	5,4	6,3	6,8	4,7	5,8	5,2
Umbria	3,9	5,8	6,2	7,1	5,1	6,4	5,7
Valle d'Aosta	4,8	6,1	4,9	6,5	4,6	6,0	6,1
Veneto	4,8	6,0	5,8	6,7	5,6	6,0	6,0
<b>Totale</b>	<b>4,8</b>	<b>6,0</b>	<b>6,1</b>	<b>6,9</b>	<b>5,6</b>	<b>6,3</b>	<b>6,2</b>

Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Il confronto per fasi della pandemia pone in evidenza come, con il tempo, cresca la percezione che il Coronavirus impatti sugli stili di vita dei singoli. Persiste la sensazione che la pandemia alteri la propensione individuale alla mobilità e l'attenzione ad un consumo più consapevole. Aumenta, invece, la percezione che *l'e-commerce* entri nelle modalità ordinarie di consumo e che i *social network* possano aiutare le relazioni sociali. **A diminuire invece nel tempo è l'attenzione alla sanità digitale.**

Figura 58 – Impatto del Coronavirus sugli stili di vita per fase della pandemia  
*Indicatore da 1 a 10 (da 1=per nulla a 10=molto)*



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

## Sanità digitale

Raccolta la percezione del campione rispetto agli effetti ed impatti del Coronavirus, l'indagine si spinge ad analizzare alcuni aspetti della **sanità digitale**, ovvero quell'insieme di risorse, soluzioni e tecnologie informatiche applicate alla salute e alla sanità<sup>3</sup>. L'indagine non intende esplorare le diverse traiettorie assunte o assumibili dalle diverse declinazioni ed espressioni della sanità digitale ma investigare alcuni comportamenti dei cittadini nel corso della pandemia nel tentativo di capire gli spazi di espansione del rapporto tra medicina, salute, sanità e le potenzialità della digitalizzazione.

### Sanità digitale durante la diffusione del Coronavirus

Durante il periodo coperto dall'indagine, e quindi marzo-giugno 2020, **circa 1 rispondente su 3 ha avuto bisogno di rapportarsi con le strutture sanitarie e nella larga parte dei casi il rapporto è passato attraverso l'interlocuzione del medico** e solo sporadicamente direttamente con la struttura sanitaria. Nell'8,5% dei casi, inoltre, il rapporto con le strutture è avvenuto sia con il medico che con le strutture sanitarie. In generale quindi si conferma, in linea con quanto già diverse ricerche sul tema hanno ribadito<sup>4</sup>, come il ruolo del medico abbia una funzione centrale nel rapporto con i cittadini, nel ruolo di orientamento verso le strutture sanitarie, sulle modalità comunicative e in una funzione informativa. Inevitabilmente quindi anche **le sorti dell'espansione delle diverse forme della sanità digitale non possono non dipendere da un coinvolgimento del medico di medicina generale**. Il contatto è avvenuto nel 62,4% dei casi attraverso il telefono ed il 13,2% di persone. Lo strumento delle app o della comunicazione digitale appare ancora limitato a circa il 20% dei contatti: 10,3% per e mail e 9 per Whatsapp. Il ricorso a Skype è piuttosto marginale.

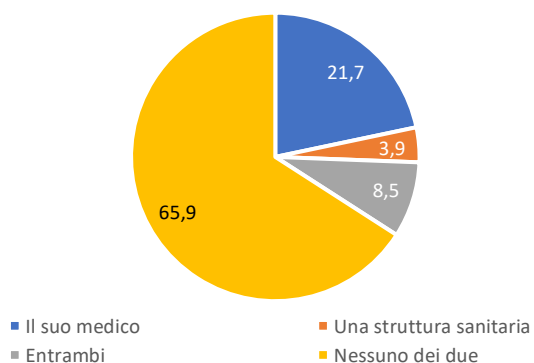
<sup>3</sup> Guiducci Marica (2020), Sanità 2.0, Internet, telemedicina e intelligenza artificiale, Alta Scuola SPI e LiberEtà

<sup>4</sup> De Rosi e Bersanti (2016), Patient satisfaction, eHealth and the evolution of the patient-general practitioner relationship: Evidence from an Italian Survey", in "Health Policy" 120, pp1279-1292

Ma anche in questo caso, l'incrocio con le diverse variabili esplicative aiutano meglio a dettagliare quanto la visione dall'alto della totalità del campione non consente:

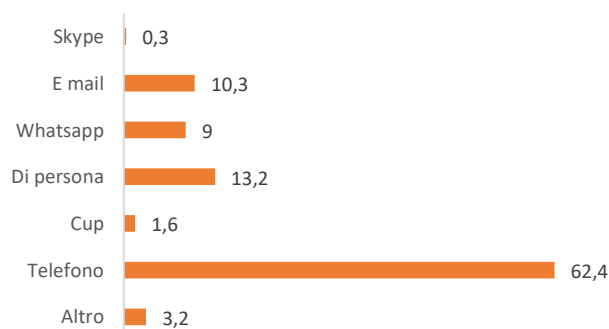
- se la variabile di **genere** non restituisce particolari asimmetrie delle risposte, **l'età anagrafica** mostra come **il bisogno di rapportarsi al servizio sanitario cresca all'aumentare della classe di età** e raggiunga la quota massima per gli over 65 con oltre il 40%. La modalità di contatto prevalente continua ad essere il telefono ma i profili anagrafici rilevano come per gli uomini la quota di chi si reca di persona è sensibilmente maggiore mentre per le donne si rileva una quota più alta relativamente ai contatti telefonici. **La distribuzione per classe di età mostra come il contatto attraverso gli strumenti digitali crescano al crescere dell'età** (whatsapp e e-mail) mentre i più giovani prediligano il telefono o la visita di persona;
- la lettura per **posizione professionale**, oltre a confermare il più alto ricorso alle strutture sanitarie per i pensionati, evidenzia come per autonomi e disoccupati la quota di chi non ha avuto bisogno di rapportarsi alle strutture sanitarie è sensibilmente più alta dei lavoratori dipendenti. Per quanto riguarda il canale di contatto si conferma la preferenza per lo strumento digitale per i pensionati e si segnala un utilizzo di *whatsapp* significativamente più alto della media per le casalinghe;
- la distribuzione per **titolo di studio** non mostra particolari asimmetrie nelle risposte.

Figura 59 – Nel periodo di diffusione del Coronavirus, ha avuto bisogno di rapportarsi con ....?



