

Anno 2012 (media settembre-dicembre)

LA SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI ATTRAVERSO LA CRISI

Dati provvisori

■ La crisi economica attuale sollecita alcune valutazioni sulle condizioni di salute della popolazione e sulla risposta dell'assistenza sanitaria ai bisogni di salute. Le stime provvisorie dell'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" condotta dall'Istat, e realizzata con il sostegno del Ministero della Salute e delle Regioni, forniscono un primo quadro d'insieme su tali aspetti.

■ Nel 2012 oltre i due terzi della popolazione di 14 anni e più (66,9%) hanno riferito di stare bene o molto bene e il 7,7% di stare male o molto male. Il 14,8% dell'intera popolazione ha dichiarato almeno una malattia cronica grave e il 13,9% ha problemi di multicronicità (dichiara tre o più malattie croniche).

■ Aumentano le disuguaglianze sociali nella salute tra gli anziani: le persone over65 con risorse economiche scarse o insufficienti che dichiarano di stare male o molto male sono il 30,2% (28,6% nel 2005) contro il 14,8% degli anziani con risorse ottime o adeguate (16,5% nel 2005). In particolare gli anziani del Sud sono il gruppo di popolazione più vulnerabile.

■ Aumentano anche le disuguaglianze territoriali. Nel Sud le condizioni di salute peggiorano rispetto al 2005: cresce infatti, dal 13,2% al 15,5%, la quota di multicronici (in particolare fra le donne).

■ Peggiora inoltre la percezione dello stato di salute psicologico. L'indice, controllato per età, passa dal 49,6 del 2005 al 48,8 del 2012; diminuisce in particolare tra gli adulti di 45-54 anni, i residenti al Sud e le donne tra 45 e 64 anni che cercano di entrare nel mercato del lavoro.

■ Confrontando il secondo semestre 2012 con il semestre corrispondente del 2005, i consumi sanitari risultano in aumento per le visite mediche, stabili per gli accertamenti diagnostici e in lieve diminuzione per i ricoveri ospedalieri.

■ Le visite odontoiatriche si riducono del 23%. Il 14,3% delle persone di 14 anni e più vi ha rinunciato nell'ultimo anno pur avendone bisogno e, fra queste, l'85% lo ha fatto per motivi economici. Diminuiscono lievemente le visite dietologiche.

■ In crescita le prestazioni sanitarie a pagamento intero per gli accertamenti: la quota passa dal 21,0% al 24,9% per gli accertamenti specialistici, dall'8,1% al 14,1% per le analisi del sangue. Tali percentuali sono più elevate al Centro e al Sud; dove si registra anche l'incremento più forte rispetto al 2005.

■ A fronte di una sostanziale tenuta dei livelli di assistenza, nel 2012 l'11,1% della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria erogabile dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), pur ritenendo di averne bisogno. Oltre una persona su due rinuncia per motivi economici e circa una su tre per motivi di offerta.

■ A livello nazionale, il livello di soddisfazione per il Servizio sanitario pubblico appare stabile rispetto al 2005; in una scala da 1 a 10 il voto medio è 6, come effetto combinato dell'aumento dei molto soddisfatti al Nord e dei molto insoddisfatti nel Mezzogiorno.

■ Il livello di soddisfazione per le prestazioni sanitarie fruite (visite specialistiche, accertamenti specialistici, ricoveri ospedalieri) migliora sensibilmente se i cittadini utilizzano direttamente i servizi sanitari. Fra questi, oltre i due terzi attribuiscono voti di eccellenza (8-10), con differenze minime tra quelle erogate dal SSN rispetto al sistema privato. Ciò si riscontra anche nel Mezzogiorno, anche se le percentuali risultano di poco più basse.

Condizioni di salute della popolazione e ricorso ai servizi sanitari

Le stime provvisorie dell'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" condotta dall'Istat, e realizzata con il sostegno del Ministero della Salute e delle Regioni nel 2012-2013, riguardano le condizioni di salute della popolazione, l'utilizzo delle principali prestazioni sanitarie e l'eventuale rinuncia, il livello di soddisfazione espresso dai cittadini per l'assistenza sanitaria.

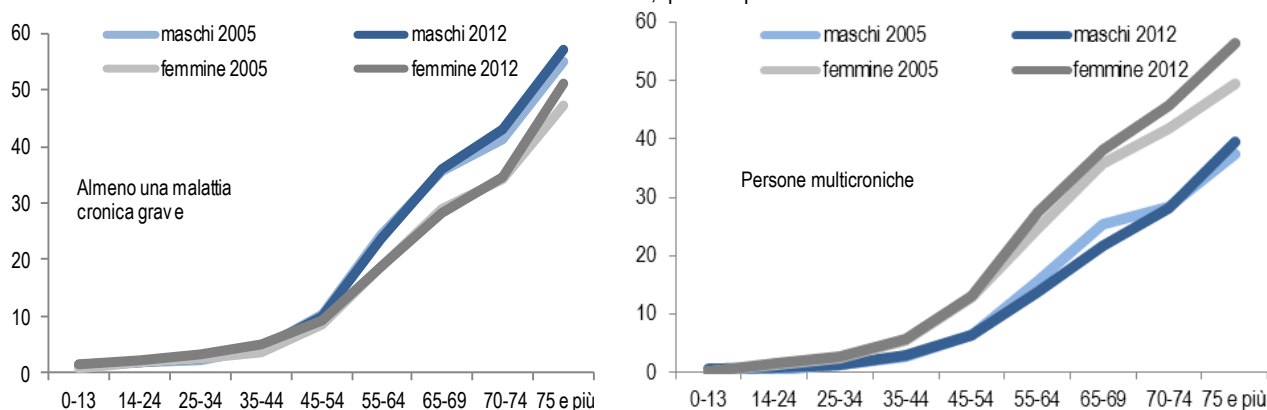
Tali stime si basano su dati relativi alle informazioni raccolte nei primi due trimestri, ovvero nei mesi di settembre e dicembre 2012. Il confronto con il 2005 è realizzato rispetto agli stessi mesi di rilevazione per tener conto della stagionalità dei fenomeni¹. L'indagine è stata condotta dall'Istat a partire da settembre 2012 fino a giugno 2013, con cadenza trimestrale, su un campione complessivo di circa 60 mila famiglie residenti sull'intero territorio nazionale (vedi nota metodologica).

Tra le donne prevale la multicronicità, tra gli uomini le malattie croniche gravi

Nel secondo semestre del 2012 oltre i due terzi (66,9%) delle persone di 14 anni e più al quesito "Come va in generale la sua salute?" ha riferito di stare "bene o molto bene", il 7,7% ha risposto con una valutazione negativa delle proprie condizioni di salute e il 25,4% ha dichiarato di stare né bene né male. La quota di quanti si dichiarano in buona salute decresce sensibilmente all'aumentare dell'età, raggiungendo il 24,3% tra gli ultrasessantacinquenni. Tra le donne, le quote sono sempre più basse rispetto ai coetanei uomini e lo svantaggio nella buona salute peggiora intorno ai 50 anni. Il complementare divario di genere si osserva in relazione alla "cattiva salute percepita": le donne che dichiarano di stare male o molto male sono complessivamente il 9,4% contro il 5,8% degli uomini, senza differenze rispetto al 2005.

Nel 2012, circa 9 milioni di persone hanno dichiarato di soffrire di almeno una malattia cronica grave² (14,8% dell'intera popolazione) e circa 8 milioni e mezzo hanno riferito problemi di multicronicità, indicando la presenza di tre o più malattie croniche indipendentemente dalla gravità (pari al 13,9%). Tra i molto anziani (75 anni e più), quasi una persona su due dichiara di essere affetta da una patologia cronica grave o da tre o più malattie croniche. Le donne presentano per tutte le classi di età, superiori ai 14 anni, tassi di multicronicità più alti degli uomini, ma sono meno colpite da patologie gravi dopo i 50 anni (Figura 1).

FIGURA 1. POPOLAZIONE PER PRESENZA DI MALATTIE CRONICHE GRAVI O IN CONDIZIONI DI MULTICRONICITA' PER SESSO E CLASSI DI ETÀ. Media Settembre- Dicembre 2005 e 2012, per 100 persone



Tra il 2005 e il 2012 aumentano complessivamente di circa un punto e mezzo entrambi gli indicatori di cronicità, in gran parte a causa dell'invecchiamento della popolazione. Difatti, considerando i tassi standardizzati per età, l'aumento è molto più contenuto (intorno a mezzo punto percentuale). Questa

¹ Le dinamiche tra 2005 e 2012, essendo riferite ad un arco temporale più ampio rispetto alla crisi economica congiunturale degli ultimi anni, non sempre si possono leggere come reazione alla crisi.

