

Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

Summary in Italian

Uno Sguardo alla Sanità - Indicatori OCSE 2005

Riassunto in Italiano

Sommario

I sistemi sanitari sono in forte crescita in termini di dimensioni e importanza nei Paesi OCSE. Il progresso nelle cure e nello sviluppo di nuove medicine ha contribuito ad un continuo miglioramento nello stato di salute goduto dai Paesi OCSE negli ultimi decenni. Allo stesso tempo, la spesa sanitaria non è mai stata così alta, continuando ad assorbire una percentuale del PIL crescente.

Le cure sanitarie e la spesa sanitaria non sono l'unico aspetto che influisce sulla salute. Esistono dati che mostrano come la salute della popolazione nei Paesi sviluppati sia influenzata più da fattori socio-economici e di stile di vita che dalla fornitura delle cure sanitarie in se. Programmi sanitari pubblici ben organizzati possono infatti aiutare la prevenzione di malattie, sollevando i sistemi sanitari da alcune pressioni sui costi. Inoltre i fattori di rischio per la salute stanno cambiando. Per esempio, mentre molti Paesi OCSE hanno ottenuto una riduzione nel consumo dei tabacchi, i livelli di obesità sono invece in aumento, riflettendo pertanto un cambiamento nelle abitudini nutrizionali ed uno stile di vita generalmente più sedentario.

Uno Sguardo alla Sanità- Indicatori OCSE 2005 fornisce una serie di indicatori aggiornati e relativi a diversi aspetti di performance dei sistemi di sanità. La base di riferimento è costituita da *Eco-Salute OCSE 2005*, una banca dati articolata che contiene più di mille serie statistiche sulla salute e sui sistemi sanitari dei Paesi OCSE. Questa terza edizione di *Uno Sguardo alla Sanità- Indicatori OCSE 2005* si concentra non solo sulle risorse e l'attività dei sistemi di cura, ma include anche un numero maggiore di indicatori collegati alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie. Per esempio, il capitolo sullo stato di salute racchiude nuove informazioni relative alla salute infantile inclusa, ad esempio, l'igiene dentale infantile. Il capitolo sui fattori di rischio presenta indicatori sulla nutrizione aggiuntivi rispetto agli indicatori su consumo di tabacco, alcolici, stato di sovrappeso e obesità. Inoltre, le spese sulla sanità sono state

scomposte per rendere visibile la spesa per i programmi di sanità pubblica nei diversi Paesi OCSE.

La pubblicazione mostra notevoli variazioni tra i 30 Paesi membri OCSE riguardo agli indicatori su stato di salute, sui rischi per la salute, nei costi, nell'allocazione di risorse e output prodotto dai rispettivi sistemi sanitari. Sebbene venga proposta una scomposizione di base della popolazione (per sesso ed età in diversi indicatori), in molti casi non è possibile una scomposizione ancora più dettagliata (per regioni, gruppi socio-economici o gruppi etnici/razziali). Il lettore deve dunque tenere presente che per molti indicatori presenti in questa pubblicazione sono possibili tante variazioni interne ai Paesi pari ad almeno quante ne esistono tra Paesi diversi.

Nel seguito si riporta un riassunto dei messaggi chiave di questa pubblicazione riguardo prevalentemente alla performance complessiva dei sistemi sanitari.