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

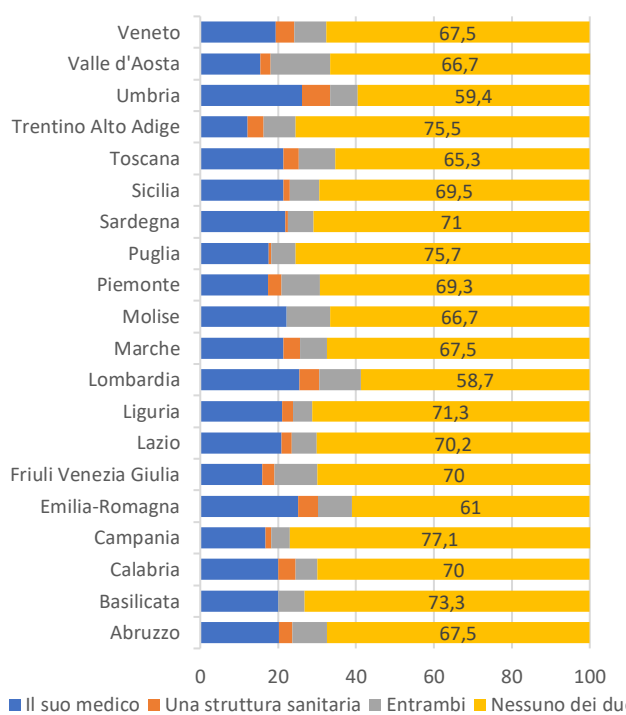
Figura 60 – Se sì, quale canale ha utilizzato?



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

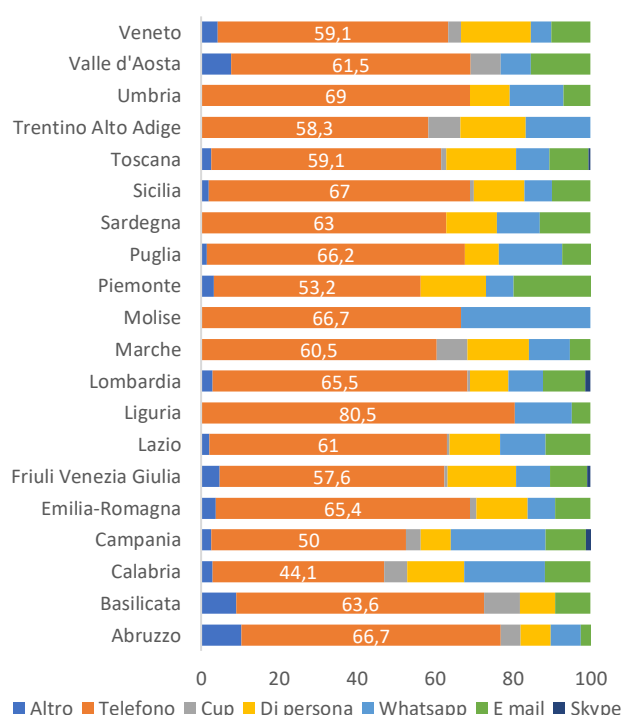
Un **confronto per regione** evidenzia come le quote più alte di chi ha avvertito il bisogno di prendere contatto con il medico o le strutture sanitarie nel corso della pandemia si rintraccino in **Lombardia, Emilia-Romagna e Umbria** mentre le quote minori in Campania, Puglia e Trentino Alto Adige. In tutti i casi, il bisogno di rapportarsi al servizio sanitario è passato prioritariamente attraverso la figura del medico di medicina generale. Relativamente ai canali di contatto è sempre il telefono a prevalere in tutte le regioni: si segnala come in Friuli Venezia Giulia si rilevi la quota più bassa del contatto telefonico, sebbene maggioritaria, e la quota più alta della visita "di persona". L'utilizzo di Whatsapp è massimo in Campania e Calabria mentre utilizzo della posta elettronica in Piemonte e Valle d'Aosta. Diversamente la posta elettronica è poca utilizzata in Abruzzo, Piemonte, Marche, Puglia e Umbria mentre Whatsapp nel Veneto.

Figura 61 – Rapporti con medici e strutture sanitarie durante il Coronavirus per regione



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

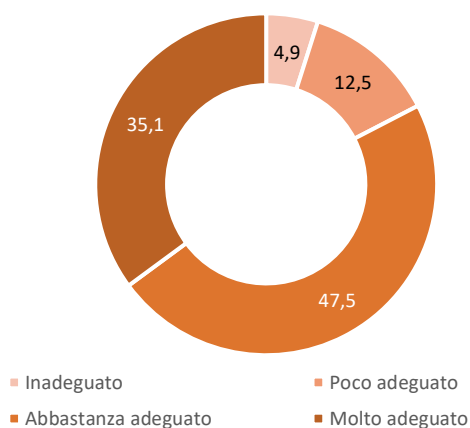
Figura 62 – Canale utilizzato per regione



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

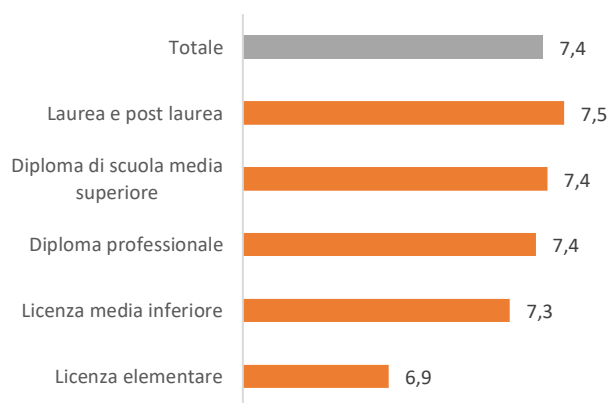
A chi ha avuto un contatto con il medico e le strutture sanitarie nel corso della pandemia è stato chiesto di esprimere una valutazione rispetto ai tempi e all'efficacia della risposta. In generale la risposta appare positiva: il 17,4% ne dà un giudizio negativo mentre l'82% ne dà un giudizio positivo, di cui il 40% circa molto positivo. Se si trasforma la valutazione per intervalli discreti in un **indicatore continuo sintetico di valutazione** si evidenzia come in una scala da 1 a 10 la valutazione media è pari a 7,4, ovvero un giudizio decisamente positivo. La valutazione aumenta al crescere del titolo di studio e al crescere dell'età, segnale incoraggiante considerato il più alto ricorso alle strutture sanitarie delle persone più anziane.

Figura 63 – Come valuta il contatto in termini di tempi ed efficacia di risposta?