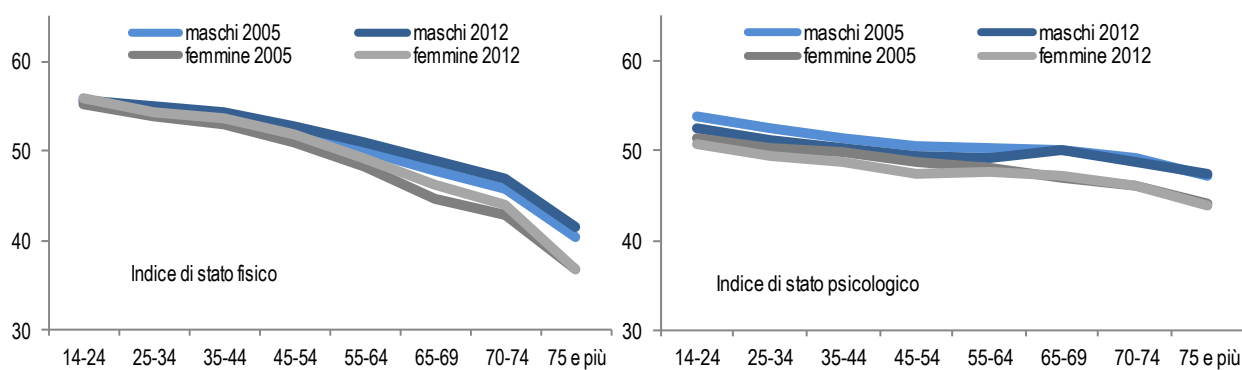
² Sono considerate malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili. Sono definite multicroniche le persone che hanno dichiarato tre o più patologie croniche tra tutte quelle elencate nel questionario.

modesta variazione è tutta concentrata tra le donne anziane (65 anni e più) per le quali, rispetto al 2005, si osserva un incremento del tasso standardizzato di multicronicità, dal 44,6% al 49,3%.

Per approfondire gli aspetti della qualità della vita correlati alla salute è stata utilizzata la batteria di quesiti SF12³ che consente di costruire due indici sintetici, uno riferito allo stato di salute fisico (PCS12) e l'altro riferito allo stato di salute psicologico (MCS12). All'aumentare dei punteggi medi degli indici corrispondono valutazioni migliori delle condizioni di salute psicofisica. La curva discendente con l'età evidenzia un peggioramento dello stato fisico più marcato rispetto a quello psicologico. Le donne presentano sempre punteggi medi più bassi per entrambi gli indici.

Rispetto al 2005, sembra migliorare complessivamente la percezione delle condizioni di salute fisica e peggiorare quella relativa allo stato psicologico: il punteggio medio dell'Indice di stato fisico (PCS12) per la popolazione di 14 anni e più, controllato per età, aumenta da 49,9 a 50,7, mentre al contrario l'Indice di stato psicologico (MCS12) diminuisce da 49,6 a 48,8.

FIGURA 2. INDICE DI STATO FISICO E INDICE DI STATO PSICOLOGICO DELLE PERSONE DI 14 ANNI ED OLTRE PER SESSO E CLASSI DI ETÀ. Media Settembre- Dicembre 2005 e 2012, Punteggi medi



La diminuzione dell'Indice di stato psicologico è più evidente tra gli adulti di 45-54 anni, sia per gli uomini (-1,3) che per le donne (-1,2), e complessivamente è maggiore per i residenti al Sud. I valori medi più bassi di questo indice si confermano fra i disoccupati (46,9) e fra le donne 45-64enni che cercano di entrare nel mondo del lavoro (43,0).

Permangono forti diseguaglianze sociali nella salute, in aumento tra gli anziani

I primi dati provvisori delineano un quadro epidemiologico complessivamente stabile rispetto alle principali dimensioni della salute considerate e comunque coerente con il processo di invecchiamento della popolazione registrato dal 2005. Tuttavia, il dato medio complessivo nasconde disuguaglianze territoriali e sociali che penalizzano alcuni gruppi di popolazione.

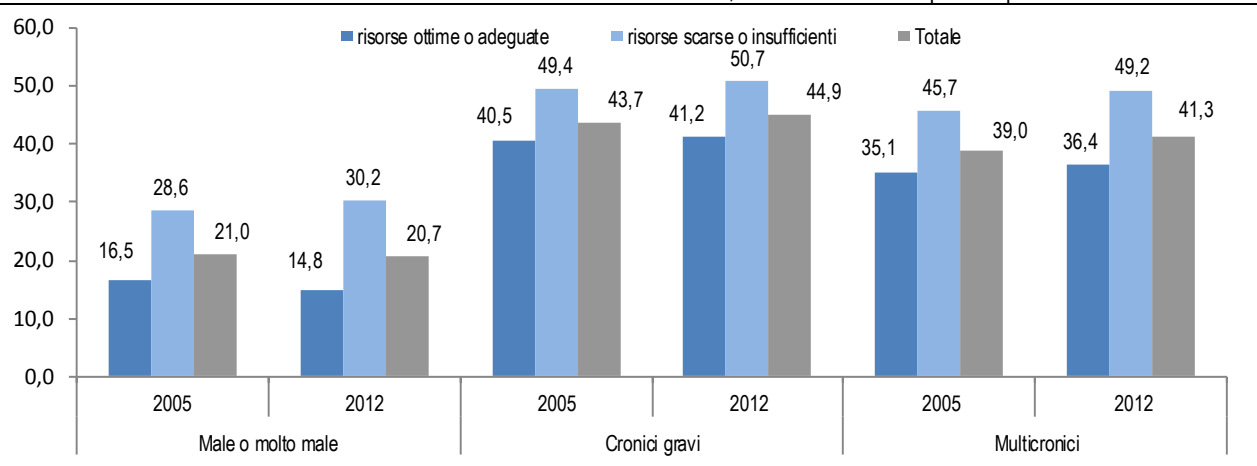
Persiste un chiaro gradiente sociale nella distribuzione della salute: rispetto al titolo di studio, nel 2012 si conferma l'associazione tra livelli più bassi di scolarità e peggiori condizioni di salute. Complessivamente, tra le persone di 25 anni e più, si rilevano prevalenze intorno al 10% sia per la cronicità grave che per la multicronicità tra quanti hanno conseguito almeno un diploma di scuola superiore, a fronte di circa il 40% tra quanti invece hanno al massimo la licenza di scuola elementare. Anche tenendo sotto controllo l'effetto dell'età, il rischio di presenza di cronicità è quasi il doppio tra quanti hanno un basso titolo di studio.

³ Il questionario SF12 (Short Form Health Survey), tratto da una versione più estesa (SF-36) e già utilizzato in numerosi studi condotti su popolazioni europee e a livello internazionale, si è rivelato appropriato non solo per studi di epidemiologia, ma anche per indagini sulla popolazione. Con l'SF12 sono stati studiati otto diversi aspetti relativi allo stato di salute: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali e salute mentale. La sintesi dei punteggi consente di costruire due indici dello stato di salute, uno riguardante lo stato fisico (Physical Component Summary), l'altro quello psicologico (Mental Component Summary).

Anche in relazione al giudizio sulle risorse economiche familiari, sia l'indicatore di salute percepita che gli indicatori di presenza di cronicità si differenziano in maniera significativa. Dichiarano di stare male o molto male l'11,1% delle persone con risorse economiche familiari scarse o insufficienti contro il 5,3% di coloro che giudicano le proprie risorse ottime o adeguate. Più contenuta, ma comunque significativa, è la differenza per chi dichiara almeno una malattia cronica grave (le percentuali sono rispettivamente pari a 16,7% e 13,7%) e per chi è multicronico (16,0% e 12,3%).

Nella popolazione anziana, rispetto al 2005, si accentua il divario tra i più abbienti e i meno abbienti (Figura 3).

FIGURA 3. PERSONE DI 65 ANNI ED OLTRE CHE DICHIARANO CATTIVE CONDIZIONI DI SALUTE PER VALUTAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE. Media Settembre- Dicembre 2005 e 2012, Tassi standardizzati per 100 persone



Gli anziani con risorse economiche ottime o adeguate che dichiarano di stare male o molto male nel 2012 sono il 14,8%, in diminuzione rispetto al 2005 (erano il 16,5%), mentre quelli economicamente svantaggiati sono il doppio (30,2%) e in aumento rispetto al 2005 (erano il 28,6%). Anche per gli anziani multicronici i divari continuano ad aumentare: la quota tra chi ha risorse scarse o insufficienti raggiunge il 49,2% nel 2012 (era il 45,7%), mentre tra chi non riferisce problemi economici è pari al 36,4%.

Lo svantaggio del Sud

Al Sud, la percentuale di popolazione che si dichiara in cattive condizioni di salute, passa dall'8,5% del 2005 al 9,8% del 2012 (Prospetto 1).

PROSPETTO 1. POPOLAZIONE IN CATTIVE CONDIZIONI DI SALUTE PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Media Settembre-Dicembre 2005 e 2012, tassi standardizzati per 100 persone

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Persone di 14 anni e più che stanno male o molto male		Persone con almeno una malattia cronica grave (a)		Persone con tre o più malattie croniche	
	2005	2012	2005	2012	2005	2012
Nord-ovest	5,8	5,7	14,2	14,2	12,4	12,2
Nord-Est	5,4	5,9	13,6	14,2	12,0	12,4
Centro	8,1	7,3	14,2	14,5	14,0	14,0
Sud	8,5	9,8	15,7	16,1	13,2	15,5
Isole	10,9	11,3	15,2	16,1	14,7	16,2
Italia	7,4	7,6	14,6	14,9	13,1	13,8

(a) malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer, demenze.