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

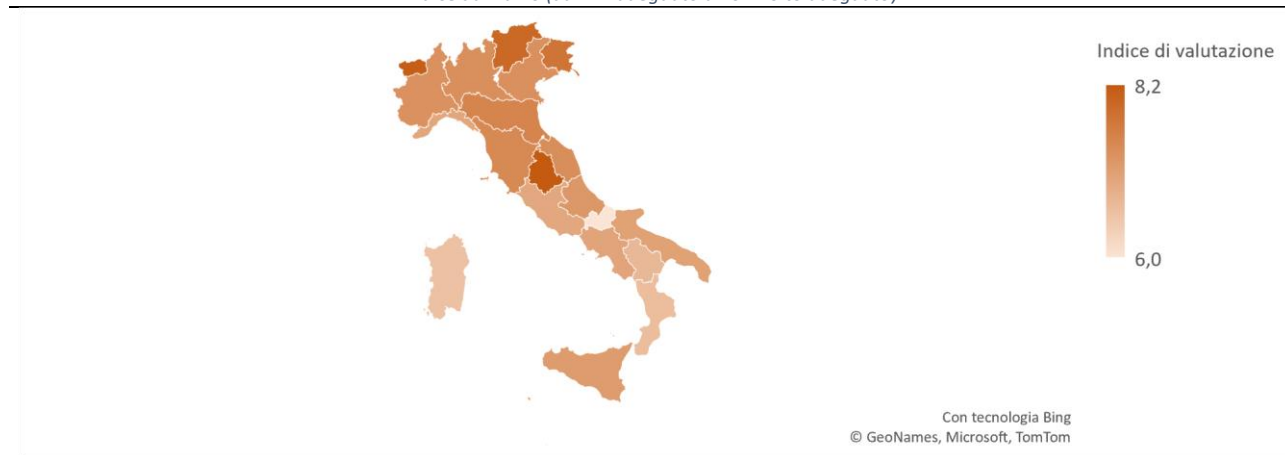
Figura 64 – Valutazione del contatto con medici e strutture sanitarie durante la pandemia, per titolo di studio  
Indice da 1 a 10 (da 1=inadeguato a 10=molto adeguato)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Il **confronto interregionale** mostra in generale come la valutazione sia più alta nelle regioni del Nord e Centro mentre risulti relativamente più contenuta nelle regioni del Mezzogiorno. Si rileva, comunque, come il *range* di oscillazione dell'indice sintetico di valutazione si muova sempre al di sopra del valore mediano.

Figura 65 – Valutazione del contatto con medici e strutture sanitarie durante la pandemia, per regione  
Indice da 1 a 10 (da 1= inadeguato a 10= molto adeguato)



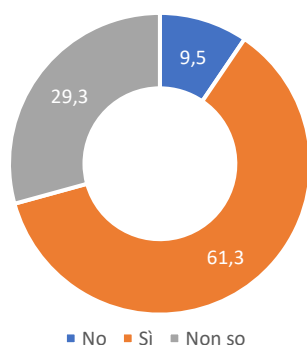
Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Continuando la sua esplorazione sul tema della sanità digitale, l'indagine si riapre alla totalità del campione interrogandolo sul livello di adeguatezza delle informazioni disponibili sui siti istituzionali e delle strutture sanitarie, e quindi Ausl, Aziende ospedaliere, Ministero della Salute e nella stessa Regione. **Il 61,3% le giudica adeguate, il 9,5% le valuta invece inadeguate mentre il 29,3% sospende il giudizio.**

In un confronto delle risposte per profilo socio-anagrafico emerge che:

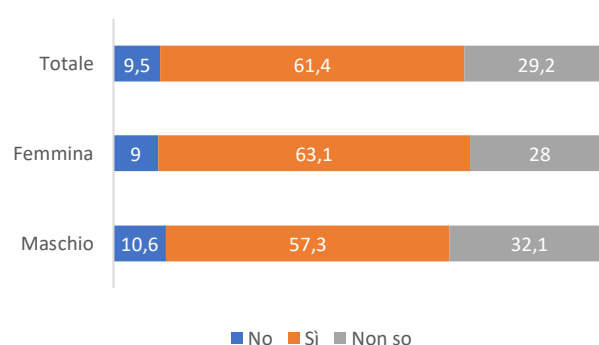
- la **valutazione tende ad essere più positiva per le donne** e a scendere al **crescere dell'età**: tra gli under 35 chi valuta le informazioni inadeguate è in media il 6,4% mentre per gli over 55 la percentuale sale all'11,2%;

Figura 66 – Sui siti istituzionali e delle strutture sanitarie (Ausl, Aziende ospedaliere, Ministero della Salute, Regione) ha trovato informazioni adeguate sul tema Coronavirus?



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Figura 67 – Valutazione sulla adeguatezza delle informazioni sul Coronavirus sui siti istituzionali e delle strutture sanitarie, per genere

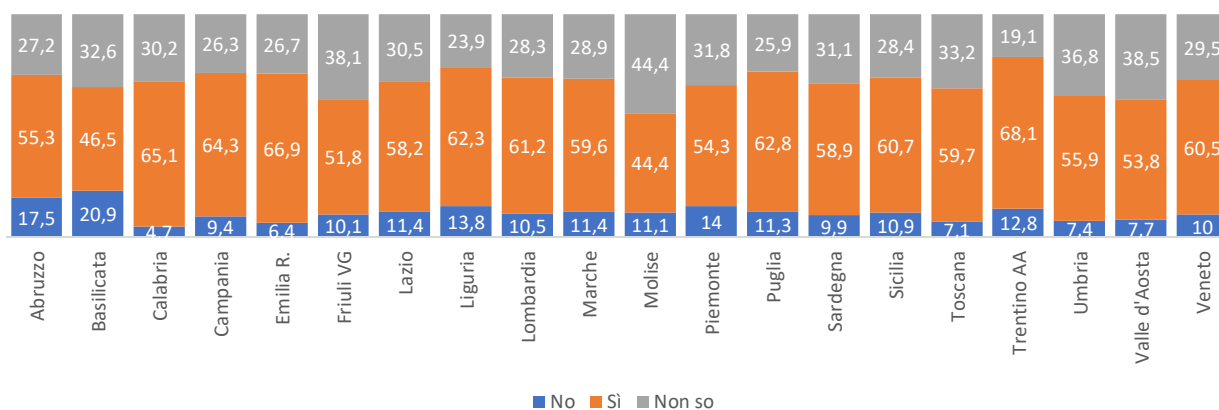


Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

- tendenzialmente **pensionati e lavoratori autonomi** esprimono una valutazione sempre positiva ma più contenuta rispetto ai lavoratori dipendenti: la quota di chi giudica inadeguata l'informazione sui siti istituzionali supera l'11% per pensionati e autonomi mentre rimane sull'8% per i lavoratori dipendenti;

- in generale si nota come la **valutazione cresce al crescere del livello di scolarizzazione** ma non per una flessione della quota di giudizi negativi ma perché si comprime la quota di chi sospende il giudizio: **al crescere del titolo di studio aumenta chi prende posizione**;
- la valutazione risulta relativamente più alta in Calabria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria (dove si raggiunge o si supera la quota del 90% di giudizi positivi tra chi esprime una valutazione) mentre risulta significativamente più basso della media in Basilicata, Abruzzo, Piemonte, Liguria e Molise.

Figura 68 – Valutazione sulla adeguatezza delle informazioni sul Coronavirus sui siti istituzionali e delle strutture sanitarie, per regione

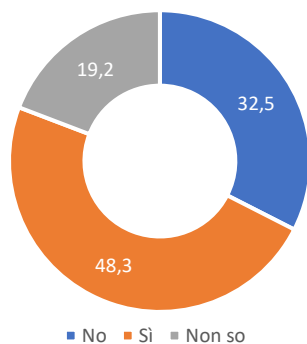


Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

A prescindere dall'aver o meno avuto il bisogno di ricorrere al medico o alle strutture sanitarie, l'indagine continua chiedendo al campione se avesse ritenuto importante *la presenza di un canale diretto di informazione nel corso della pandemia*, e quindi una *mailing list*, un servizio di Whatsapp o altro strumento di comunicazione diretta con la struttura sanitaria. Alla domanda **il 48,3% risponde affermativamente, il 32,5% non lo avrebbe ritenuto opportuno e il 19,2% non sa rispondere**. La quota di chi avrebbe ritenuto importante la presenza di un canale diretto di informazione:

- varia molto da regione e regione con punte massime lungo la dorsale adriatica e tendenzialmente con percentuali più alte nelle regioni del Sud (Figura 70);
- mostra percentuali più alte tra gli uomini, tra gli over 55 e quindi anche tra i pensionati;
- e registra una relazione inversa con il livello di scolarizzazione: **cresce al diminuire del titolo di studio**.

Figura 69 – Ritiene importante la presenza di un canale diretto di informazione (mailing list, whatsapp)?



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Figura 70 – Quota % di chi avrebbe ritenuto importante la presenza di un canale diretto di informazione



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

## Sanità digitale: fascicolo elettronico e consulto medico a distanza

L'analisi del tema sanità digitale non si limita a rilevare la percezione nel solo periodo pandemico ma si propone di considerare, più in generale, alcuni fattori di diffusione e implementazione del fenomeno (fascicolo sanitario elettronico) e la disponibilità del campione ad una sperimentazione di un servizio di teleconsulto medico.

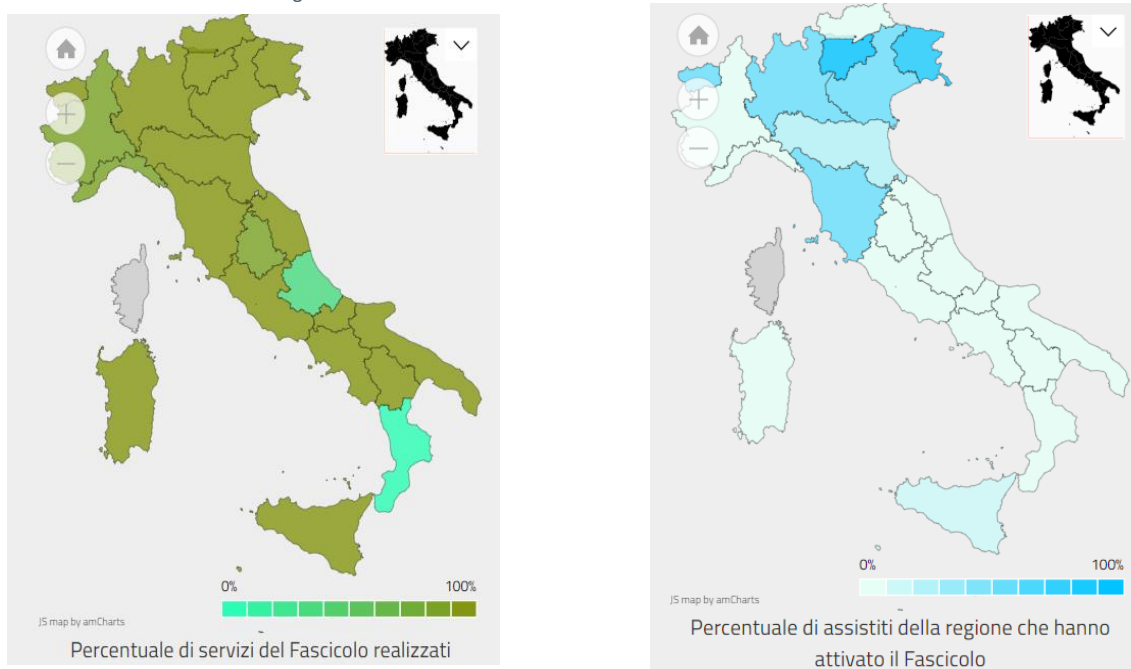
Il fascicolo sanitario elettronico raccoglie la storia clinica del paziente e rende facilmente disponibili *online* le informazioni e i diversi documenti prodotti dai medici e tutti gli operatori sanitari. Evidentemente i vantaggi del fascicolo sanitario elettronico sono molteplici tra cui:

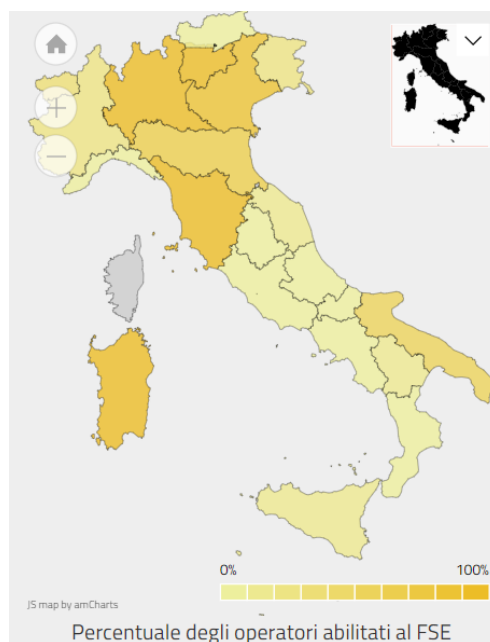
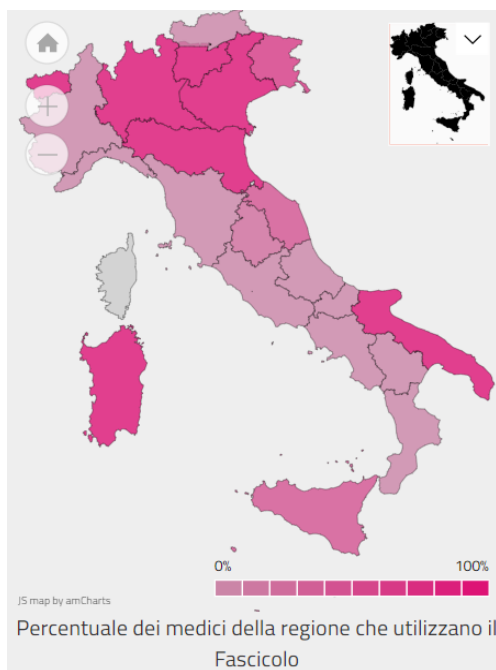
- avere sempre un unico punto di accesso della propria storia clinica sempre consultabile;
- trasmettere costantemente e repentinamente le informazioni al medico curante;
- evitare la duplicazione di esami e visite.