Aumenta inoltre al Sud la popolazione in condizioni di multicronicità (dal 13,2% al 15,5%); si annulla quindi il vantaggio del Sud registrato in passato rispetto al Nord riguardo alla multicronicità.

Gli anziani residenti nel Mezzogiorno rappresentano il gruppo di popolazione più vulnerabile, in particolare se hanno risorse economiche scarse o insufficienti. Al Sud, la popolazione anziana in situazione economica svantaggiata dichiara un cattivo stato di salute nel 35,9% dei casi (31,6% nel 2005), contro il 19,7% dei più abbienti. Nelle Isole la quota di anziani con ridotte disponibilità economiche che si dichiarano in cattive condizioni di salute raggiunge il 39,5%. Anche riguardo alla presenza di malattie croniche gravi è tra gli anziani del Sud in precarie condizioni economiche che si registrano le prevalenze più elevate: il 54,9% soffre di una qualche patologia grave, la quota sale al 58,5% tra i maschi.

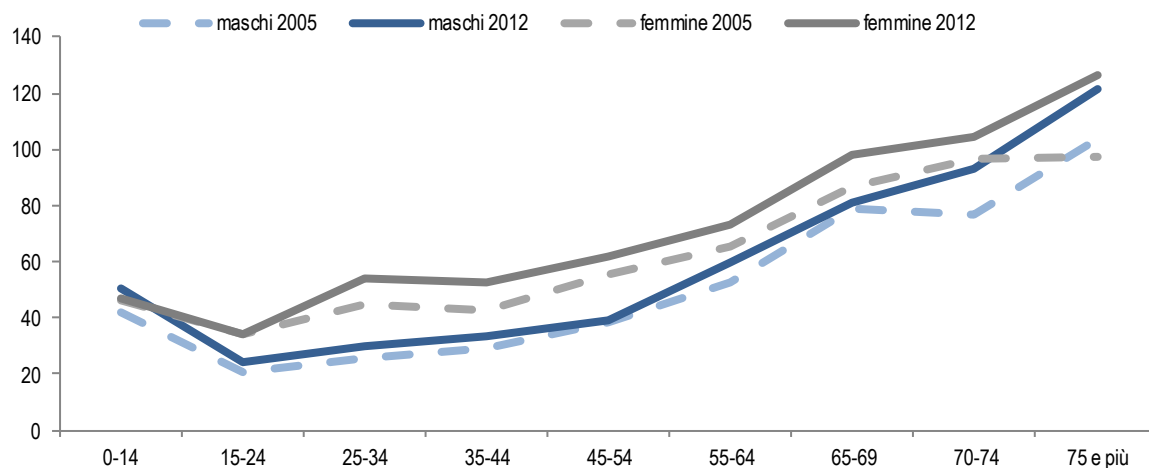
Consumi sanitari: visite mediche, accertamenti e ricoveri

Aumenta il ricorso a visite mediche, sia generiche che specialistiche

Nelle quattro settimane precedenti l'intervista, nel 2012 sono state effettuate oltre 36,5 milioni di visite mediche, di cui oltre 19 milioni di tipo generico e oltre 17 milioni di tipo specialistico. Rispetto al 2005 il numero di visite per 100 persone è aumentato, passando da 51,2 a 60,3. Controllando l'effetto dell'età i tassi sono rispettivamente 53,4 e 60,5. La crescita ha riguardato soprattutto gli ultrasettantacinquenni (+25%) ed è più accentuata nel Nord-Ovest (+19%).

Permane il divario di genere, che si accentua in particolare nell'età riproduttiva: tra i 25 e i 54 anni oltre una donna su due effettua visite mediche a fronte di un uomo su tre (Figura 4).

FIGURA 4. VISITE MEDICHE EFFETTUATE NELLE QUATTRO SETTIMANE PRECEDENTI L'INTERVISTA PER SESSO E CLASSI DI ETÀ'. Media Settembre- Dicembre 2005 e 2012, per 100 persone



L'incremento complessivo delle visite (pari a 6 milioni e 800 mila tra 2005 e 2012) è assorbito per il 52,5% dalle visite generiche e per il 47,5% da quelle specialistiche.

Le visite generiche e pediatriche sono in aumento rispetto al 2005 (+3,5 milioni), per un ammontare totale di oltre 19 milioni di visite. Il quoziente standardizzato per 100 persone passa da 28,4 a 31,6 (+11,3%). Incrementi dei quozienti, dovuti in particolare alle donne, si registrano in tutte le classi di età, soprattutto tra gli anziani over 75 (+19%) e tra le persone di 25-34 anni (+21,5%).

Complessivamente, anche per le visite pediatriche si registra un lieve aumento, da 30,4 per 100 bambini e ragazzi a 34,3. Prevale di gran lunga il ricorso al pediatra di libera scelta (incluso medico generico): le visite pediatriche a pagamento sono solo l'11,2% e la quota è in calo rispetto al 2005 (14,1%). Tale flessione è dovuta alla netta riduzione registrata tra i bambini che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti, per i quali la percentuale di visite pediatriche a pagamento scende al 7,6%.

Nel 2012 le visite specialistiche sono circa 17 milioni, ovvero 28,7 ogni 100 persone (28,9 – tasso standardizzato), in aumento rispetto al 2005 sia in valore assoluto (erano 14 milioni) sia in rapporto alla popolazione (25,0 - tasso standardizzato).

Le visite specialistiche aumentano soprattutto tra gli ultrasessantacinquenni (da 36,9 a 46,2 visite per 100 persone di 65 anni e oltre); gli incrementi maggiori si osservano per le visite ortopediche (da 4,5 a 7,0), cardiologiche (da 6,9 a 8,1), oculistiche (da 5,0 a 6,4) e per le altre visite (da 4,8 a 7,9). Sono in aumento anche tra le donne di 35-44 anni (da 25,1 a 31,4), soprattutto le visite ginecologiche (da 4,9 a 9,5).

A livello territoriale gli incrementi maggiori si sono avuti nel Nord-Est (i tassi standardizzati variano da 24,4 a 29,5) anche se la quota più alta si osserva ancora per l'Italia centrale (Prospetto 2).

PROSPETTO 2. VISITE MEDICHE GENERICHE E SPECIALISTICHE NELLE QUATTRO SETTIMANE PRECEDENTI L'INTERVISTA PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Media Settembre- Dicembre 2005 e 2012, tassi standardizzati per 100 persone

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Totale visite mediche		Visite Generiche / Pediatriche		Visite Specialistiche	
	2005	2012	2005	2012	2005	2012
Nord-Ovest	47,9	57,2	23,7	28,1	24,2	29,1
Nord-Est	52,2	59,0	27,8	29,6	24,4	29,5
Centro	57,5	62,6	29,3	31,2	28,2	31,4
Sud	54,4	61,2	30,9	35,7	23,5	25,5
Isole	59,0	65,5	33,8	35,8	25,2	29,7
Totale	53,4	60,5	28,4	31,6	25,0	28,9

Tra le visite specialistiche sono le visite odontoiatriche quelle più numerose: rappresentano il 16,4% sul totale delle visite specialistiche (26,3% nel 2005); seguono le visite ortopediche (12,5%), quelle oculistiche (11,6%) e le cardiologiche (9,9%). Ancora più consistente è la quota di altre visite specialistiche, pari al 16,8% (era 11,7% nel 2005), tra le quali figurano al primo posto le visite oncologiche, seguite dalle visite endocrinologiche, diabetologiche ed allergologiche (Prospetto 3).

L'incremento maggiore rispetto al 2005, considerando il volume complessivo delle visite specialistiche, si registra per le visite geriatriche (+63,6%), le psichiatriche-psicologiche (+54,4%) e le neurologiche (+48,1%), mentre diminuiscono le visite odontoiatriche (-23,1%) e, lievemente, le visite dietologiche (-9%).