L'uso del Fascicolo sanitario elettronico in Italia ha avuto inizio con il Dpcm 178/2025 e prevede ad oggi una diffusione asimmetrica sul territorio nazionale. Per il monitoraggio della sua presenza e implementazione, l'Agenzia per il digitale Italia e il Ministero della Salute hanno sviluppato un sistema di rilevazione trimestrale per singole regioni disponibile al sito [www.fascicolosanitario.gov.it](http://www.fascicolosanitario.gov.it). Due sono le dimensioni monitorate: l'attuazione (percentuale dei servizi del FSE attuati) e l'utilizzo (attivazione di cittadini, medici e Ausl).

Il monitoraggio costante mette in luce come in termini di **percentuale di servizi del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) già realizzati** le uniche regioni sostanzialmente non allineate sono l'Abruzzo e la Calabria (mappa verde). Se invece si guarda alla **attivazione del FSE da parte dei cittadini** i colori della mappa (mappa azzurra) risultano molto più tenui indicando percentuali più contenute: si passa dal 97% del Trentino Alto Adige, al 56% della Lombardia, 57% della Toscana, 20% dell'Emilia-Romagna, al 14% della Sicilia e 3% della Puglia. Altro punto di vista di osservazione è il **grado di utilizzo del FSE da parte dei medici** (mappa viola).

Figura 71 – Osservatorio nazionale sul Fascicolo Sanitario elettronico





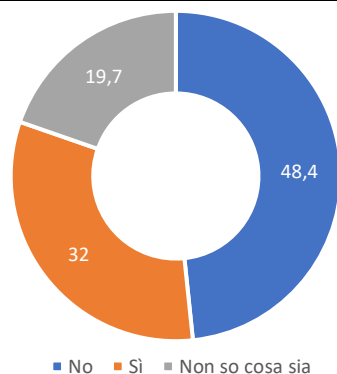
Fonte: <https://www.fascicolosanitario.gov.it/>

Anche in questo caso, la mappa nazionale appare molto variegata passando dal 100% dell'Emilia-Romagna, Lombardia e Trentino Alto Adige e Sardegna al 47% delle Marche allo 0% di Lazio, Campania, Basilicata, Calabria, Abruzzo, Liguria e Molise. In ultimo, il sistema di monitoraggio offre come strumento di misurazione **la percentuale di operatori abilitati al FSE** (mappa gialla): si passa dal 100% di Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana, all'88% del Veneto, al 60% di Emilia-Romagna, al 53% della Puglia, al 10% della Basilicata e allo 0% di Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Liguria.

Il quadro tracciato dall'osservatorio nazionale serve per inquadrare il posizionamento del nostro campione rispetto all'universo di implementazione e attivazione del FSE.

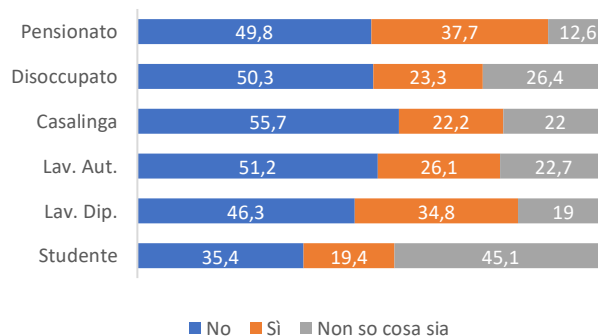
In linea con la distribuzione reale, si osserva come il fascicolo sanitario elettronico sia poco diffuso nel campione di indagine: solo il 32% dice di possederlo, il 48,4% non lo possiede e il 19,7% non sa cosa sia. Se la percentuale di chi ha attivato il FSE non è troppo difforme dalla sua reale attivazione nell'universo (32% nel campione, in media circa il 24% nell'universo), se si confronta la misura della distribuzione regionale si evince un disallineamento importante tra campione e universo, con un forte sbilanciamento sull'Emilia-Romagna (60% del campione ha attivato il FSE a fronte di circa un 20% dell'universo).

Figura 72 – Possiede il fascicolo sanitario elettronico?



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

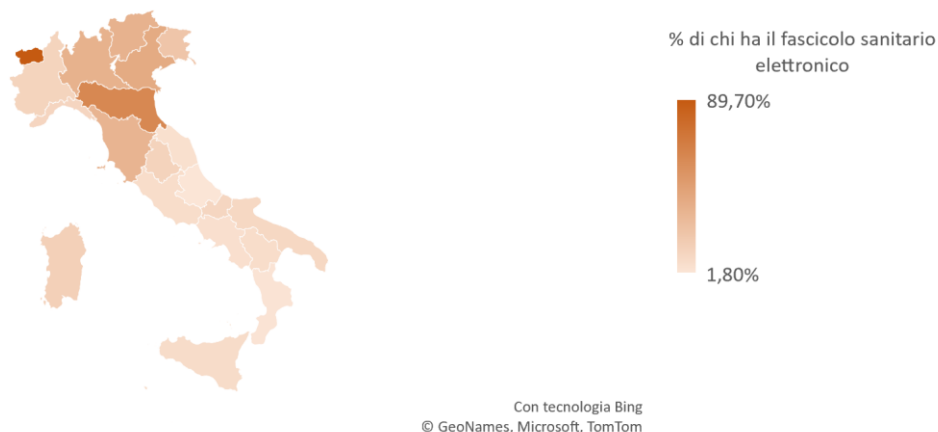
Figura 73 – Possesso del fascicolo sanitario elettronico per posizione professionale



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Si ribadisce quindi la non intenzione della nostra indagine di assurgere a rappresentare l'universo ma a fornire informazioni utili a cogliere i comportamenti delle persone. In generale, infatti, **si osserva come il nostro campione mostri una più alta attivazione del FSE tra i pensionati e i lavoratori dipendenti**, con il crescere dell'età anagrafica e del livello di scolarizzazione.

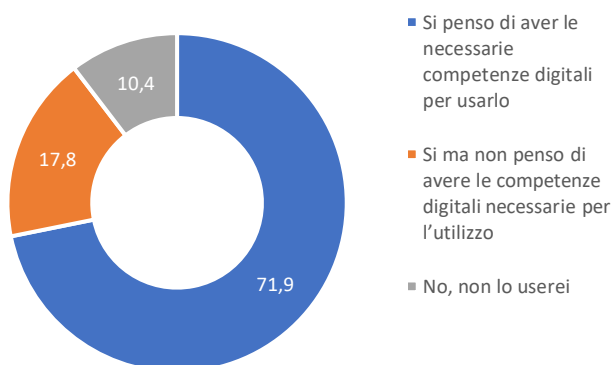
Figura 74 – Possesso del fascicolo sanitario elettronico per regione



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

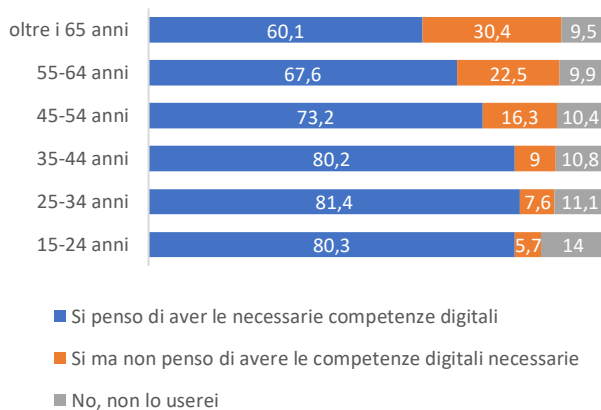
L'indagine prosegue chiedendo l'interesse del campione all'attivazione di un servizio di consulto medico a distanza attraverso tecnologie digitali e quindi una delle possibili applicazioni della sanità digitale. **La larga parte del campione (71,9%) sarebbe interessato e ritiene di avere le competenze necessarie per poterlo utilizzare, il 17,8% sarebbe interessato ma teme di non avere le competenze necessarie e solo il 10,4% non mostra alcun interesse.**

Figura 75 – Se venisse attivato un servizio di consulto medico a distanza attraverso tecnologie digitali, Lei lo userebbe?



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Figura 76 – Utilizzo di un servizio di consulto medico a distanza attraverso tecnologie digitali, per classe di età



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

**Si registra una correlazione positiva tra chi ha attivato il fascicolo elettronico sanitario e l'interesse al teleconsulto medico:** tra chi ha attivato il FSE la percentuale di chi mostra interesse per il teleconsulto medico e pensa di avere le competenze necessarie per utilizzarlo sale sopra all'81% mentre per chi non ha attivato il FSE resta al 67%.

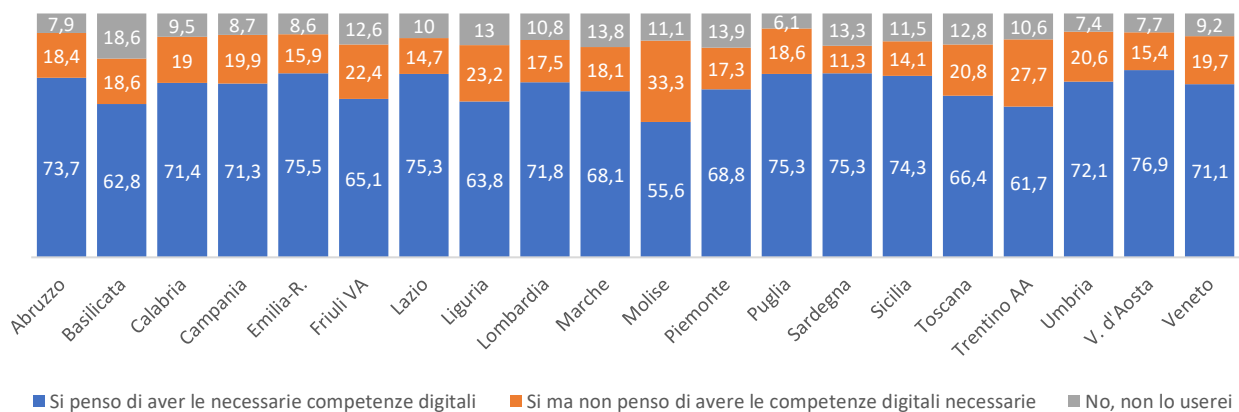
**L'interesse per il teleconsulto medico non sembra variare in base all'età anagrafica ma a mutare è la consapevolezza delle competenze necessarie all'utilizzo:** oltre l'80% tra i più giovani pensano di avere le competenze necessarie a fronte del 60% per gli over 65. Stessa linea interpretativa è applicabile in funzione

della scolarizzazione: chi pensa di avere le necessarie competenze per utilizzare il teleconsulto medico sale rapidamente al salire del livello di scolarizzazione.

Un confronto per regione mostra come:

- la quota di chi è disinteressato al teleconsulto medico sia massimo in Basilicata, Piemonte, Marche, Liguria e Sardegna mentre minimo in Puglia;
- la quota di chi sarebbe interessato ma teme di non avere le competenze necessarie raggiunge quote più alte in Liguria, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Umbria;
- dove invece si riscontra interesse e competenze necessarie in più alta percentuale sono Emilia-Romagna, Puglia, Sardegna, Sicilia e Lazio e Val d’Aosta.

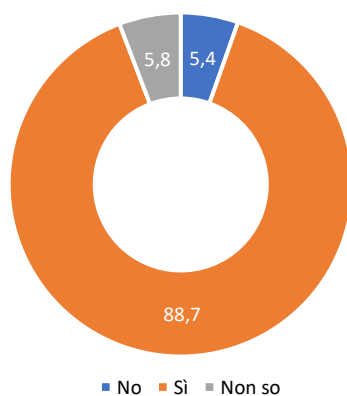
Figura 77 – Utilizzo di un servizio di consulto medico a distanza attraverso tecnologie digitali, per regione



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

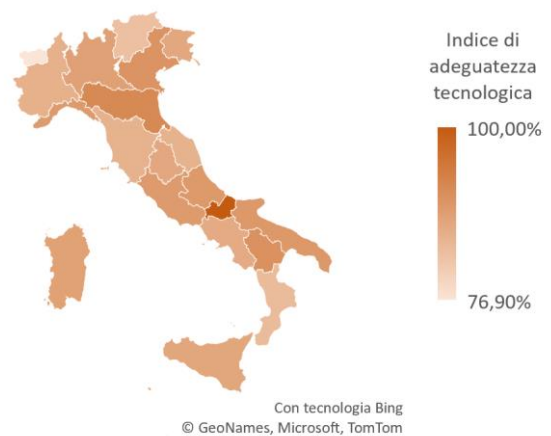
Ma non sempre l’inutilizzo di un servizio di teleconsulto medico dipende dal disinteresse o dalle competenze. A volte dipende dalla mancanza di una necessaria rete infrastrutturale, dai dispositivi elettronici, dalla connessione. Avendo preferito anche la distribuzione dell’indagine in formato digitale e non cartaceo, il nostro campione sembra presentare un alto livello di adeguatezza tecnologica: **l’88,7% del campione afferma, infatti, si disporre delle risorse tecnologiche/strumenti adeguati.**

Figura 78 – Se venisse attivato un servizio di consulto medico a distanza attraverso tecnologie digitali, Lei potrebbe disporre delle risorse tecnologiche/strumentali adeguate?