PROSPETTO 3. VISITE SPECIALISTICHE NELLE QUATTRO SETTIMANE PRECEDENTI L'INTERVISTA PER TIPO DI VISITA.
Media Settembre- Dicembre 2012, graduatoria su 100 visite specialistiche

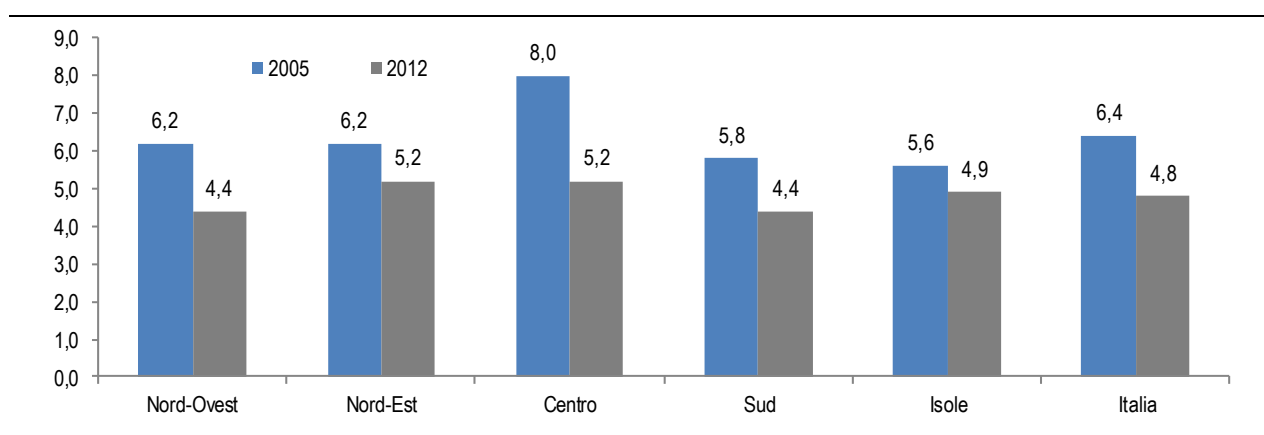
Tipo di visita specialistica	Per 100 visite specialistiche	Differenza % del numero di visite rispetto al 2005
Odontoiatriche	16,4	-23,1
Ortopediche	12,5	35,5
Oculistiche	11,6	32,1
Cardiologiche	9,9	24,1
Ostetrico-Ginecologiche	9,2	44,4
Neurologiche	4,3	48,1
Otorino-Laringoiatriche	4,1	21,9
Dermatologiche	3,8	37,0
Urologiche	3,4	17,3
Gastro-Enterologiche	3,2	46,5
Psichiatriche, Psicologiche	2,4	54,4
Dietologiche	1,3	-9,0
Geriatriche	1,3	63,6
Altre visite specialistiche	16,8	76,4
Totale visite specialistiche	100	-

Diminuisce il ricorso alle visite odontoiatriche

Sono 2,8 milioni le visite odontoiatriche nel 2012, pari a 4,7 ogni 100 persone (4,8 il tasso standardizzato), in sensibile riduzione rispetto al 2005 (erano 3,7 milioni, 6,4 ogni 100 persone – tasso standardizzato).

Sul territorio, la propensione ad effettuare visite odontoiatriche si è ridotta, rispetto al 2005, in misura maggiore nell'Italia centrale, dove il ricorso era più elevato, passando da 8,0 a 5,2 visite per 100 persone. (Figura 5).

FIGURA 5. VISITE ODONTOIATRICHE EFFETTUATE NELLE QUATTRO SETTIMANE PRECEDENTI L'INTERVISTA PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Media Settembre- Dicembre 2012, tassi standardizzati per 100 persone



Per le persone con risorse familiari scarse o insufficienti, le visite odontoiatriche passano da 5,6 per 100 persone a 4,2 (-25%). Fra coloro che dichiarano risorse ottime o adeguate il quoziente standardizzato varia da 6,8 a 5,2 (-24%).

L'odontoiatria è la specializzazione con la quota più elevata di visite a pagamento intero (83,4%). Tuttavia la diminuzione rispetto al 2005 del numero di visite odontoiatriche, si è accompagnata ad una relativa diminuzione della percentuale di visite a pagamento intero (-9% rispetto ai tassi standardizzati). La quota di visite a pagamento intero si è ridotta in tutte le ripartizioni, ma in misura maggiore al Sud (da 90,7% a 79,2%).

Le visite mediche per prevenzione aumentano solo per chi non ha problemi economici

Tra i motivi prevalenti della visita medica, al primo posto si rilevano quelli per malattie e disturbi (27,9 per 100 persone), seguiti dal controllo dello stato di salute in assenza di malattie o disturbi (14,5) e dalle visite per prescrizione di ricette (13,9).

Il volume delle visite, rapportato alla popolazione, aumenta tra il 2005 e il 2012 soprattutto per la prescrizione di ricette (+29,4%), che passa da 10,9 a 14,1 per 100 persone; per malattie o disturbi la crescita è dell'8% (da 25,8 a 27,9), per controllo dello stato di salute in assenza di malattie o sintomi è +9% (da 13,3 a 14,5). L'aumento è più contenuto per certificati (da 1,1 a 1,4) e altro motivo (da 2,3 a 2,6).

Le visite per controllo dello stato di salute in assenza di malattia o disturbi sono più diffuse tra i bambini e gli anziani e aumentano specialmente in tali gruppi di popolazione; in particolare fino ai 14 anni il tasso passa da 17,5 a 21,5 per 100 bambini, eguagliando la quota del ricorso a visite per malattia. Complessivamente il numero di visite per prevenzione aumenta per le donne (da 14,9 a 16,9 - tassi standardizzati) e resta pressoché stabile per gli uomini (da 11,7 a 11,9 tassi standardizzati). L'incremento riguarda soprattutto le persone in buone condizioni economiche (+14%). Si mantiene complessivamente invariata nel tempo la relazione tra maggior ricorso per prevenzione e elevato status socioeconomico (misurato attraverso il livello di istruzione conseguito). Tuttavia, per gli anziani aumentano le disuguaglianze rispetto alla condizione economica della famiglia: gli ultrasessantacinquenni con risorse economiche scarse o insufficienti riducono il ricorso alle visite di prevenzione (-7%), al contrario di quelli in condizioni più agiate, per i quali si registra un aumento del 17%.

Resta stabile il ricorso agli accertamenti diagnostici

Gli accertamenti effettuati nelle quattro settimane precedenti la rilevazione si stimano in circa 16 milioni, pari a 26,4 per 100 persone (26,6 tasso standardizzato), escludendo i controlli effettuati durante eventuali ricoveri ospedalieri o in day hospital. Sono oltre 11 milioni gli accertamenti di laboratorio⁴, pari a 18,4 per 100 persone (18,6 tasso standardizzato) e 4,9 milioni gli accertamenti specialistici⁵ (8,1 per 100 persone).

Il numero di accertamenti rapportato alla popolazione si mantiene sostanzialmente stabile nel tempo (da 27,2 per 100 persone nel 2005 a 26,6 nel 2012), così come la quota di persone che ha effettuato almeno un accertamento (da 11,7 a 12,1 tassi standardizzati).

Analizzando i dati per età, risulta che il numero di accertamenti è aumentato in maniera significativa solo tra gli ultrasessantacinquenni (+10%).

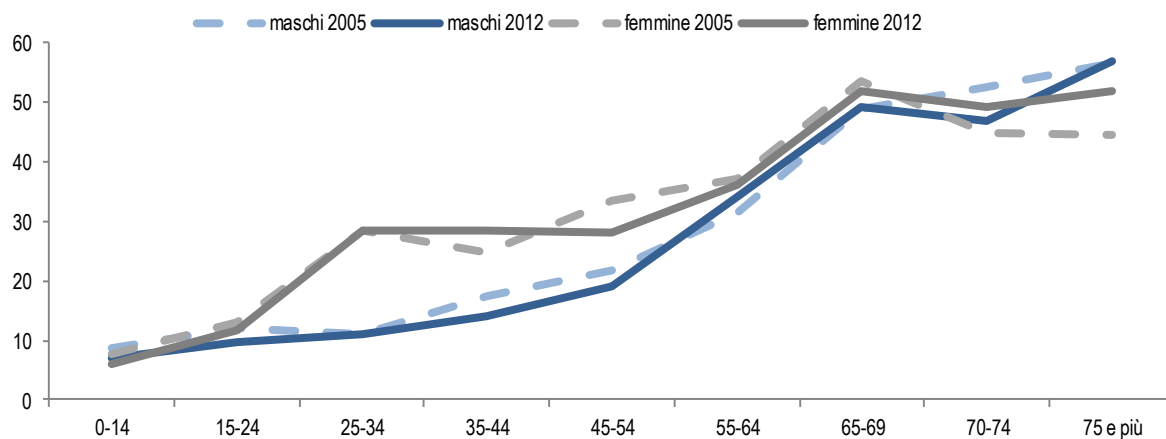
Per le donne si conferma il maggior ricorso agli accertamenti diagnostici rispetto agli uomini (13,5 per 100 donne contro 10,4 per 100 uomini) (Figura 6). Le differenze di genere si osservano sia per gli esami di laboratorio (11 per le donne, 9 per gli uomini) che per gli accertamenti specialistici (7,2 contro 4,7).

Il ricorso ad accertamenti diagnostici diminuisce rispetto al 2005 tra le persone che dichiarano scarse o insufficienti le risorse economiche della famiglia (-10%).

⁴ Gli accertamenti di laboratorio comprendono analisi del sangue e delle urine.

⁵ Gli accertamenti specialistici comprendono radiografie, ecografie, risonanza magnetica, Tac, mammografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap-test o altri accertamenti.