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Figura 79 – Quota di chi risponde “sì” rispetto alla adeguatezza tecnologica



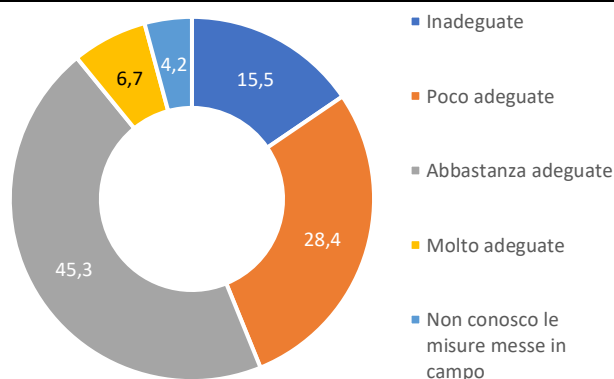
Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

**La attivazione del teleconsulto medico, quindi, non sembra incontrare tanto un problema tecnologico quanto un problema di competenze.** È infatti molto più alta la quota di chi sarebbe interessato al servizio di teleconsulto medico ma non ha le competenze necessarie di chi, invece, afferma di non avere le risorse tecnologiche adatte. La percentuale di chi dispone delle risorse tecnologiche adeguate varia da regione a regione ma oscilla sempre in un *range* molto alto (dal 76,9% al 100%) e mostra una relazione positiva con il livello di scolarizzazione.

## Misure a favore dei consumatori

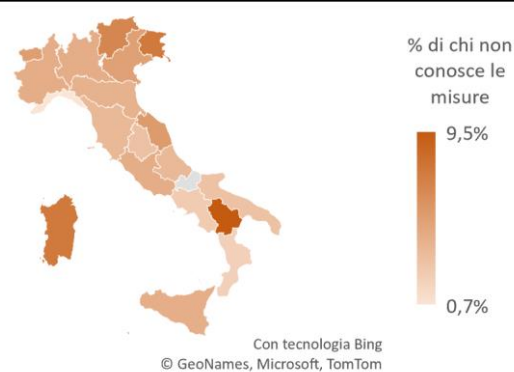
In ultimo, l'indagine si chiude con una domanda dedicata alle misure messe in campo dalle istituzioni a favore dei consumatori e quindi gli interventi rivolti al contenimento delle bollette, rimborso viaggi, sospensione mutui e così via: *“Complessivamente, come valuta l'efficacia delle misure messe in campo dalle Istituzioni a favore dei consumatori?”*. **Una percentuale marginale (4,2%) dice di non conoscere le misure messe in campo.** La quota di chi non conosce tale misura arriva fino al 9,5% con punte massime in Basilicata, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia e Sardegna (Figura 80). Tra chi le conosce sono distinguibili due blocchi: il **54% le considera adeguate o molto adeguate mentre il 46% le considera “poco adeguate” o “inadeguate”**.

Figura 80 – Complessivamente, come valuta l'efficacia dalle misure messe in campo dalle Istituzioni a favore dei consumatori?



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Figura 81 – Quota % di chi non conosce le misure messe in campo dalle istituzioni a favore dei consumatori



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Trasformando la valutazione sulle misure a favore dei consumatori in un indicatore sintetico continuo - sempre su scala 1-10 dove 1 sta per “inadeguato” e 10 a “molto adeguato” – si rileva come:

- l'indicatore si muove in un range 4,3 e 5,9 e questo implica che **in alcune regioni lo score esprime un giudizio negativo**. In particolare, il giudizio è relativamente più basso in Campania, Liguria, Piemonte, Sicilia e Sardegna mentre risulta più alto della media in Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Basilicata;
- **il giudizio delle donne appare più negativo** e l'incrocio per classi di età evidenzia come la quota di chi non ritiene adeguate tali misure cresca al diminuire dell'età: **le persone anziane si mostrano meno critiche**;
- sotto la lente della **posizione professionale**, è da rilevare come il giudizio più critico arrivi dai lavoratori autonomi e dai disoccupati (dove circa 3 su 5 considerano “inadeguate” o “poco adeguate” le misure”) ed il giudizio più generoso dai pensionati (più di 2 su 3 giudicano “abbastanza” o “molto” adeguate le misure);

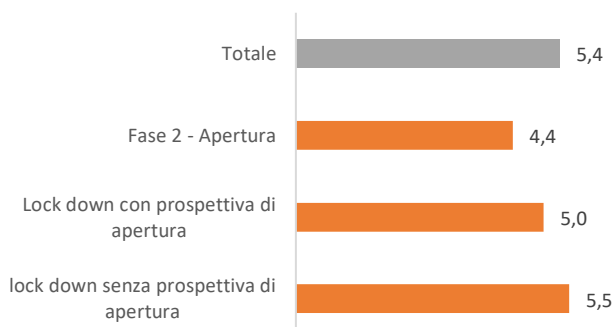
- il grado di inadeguatezza con cui si valutano le misure a favore dei consumatori diminuisce al crescere del **titolo di studio**;
- in ultimo, si rileva come anche il tempo produca una flessione della valutazione delle misure per i consumatori: nel passaggio dalla prima fase del *lockdown* alla fase 2 di riapertura, infatti, l'indice di valutazione sintetico scende da 5,5 a 4,4. Invece di favorire l'assimilazione e la comprensione delle misure per i consumatori, la variabile tempo sembra aver prodotto l'effetto contrario. È quindi ipotizzabile che le diverse misure messe in campo nei diversi provvedimenti continuino nel tempo a difettare di trasparenza.

Figura 82 – Indice di adeguatezza delle misure messe in campo dalle istituzioni a favore dei consumatori, per regione  
Indicatore su scala 1 a 10 (1=inadeguato a 10=molto adeguato)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

Figura 83 – Indice di adeguatezza delle misure messe in campo dalle istituzioni a favore dei consumatori, per fase della pandemia  
Indicatore su scala 1 a 10 (1=inadeguato a 10=molto adeguato)



Fonte: elaborazione Ires Emilia-Romagna

## Conclusioni

L'indagine promossa da Federconsumatori ha sicuramente il merito di aver dato voce ad oltre 8,5 mila persone distribuite su tutto il territorio nazionale con l'obiettivo di raccogliere paure, preoccupazioni, speranze maturate dai singoli cittadini nel corso delle diverse fasi della gestione della pandemia. Di fronte ad una mole così consistente di informazioni, di linee interpretative e di comparazioni tracciare le conclusioni finali risulterebbe sicuramente una operazione parziale. Si prova quindi a tessere alcuni ragionamenti partendo dai risultati d'indagine.

In primo luogo, i dati restituiscono nella loro forza espositiva come il fattore tempo sia la chiave di lettura più chiarificatrice per leggere le trasformazioni della dimensione percettiva. L'iniziale fiducia verso i diversi livelli istituzionali, verso il Sistema Sanitario e la Protezione Civile sembra indebolirsi attraversando le diverse fasi della pandemia. I dati non rilevano una mancanza di fiducia ma una fiducia calante in funzione del tempo. Ovviamente il rapporto fiduciario cambia da territorio a territorio. Anche in Emilia-Romagna si assiste ad una flessione della fiducia verso tutti i livelli istituzionali ma è da evidenziare come la Regione Emilia-Romagna, intesa come istituzione, continui a riscuotere un largo consenso anche dopo il *lockdown*. Evidentemente la modalità con cui la pandemia è stata gestita ha impattato diversamente sulle percezioni dei cittadini. Non appare casuale la caduta della dimensione fiduciaria dei cittadini verso l'istituzione regionale in Lombardia e, invece, un suo incremento in Veneto.

Anche i giudizi sulla reazione delle istituzioni allo *shock* esogeno prodotto dal Covid-19 diventano sempre più severi nel tempo e complessivamente è possibile osservare come esista una frattura valutativa tra il periodo del *lockdown* e del *post-lockdown*. Su tutto il territorio nazionale, pur se in misure e velocità diverse, si osserva una difformità di giudizio tra gestione della crisi sanitaria e gestione della crisi economica. Se rispetto alla crisi sanitaria si registra una omogenea valutazione positiva, rispetto alla crisi economica i giudizi si fanno più critici e territorialmente disomogenei.

I tempi di reazione diventano quindi di prioritaria importanza per evitare che l'iniziale calo di fiducia verso le istituzioni, unitamente ad un marginale riconoscimento del ruolo dei corpi intermedi (sindacati e partiti politici *in primis*) possano ingenerare un malcontento diffuso e difficilmente governabile. L'urgenza di rapidità di intervento trova poi giustificazione nel bisogno di non disperdere quella attenzione e sensibilità per il senso di collettivo e di bene comune accumulate nel periodo di *lock down*. Se si vuole che "*non sarà più come prima*" non sia solo uno *slogan* ma diventi la direzione di un cambiamento è importante agire sull'onda anche emotiva indotta dal Coronavirus per ridare protagonismo alla sanità pubblica, ad una nuova visione del consumo e ai bisogni collettivi. I dati lasciano intendere come tale sentimento collettivo stia progressivamente scemando nel tempo. Per fare in modo che lasci segni indelebili nella società del futuro è importante intervenire quanto prima in forma strutturale sui servizi di welfare, sulle politiche del lavoro, sulle politiche abitative e sulla sanità.

Il tempo, inoltre, aiuta a comprendere anche l'evoluzione delle preoccupazioni personali e istituzionali. Nel passaggio dalle diverse fasi della pandemia la salute continua ad essere in cima alle preoccupazioni dei cittadini ma insieme ai timori derivanti dall'impatto economico e dai riflessi sul mercato del lavoro. Ma un tema su cui molto spesso l'opinione pubblica non si sofferma è la fragilità delle relazioni sociali che la pandemia e il "distanziamento sociale" hanno prodotto. L'indagine evidenzia come la più alta insoddisfazione dei cittadini espressa come scarto tra preoccupazione individuale e impegno istituzionale afferisca proprio alle relazioni sociali e familiari. Tema che, dunque, dovrebbe assurgere a questione prioritaria nelle politiche sociali in tutti i territori se realmente si vuole tornare a ridare centralità politica alla voce del cittadino.

Non tutti siamo uguali di fronte al Covid-19. L'indagine sulla dimensione percettiva enfatizza come le reazioni emotive siano molto diverse e come possano evidenziarsi due principali variabili socio-anagrafiche esplicative. L'età e la posizione professionale. I giovani mostrano complessivamente valutazioni più severe e uno sguardo più critico rispetto alle persone più anziane. Al diminuire dell'età decresce la fiducia verso le istituzioni e aumenta l'insofferenza verso forme di controllo o restrizioni comportamentali. Nel panorama delle professioni è il lavoro autonomo a mostrare una dimensione percettiva più discordante evidenziando un più basso livello di fiducia rispetto alla capacità di risposta delle istituzioni e un livello di insoddisfazione più marcato, soprattutto relativamente alla questione lavorativa. Per il lavoro autonomo ne emerge un quadro di percepito abbandono davanti alle difficoltà indotte dal Covid-19 e il confronto con pensionati e lavoratori dipendenti aiuta a comprendere come la diversa garanzia di copertura reddituale abbia evidentemente ingenerato divergenze percettive.

In ultimo, è da segnalare come la pandemia abbia sicuramente mutato i comportamenti dei singoli e in particolar modo lungo due direttrici. Una maggiore attenzione agli spostamenti/viaggi che impone una rivisitazione del servizio del turismo e della mobilità, prima di tutto urbana. E un nuovo approccio verso il digitale. Digitale che non deve solo far pensare allo *smart work*, i cui lati positivi sono spesso stati offuscati da quelli negativi del *lock down*, ma anche ad una dematerializzazione dei servizi pubblici (*e gouvernement*), alla formazione *on line*, ad un uso più sociale dei *social network* e soprattutto alla sanità digitale. L'indagine mostra, in linea con l'osservazione ministeriale, come ancora poco diffuse siano le diverse declinazioni che la sanità digitale può assumere ma come ampia sia la disponibilità e l'apertura, in tutte le fasce di età, verso sperimentazioni di una sua progressiva implementazione. Per favorirne la diffusione nel territorio, l'indagine sembra far emergere due insegnamenti. In primo luogo, il processo di digitalizzazione, preconditione per una efficace implementazione della sanità digitale, non può essere semplicemente ricondotta ad una esigenza infrastrutturale ma impone l'apertura di una riflessione più ampia che sappia guardare anche alla dimensione culturale, alle competenze, usabilità e accessibilità: il *digital divide* non è solo un problema di connessione ma anche di utilizzo e conoscenza delle potenzialità del digitale. In secondo luogo, perché la sanità digitale rientri nella ordinarietà del comportamento sanitario è di cruciale importanza passare attraverso il medico di medicina generale, figura verso la quale si rileva un costante rapporto di fiducia anche nel corso delle diverse fasi della pandemia.