FIGURA 6. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PERSONE CHE HANNO EFFETTUATO ALMENO UN ACCERTAMENTO NELLE QUATTRO SETTIMANE PRECEDENTI LA RILEVAZIONE PER CLASSI DI ETÀ. Media Settembre - Dicembre 2005 e 2012, per 100 persone



Lieve riduzione dei ricoveri ospedalieri

Nel 2012 i ricoveri ospedalieri con pernottamento (nei tre mesi precedenti l'intervista) sono quasi 2 milioni (3,2 ogni 100 persone), inclusi quelli per parto o nascita. Nel 2005 i ricoveri erano 3,7 ogni 100 persone, ma controllando l'effetto dell'età la riduzione è più marcata, infatti il tasso standardizzato diventa 4,0 per 100 persone.

Uomini e donne si ricoverano in ugual misura, ma questo è il risultato di una maggior frequenza dei ricoveri maschili dopo i 65 anni e dei ricoveri femminili nell'età riproduttiva per gli eventi connessi con la gravidanza.

La frequenza dei ricoveri, come prevedibile, aumenta al crescere dell'età soprattutto dopo i 65 anni: da 4,9 ogni 100 persone nella classe di età 65-74 anni si passa a 8,6 dopo i 75 anni. Rispetto al 2005 si rileva una riduzione tra i 65 ed i 74 anni.

Restano elevati i consumi sanitari delle persone in peggiori condizioni di salute

Per le persone in cattive condizioni di salute (persone con almeno una malattia cronica grave o multicroniche o che dichiarano di stare male o molto male), si confermano livelli molto più elevati di accesso ai servizi sanitari (visite mediche, accertamenti e ricoveri) rispetto al resto della popolazione e si registrano incrementi rispetto al 2005 per le visite mediche (Prospetto 4).

L'aumento del ricorso allo specialista è quasi doppio rispetto al ricorso al medico generico: tra le persone con almeno una malattia cronica grave le visite specialistiche sono aumentate del 20% (da 51,8 per 100 persone a 62,1), tra le persone multicroniche del 14% (da 56,8 a 64,5) e tra coloro che dichiarano di stare male o molto male del 16% (da 77,8 a 90,2). Nel confronto con il 2005 il ricorso al medico generico aumenta soprattutto tra le persone in cattive condizioni di salute economicamente svantaggiate; di contro, tra le persone senza problemi economici aumenta soprattutto il ricorso al medico specialista.

Rimane complessivamente stabile il numero di accertamenti diagnostici per 100 persone: 96,3 tra quanti hanno una cattiva percezione del loro stato di salute, 66,8 se sono in condizione di multicronicità e 68,7 se riferiscono almeno una malattia cronica grave. Chi gode di buone condizioni economiche ha incrementato la propensione ad effettuare accertamenti diagnostici, mentre le persone con difficoltà economiche, anche quando versano in cattive condizioni di salute, hanno effettuato meno accertamenti rispetto al 2005.

Si riducono i ricoveri ospedalieri anche tra le persone in cattive condizioni di salute, senza però differenze marcate rispetto alla disponibilità di risorse economiche.

PROSPETTO 4. VISITE MEDICHE, ACCERTAMENTI E RICOVERI PER CONDIZIONI DI SALUTE E VALUTAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE. Media Settembre - Dicembre 2005 e 2012, tassi standardizzati per 100 persone

VALUTAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE FAMILIARI	CONDIZIONI DI SALUTE	VISITE MEDICHE				ACCERTAMENTI		RICOVERI	
		GENERICHE/ PEDIATRICHE		SPECIALISTICHE		2005	2012	2005	2012
		2005	2012	2005	2012				
RISORSE OTTIME O ADEGUATE	Cronici gravi	59,2	61,7	50,2	61,8	66,4	67,8	11,7	10,2
	Multicronici	67,7	65,7	54,5	64,8	66,4	66,6	10,6	8,5
	Male/molto male	91,4	89,3	81,7	95,4	101,7	102,4	19,9	18,2
	Totale	25,6	28,2	24,3	28,9	25,7	26,2	3,7	3,0
RISORSE SCARSE O INSUFFICIENTI	Cronici gravi	75,4	82,9	54,3	62,5	78,1	69,7	13,2	10,9
	Multicronici	81,6	86,3	60,1	64,2	75,4	67,0	11,9	9,0
	Male/molto male	96,0	107,2	74,0	86,6	94,5	91,9	18,8	16,3
	Totale	34,3	36,7	26,4	28,8	30,3	27,2	4,6	3,6
TOTALE	Cronici gravi	65,8	71,3	51,8	62,1	71,1	68,7	12,3	10,5
	Multicronici	73,5	75,4	56,8	64,5	70,2	66,8	11,2	8,8
	Male/molto male	93,8	99,8	77,8	90,2	98,0	96,3	19,3	17,1
	Totale	28,4	31,6	25,0	28,9	27,2	26,6	4,0	3,3

Modalità di spesa per le prestazioni sanitarie

Pur in calo, è alta la quota di visite specialistiche a pagamento intero

Nell'analizzare gli eventuali cambiamenti nei livelli di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino riguardo alle visite mediche specialistiche, sono state escluse le visite odontoiatriche che, com'è noto, sono molto spesso a totale carico del cittadino. Pertanto, nell'analisi che segue per "visite specialistiche" si intendono le visite specialistiche escluse quelle odontoiatriche.

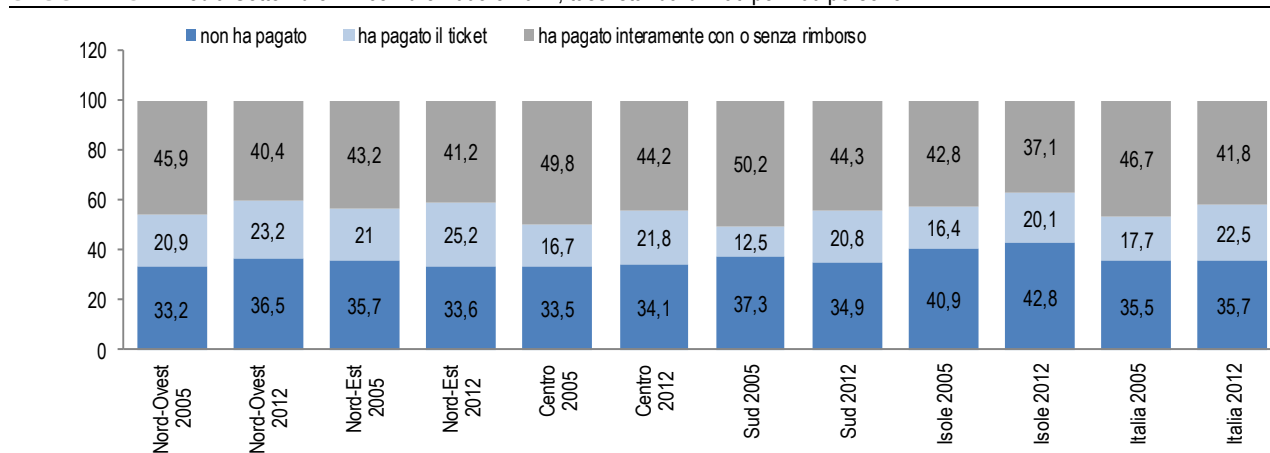
Con riferimento all'ultima visita specialistica effettuata nei dodici mesi precedenti la rilevazione, il 35,7% delle persone non ha pagato, il 22,5% ha pagato il ticket ed il restante 41,8% ha pagato interamente (incluso un eventuale rimborso).

Il confronto con il 2005⁶ sembrerebbe indicare uno spostamento delle visite verso il Servizio sanitario pubblico: difatti è rimasta stabile la quota di coloro che non ha pagato, è aumentata quella delle persone che hanno pagato il ticket (+27%) ed è diminuita (-11%) la quota di coloro che hanno pagato interamente. Questa tendenza risulta confermata in particolare al Centro e al Sud (Figura 7).

Nelle ripartizioni geografiche la percentuale più bassa riferita a chi non ha pagato per l'ultima visita si è osservata nel Nord-Est (33,6%) e quella più alta nelle Isole (42,8%). Specularmente, la quota di visite con pagamento del ticket risulterebbe più elevata nel Nord-Est (25,2%) e più bassa nelle Isole (20,1%).

⁶ Il dato relativo al 2012 non è perfettamente confrontabile con il 2005 in quanto l'approfondimento del pagamento dell'ultima visita specialistica non odontoiatrica è effettuato con riferimento agli ultimi dodici mesi, mentre nel 2005 era riferito alle ultime quattro settimane.

FIGURA 7. MODALITA' DI SPESA PER L' ULTIMA VISITA SPECIALISTICA (NON ODONTOIATRICA) PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Media Settembre - Dicembre 2005 e 2012, tassi standardizzati per 100 persone



Aumenta la quota a pagamento intero per accertamenti specialistici e analisi del sangue

Per fare accertamenti specialistici il 43,1% delle persone non ha pagato alcunché, il 32,0% ha pagato il ticket ed il restante 24,9% ha pagato interamente (incluso un eventuale rimborso). Per le analisi del sangue è più elevata la quota di coloro che non ha pagato (54,8%) o ha pagato il ticket (31,1%), mentre ha pagato per intero il 14,1%.

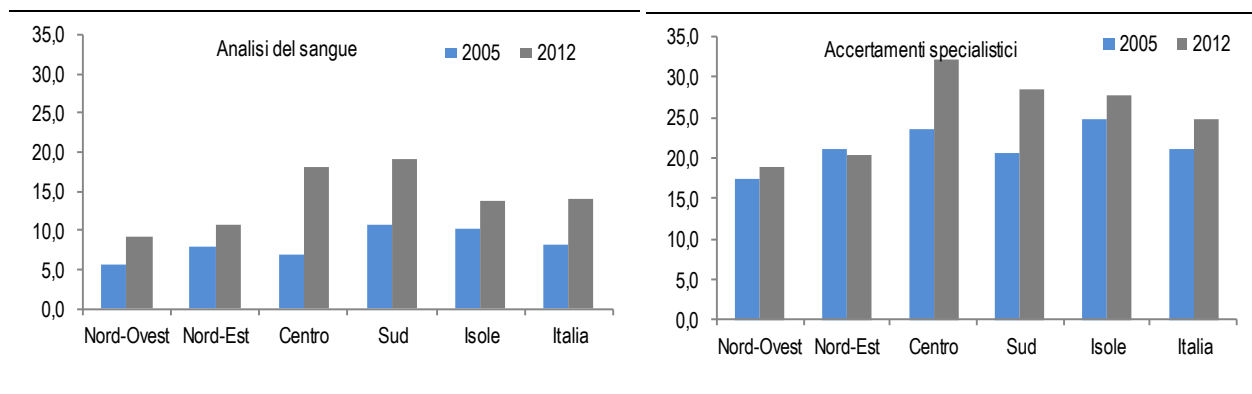
Rispetto al 2005, aumenta del 19% la quota di persone che ha pagato interamente gli accertamenti specialistici, l'incremento è molto più consistente per le analisi del sangue (+74%). Contestualmente la quota di persone che ha pagato il ticket si è ridotta del 18% nel caso delle analisi del sangue, mentre è rimasta sostanzialmente stabile per gli accertamenti specialistici.

Negli anziani si riduce la quota di persone che non ha pagato alcunché, sia per l'accertamento specialistico che per le analisi del sangue, mentre aumentano le prestazioni effettuate con il pagamento del ticket (con l'eccezione degli ultrasessantacinquenni per le analisi del sangue).

Nel 2012 gli accertamenti specialistici a pagamento intero sono stati effettuati più frequentemente al Centro (32,2%) e nel Mezzogiorno (28,6% nel Sud, 27,8% nelle Isole), ovvero nelle ripartizioni cui appartengono le regioni sottoposte ai piani di rientro in sanità, e queste sono anche le ripartizioni in cui si è registrato l'incremento più forte rispetto al 2005. In particolare al Sud tale tendenza si è accompagnata ad una riduzione degli accertamenti effettuati gratuitamente (dal 51,5% al 39,7%) (Figura 8).

Per le analisi del sangue, invece, le dinamiche sono più omogenee nelle ripartizioni, anche se con intensità diverse. Diminuisce in tutte le aree geografiche la quota di analisi del sangue effettuata con il pagamento del ticket, mentre aumenta quella a pagamento intero, soprattutto al Centro e al Sud dove già nel 2005 le percentuali erano più elevate (Figura 8).

FIGURA 8. ULTIMA ANALISI DEL SANGUE E ULTIMO ACCERTAMENTO SPECIALISTICO A PAGAMENTO INTERO PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Media Settembre - Dicembre 2005 e 2012, tassi standardizzati per 100 persone



La quota di accertamenti specialistici a pagamento intero ammonta al 27,6% in presenza di buone condizioni economiche della famiglia, mentre è pari al 20,4% per le famiglie in condizioni economiche svantaggiate. Tuttavia, si è osservata una riduzione dei divari rispetto al 2005, quando le percentuali erano rispettivamente pari a 23,5% e 15,8%. Questo fenomeno risulta molto più evidente per le analisi del sangue, per le quali la quota a pagamento intero è aumentata proporzionalmente di più per le famiglie con risorse scarse o insufficienti (da 4,3% nel 2005 a 12,7% nel 2012) rispetto ai più abbienti (da 10,2% a 15,0%). Queste dinamiche potrebbero anche essere la conseguenza della maggiore competitività in termini economici delle prestazioni private rispetto a quelle offerte dal Servizio sanitario pubblico.

Si riducono i ricoveri a totale carico delle famiglie

Nel 2012, il 3,6% delle persone che hanno avuto almeno un ricovero negli ultimi dodici mesi ha pagato l'ultimo ricovero interamente o con rimborso (parziale o totale) di una assicurazione. La percentuale è diminuita in maniera significativa rispetto al 2005 (5,6% - percentuale standardizzata), in particolare tra le persone fino a 54 anni.

Considerando il giudizio per le risorse economiche familiari, il ricovero è stato pagato dal 5,1% delle persone in famiglie con risorse giudicate ottime o adeguate e dall'1,8% di quelle con risorse scarse o insufficienti. La diminuzione rispetto al 2005 è stata più marcata per queste ultime.

Chi soffre di problemi di salute effettua più raramente ricoveri a pagamento e la quota di coloro che pagano si riduce in misura molto contenuta nel tempo: nel 2012 tra le persone con almeno una malattia cronica grave il 2,9% ha pagato il ricovero (stabile rispetto al 2005), mentre in assenza di malattie croniche gravi il ricovero viene pagato nel 4,2% dei casi (6,8% nel 2005).

I ricoveri a pagamento sono più frequenti al Centro (il quoziente standardizzato è pari al 5,1% nel 2012) e meno frequenti al Sud (2,7%). Quest'ultima è la ripartizione con il calo più forte dei ricoveri a pagamento.

La rinuncia a prestazioni sanitarie o all'acquisto di farmaci

Più di una persona su dieci rinuncia a prestazioni odontoiatriche per motivi economici

Sono le visite e i trattamenti odontoiatrici le prestazioni a cui si rinuncia più frequentemente: il 14,3% delle persone di 14 anni e più vi ha rinunciato negli ultimi 12 mesi. La rinuncia è dovuta principalmente a motivi economici (85,3%). E' quanto emerge dalle informazioni rilevate per la prima volta nell'indagine sul fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie (*forgone care*).

Nel caso di rinuncia a visite specialistiche (escluse quelle odontoiatriche) la quota si riduce al 7,7%. Ancora più contenuta è la percentuale di chi rinuncia ad un accertamento diagnostico specialistico (4,7%) o a

prestazioni di riabilitazione (2,5%); molto esigua è la rinuncia a interventi chirurgici (0,8%). Inoltre è pari al 4,1% la quota di chi rinuncia all'acquisto di farmaci pur avendone bisogno, tra questi oltre il 70% perché avrebbe dovuto pagarli di tasca propria non essendo prescrivibili e il 25% perché il ticket era troppo costoso.

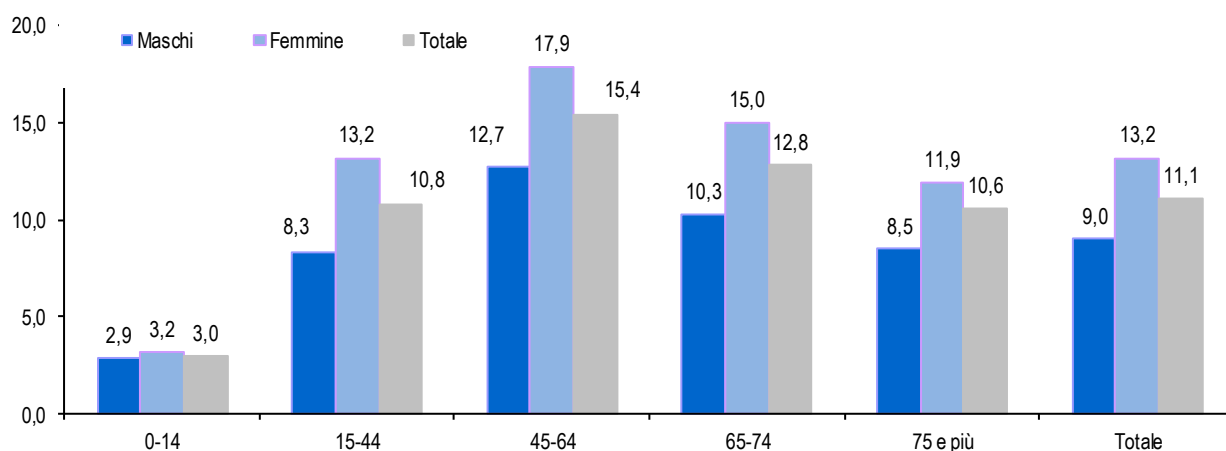
Rinunciano più spesso coloro che hanno comunque effettuato prestazioni sanitarie nell'anno: ad esempio tra quanti hanno fatto almeno tre visite specialistiche (escluse odontoiatriche) la quota di chi rinuncia, pur dichiarando di averne bisogno, è pari al 12,7%, mentre scende al 4,8% tra chi non si è sottoposto ad alcuna visita nell'anno.

Nell'esaminare la combinazione delle prestazioni che dovrebbero essere garantite dal Servizio sanitario pubblico, il 9% della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato ad almeno una prestazione tra accertamenti specialistici, visite mediche specialistiche (escluse odontoiatriche) o interventi chirurgici, pur ritenendo di averne bisogno. Se a questi si cumulano coloro che hanno dichiarato di aver rinunciato ad acquistare farmaci, la quota raggiunge l'11,1% della popolazione.

Rispetto a tali rinunce, il 6,2% ha indicato motivi economici, il 4,0% problemi di offerta di tali servizi (liste di attesa troppo lunghe o orari scomodi per l'appuntamento o difficoltà a raggiungere la struttura) e l'1,1% altri motivi, quali impegni di lavoro o familiari o altro.

Sono più spesso le donne a rinunciare (13,2% contro 9,0% negli uomini); tale differenza si accentua nella classe 45-64 anni, in cui rinuncia il 17,9% delle donne contro il 12,7% degli uomini (Figura 9). Nel Mezzogiorno la quota di donne 45-64enni che rinuncia sale al 22,3% nel Sud e al 26,5% nelle Isole.

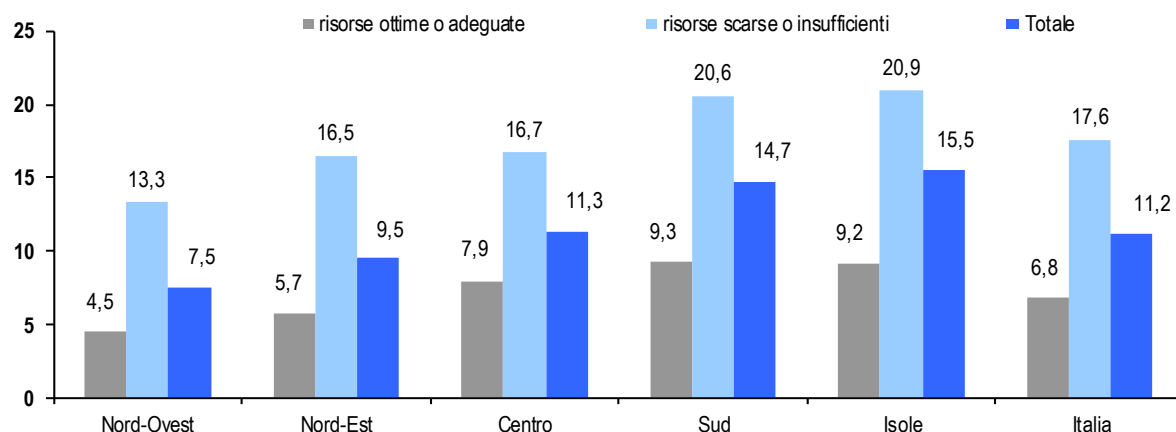
FIGURA 9. POPOLAZIONE CHE HA RINUNCIATO A PRESTAZIONI SANITARIE (VISITE, ACCERTAMENTI, INTERVENTI CHIRURGICI) O ALL'ACQUISTO DI FARMACI PUR AVENDONE BISOGNO NEGLI ULTIMI 12 MESI, PER SESSO E CLASSE DI ETÀ. Media Settembre - Dicembre 2012, tassi per 100 persone



Nel Nord-Ovest si registra la quota più bassa, pari al 7,5%, nel Mezzogiorno la quota raddoppia (nel Sud raggiunge il 14,7% e nelle Isole il 15,5%). Nel Nord-Est si attesta al 9,5% e al Centro è pari al 11,3% (Figura 14).

La quota più alta di persone che rinuncia ad almeno una delle prestazioni considerate si riscontra tra i disoccupati (21,4%). Nel confronto tra chi gode di risorse economiche ottime o adeguate e chi le giudica scarse o insufficienti, la quota dei rinunciatari passa dal 6,8% al 17,6%. Nel Nord-Ovest il rapporto è quasi di uno a tre (passa dal 4,5% al 13,3%). Nel Sud e nelle Isole anche chi dichiara una buona condizione economica ha rinunciato nel 9,3% dei casi contro il 4,5% del Nord-Ovest e il 5,7% del Nord-Est (Figura 10).

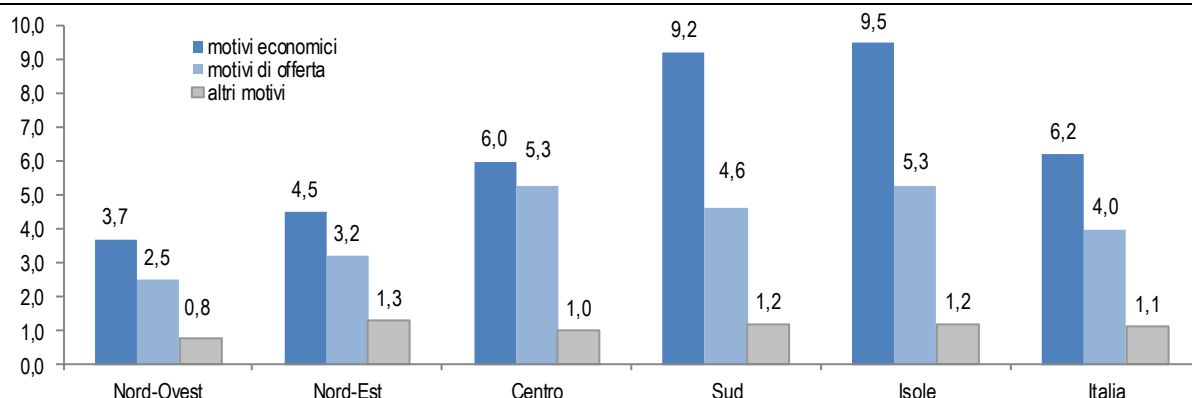
FIGURA 10. POPOLAZIONE CHE HA RINUNCIATO A PRESTAZIONI SANITARIE (VISITE, ACCERTAMENTI, INTERVENTI CHIRURGICI) O ALL'ACQUISTO DI FARMACI PUR AVENDONE BISOGNO NEGLI ULTIMI 12 MESI PER RIPARTIZIONE E VALUTAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE. Media Settembre - Dicembre 2012, tassi standardizzati per 100 persone



Considerando il motivo della rinuncia rispetto al territorio, appare rilevante la quota di chi rinuncia per motivi economici nel Sud (9,2%) e nelle Isole (9,5%), mentre in media è pari al 6,2%. Al Centro invece è più elevata della media nazionale la rinuncia per problemi legati all'offerta (liste di attesa e scomodità degli orari o a raggiungere la struttura) (5,3% contro 4,0%) (Figura 11).

Le percentuali della rinuncia salgono al 26,3% tra chi dichiara di star male o molto male, al 18,4% fra chi ha una malattia cronica grave, al 23,3% fra i multicronici, tutte condizioni che esponendo ad una maggiore necessità di assistenza offrono probabilmente anche maggiori rischi di abbandono delle cure.

FIGURA 11. POPOLAZIONE CHE HA RINUNCIATO A PRESTAZIONI SANITARIE (VISITE, ACCERTAMENTI, INTERVENTI CHIRURGICI) O ALL'ACQUISTO DI FARMACI PUR AVENDONE BISOGNO NEGLI ULTIMI 12 MESI PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E MOTIVO DELLA RINUNCIA. Media Settembre - Dicembre 2012, tassi standardizzati per 100 persone



Soddisfazione per il Servizio Sanitario Pubblico

I soddisfatti aumentano al Nord, diminuiscono nel Mezzogiorno

Complessivamente il giudizio sul Servizio sanitario pubblico resta allineato al 2005 e posizionato su valori che superano la sufficienza: circa il 60% della popolazione maggiorenne attribuisce un punteggio da 6 in su. Il punteggio medio complessivo è pari a 5,8 e il valore mediano è pari a 6, entrambi sostanzialmente invariati rispetto al 2005. Emerge in generale una tendenza ad una maggiore polarizzazione della valutazione rispetto al 2005, perché aumenta la quota complessiva dei molto soddisfatti⁷, cioè quelli che assegnano punteggi da 8 a 10 (dal 17,3% al 19,0%) e della stessa entità aumenta la quota di coloro che invece esprimono un giudizio negativo da 1 a 4 (dal 17,3% al 19,2%). Il livello di soddisfazione sul territorio italiano mostra una accentuazione delle differenze tra il 2005 e il 2012, con un netto peggioramento del giudizio soprattutto nel Mezzogiorno. Nel 2005 la mediana era stabile a 6 in tutte le aree geografiche, invece nel 2012 aumenta al Nord-Est (7 è il valore mediano) e diminuisce a 5 nel Mezzogiorno. Anche il valor medio del giudizio fa registrare aumenti al Nord (da 6,3 a 6,5) e flessioni al Sud (da 5,4 a 5,0) (Prospetto 5).

I giudizi molto positivi (punteggi da 8 a 10) aumentano soprattutto al Nord, raggiungendo nel Nord-Est il 30,2% e nel Nord-Ovest il 27,5%. Di contro, nel resto del Paese aumentano coloro che esprimono una valutazione negativa (punteggi 1-4): al Sud dal 24,7% del 2005 la quota dei molto insoddisfatti raggiunge il 31,5% nel 2012, mentre solo uno su dieci esprime un giudizio di eccellenza (punteggi da 8 a 10) (Figura 12).

PROSPETTO 5. PERSONE DI 18 ANNI E OLTRE SECONDO IL LIVELLO DI SODDISFAZIONE PER IL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Media Settembre- Dicembre 2005 e 2012, tassi standardizzati per 100 persone, media e mediana

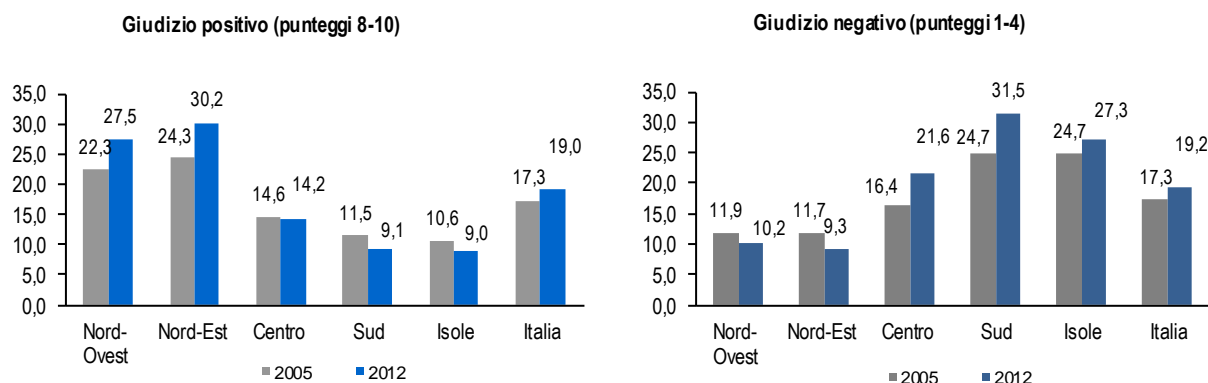
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Giudizio sul Servizio Sanitario pubblico (a)										Media	Media deflazionata (b)	Mediana
	1=per niente soddisfatto	2	3	4	5	6	7	8	9	10=molto soddisfatto			
2005													
Nord-Ovest	3,0	1,5	2,5	4,9	14,3	25,6	21,1	14,7	3,9	3,7	6,3	5,8	6,0
Nord-Est	2,7	1,6	2,4	5,0	13,6	24,0	20,4	16,0	4,5	3,8	6,3	6,0	6,0
Centro	4,1	2,4	3,3	6,6	16,9	29,2	16,6	9,6	2,7	2,4	5,8	5,6	6,0
Sud	5,2	3,6	5,6	10,3	20,7	25,5	12,7	7,4	2,2	2,0	5,4	5,0	6,0
Isole	4,5	3,4	5,0	11,7	22,2	24,7	11,8	7,3	1,4	1,9	5,4	5,0	6,0
Italia	3,9	2,4	3,7	7,3	17,1	25,9	17,0	11,3	3,1	2,9	5,9	5,5	6,0
2012													
Nord-Ovest	2,6	1,3	2,2	4,1	12,4	24,0	21,7	17,6	5,4	4,5	6,5	6,1	6,0
Nord-Est	2,5	1,2	2,0	3,6	11,7	21,7	22,3	19,3	5,5	5,3	6,6	6,3	7,0
Centro	5,7	3,4	4,6	7,9	17,6	26,7	14,6	10,0	2,2	2,0	5,6	5,5	6,0
Sud	8,7	4,7	6,7	11,4	21,6	23,0	10,7	6,1	1,2	1,8	5,0	4,8	5,0
Isole	6,4	4,5	5,2	11,3	21,1	25,9	11,6	6,0	1,5	1,6	5,2	5,0	5,0
Italia	5,0	2,8	4,0	7,3	16,4	24,1	16,7	12,5	3,4	3,2	5,8	5,6	6,0

(a) Espresso con un voto da 1 (per niente soddisfatto) a 10 (molto soddisfatto)

(b) Punteggio deflazionato rispetto alla valutazione degli altri servizi pubblici rilevati (poste, ferrovie, telefonia, ecc.)

⁷ Considerando le prevalenze standardizzate per età rispetto alla popolazione censuaria del 2011.

FIGURA 12. PERSONE DI 18 ANNI E OLTRE SECONDO IL LIVELLO DI SODDISFAZIONE PER IL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO PER RIPARTIZIONE. Media Settembre- Dicembre 2005 e 2012, tassi standardizzati per 100 persone



Anche considerando il punteggio medio deflazionato⁸, si osserva che, a fronte di una sostanziale stabilità della media nazionale tra 2005 (5,5) e 2012 (5,6), emergono comunque differenze tra le regioni: sono concentrate soprattutto al Nord quelle nelle quali si evidenzia un miglioramento del giudizio, mentre un peggioramento si osserva soprattutto al Sud e al Centro.

Una situazione analoga emerge osservando il giudizio circa i cambiamenti negli ultimi 12 mesi del Servizio sanitario pubblico: si riscontra una tendenza a ritenere che esso stia peggiorando (dal 28,1% nel 2005 al 38,0%), con l'unica eccezione del Nord-Est dove la quota si riduce di circa due punti percentuali.

Il livello di soddisfazione migliora sensibilmente se la valutazione riguarda prestazioni sanitarie a cui si è ricorso direttamente. Sono molto positivi i giudizi degli utenti che si sono sottoposti ad una visita medica specialistica, ad un esame specialistico oppure si sono ricoverati; oltre i due terzi attribuiscono un voto di eccellenza (8-10). Per visite e accertamenti, il punteggio medio è 8,2 e per i ricoveri è 8,1, mentre il valore mediano si attesta sempre a 8. Il livello di gradimento è poco più alto se la prestazione viene erogata dal privato, ma anche il giudizio di chi si è rivolto al Servizio sanitario pubblico è più che soddisfacente: per le visite specialistiche il voto medio è pari a 7,9 e per gli esami specialistici è 8,1 (Prospetto 6).

Ciò si riscontra anche nel Mezzogiorno con percentuali più basse: se a livello nazionale il 72,5% attribuisce un voto di eccellenza a seguito di una visita specialistica, la quota scende a 65,5% al Sud e a 66,7% nelle Isole; per gli accertamenti le quote sono rispettivamente 63,3% e 66,5% contro il 72,4% del dato nazionale.

PROSPETTO 6. POPOLAZIONE PER LIVELLO DI SODDISFAZIONE PER LA PRESTAZIONE SANITARIA FRUITA E PER TIPO DI SPESA. Media Settembre- Dicembre 2012, per 100 persone, media e mediana

PRESTAZIONE SANITARIA	Spesa per prestazione sanitaria	Giudizio sull'ultima prestazione sanitaria fruita (a)											Media	Mediana
		0=per niente soddisfatto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10=molto soddisfatto		
Visita specialistica	A carico SSN	0,8	0,2	0,5	0,6	1,2	3,9	8,3	17,8	29,2	15,4	22,1	7,9	8,0
	Out of pocket	0,4	0,2	0,2	0,4	0,4	2,2	4,1	11,2	30,1	20,4	30,5	8,5	9,0
	Totale	0,6	0,2	0,4	0,5	0,9	3,2	6,6	15,1	29,5	17,4	25,5	8,2	8,0
Accertamenti	A carico SSN	0,3	0,2	0,3	0,5	0,9	3,0	7,1	16,6	30,8	16,9	23,3	8,1	8,0
	Out of pocket	0,3	0,3	0,2	0,5	0,3	2,4	5,2	13,5	30,3	18,6	28,5	8,4	8,0
	Totale	0,3	0,2	0,3	0,5	0,7	2,9	6,7	15,8	30,7	17,3	24,6	8,2	8,0
Ricoveri	A carico SSN	1,1	0,2	0,6	0,5	1,5	3,7	6,8	15,1	29,6	16,4	24,6	8,0	8,0
	Out of pocket	1,3	.	.	.	.	2,7	4,7	10,4	28,8	13,0	39,2	8,5	9,0
	Totale	1,1	0,2	0,6	0,5	1,4	3,7	6,8	14,9	29,5	16,2	25,2	8,1	8,0

(a) Espresso con un voto da 1 (per niente soddisfatto) a 10 (molto soddisfatto)

⁸ Per il metodo di calcolo si veda la nota metodologica.