Lo stato di salute è migliorato significativamente nei Paesi OCSE

- L'aspettativa di vita alla nascita ha avuto un incremento sostanziale in questi ultimi decenni all'interno dei Paesi OCSE grazie a standard di vita più elevati, a stili di vita più salutari e ad una migliore educazione, oltre che ad un incremento nell'accessibilità alle strutture sanitarie ed a medicine efficaci. Nei Paesi OCSE l'aspettativa di vita nel 2003 è salita a 77.8 anni, in rialzo dai 68.5 del 1960. Nel 2003, il Giappone ha l'aspettativa di vita più alta con 81.8 anni per l'intera popolazione, seguito da Islanda, Spagna, Svizzera, Australia, e Svezia (Grafico 1.1).
- Risulta difficile stimare i contributi relativi dei numerosi fattori medici e non medici che possono influenzare le variazioni di aspettativa di vita nel tempo all'interno dei vari Paesi. **Livelli di PIL più alti sono generalmente associati ad un'aspettativa di vita migliore nei Paesi OCSE** anche se questa relazione perde peso ai livelli più elevati del PIL. Vi sono delle marcate differenze nell'aspettativa di vita tra membri dell'OCSE con simili retribuzioni pro-capite. Per esempio, il Giappone e la Spagna hanno un'aspettativa di vita più alta di quanto si potrebbe pensare guardando solo al PIL pro-capite, mentre gli Stati Uniti e l'Ungheria hanno un'aspettativa di vita più bassa di quanto prevedibile in funzione del reddito (Grafico 1.3).
- **Anche l'aspettativa di vita a 65 anni è aumentata negli ultimi decenni per i membri dell'OCSE.** Nel 2003, infatti, la media è di 19.3 anni per le donne e 15.9 per gli uomini. Questi dati sono lievitati di oltre tre anni rispetto al 1970, sia per le donne sia per gli uomini. Così come per l'aspettativa di vita alla nascita, nel 2003, è ancora il Giappone ad avere l'aspettativa di vita a 65 anni più alta (Grafico 1.5). **Si pensa che l'aspettativa di vita a 65 anni continuerà a migliorare nei prossimi decenni.** Calcoli OCSE prevedono che entro il 2040 questo dato arrivi a 21.6 anni per le donne e 18.1 anni per gli uomini come media nei Paesi OCSE.
- **Tutti Paesi OCSE hanno registrato notevoli progressi nella riduzione dei livelli di mortalità infantile negli ultimi decenni,** grazie a miglioramenti delle condizioni economiche e sociali, e a miglioramenti nei servizi sanitari per cure post parto (inclusa la vaccinazione infantile). Il Portogallo ha visto ridursi il suo tasso di mortalità infantile di oltre il 90% rispetto al 1970, cambiando così nel 2003 il suo status da paese con tasso più alto a uno dei Paesi con il tasso di mortalità più basso. Altre riduzioni nei tassi di

mortalità infantile si sono viste in Messico, Turchia, ed in alcuni altri Paesi Europei quali l'Italia, la Spagna e la Grecia. Nel 2003, l'Islanda, il Giappone e alcuni Paesi nordici hanno i tassi di mortalità infantile più bassi tra i Paesi OCSE (Grafico 1.20).

Costi sanitari in crescita per i Paesi OCSE

- Nonostante l'incremento della longevità di vita nei Paesi OCSE, i costi sanitari sono anche aumentanti in molti Paesi, crescendo addirittura in alcuni casi ad un ritmo superiore alla crescita economica del paese. **Nel 2003, i Paesi OCSE hanno consumato in media l'8.8% del PIL in spese mediche, on un incremento dal 7.1% dal 1990 e del 5% dal 1970.** La porzione di PIL allocata nel 2003 alla spesa sanitaria varia considerevolmente tra i Paesi, partendo dal 15% degli Stati Uniti per arrivare a meno del 6% nella Repubblica Slovacca e la Corea. Dopo gli Stati Uniti nel 2003 figurano la Svizzera e la Germania con rispettivamente una spesa del 11,5% e 11,1% del PIL (Grafico 3.7).
- **L'incremento della spesa sanitaria deriva da diversi fattori.** In generale, i Paesi OCSE con un PIL pro-capite più elevato hanno una spesa sanitaria pro-capite più consistente (Grafica 3.10). Ciò nonostante, esistono differenze significative tra i vari Paesi che possono dipendere in parte dalle scelte di politica sanitaria riguardo ai livelli di spesa ritenuti appropriati, alle diverse architetture finanziarie e organizzative dei sistemi sanitari, al valore percepito per spese sanitarie addizionali rispetto all'acquisto di altri beni e servizi. **Il progresso che la medicina ha ottenuto nella prevenzione, diagnosi e cura dello stato di salute rappresenta uno dei principali fattori di incrementi dei costi per la sanità.** Vari fattori influenzano lo sviluppo e la diffusione di nuove tecnologie e nuove medicine, inclusi i processi decisionali sulle modalità di finanziamento di nuovi strumenti, trattamenti o medicine. **Anche l'invecchiamento della popolazione contribuisce all'aumento delle spese sanitarie.** La percentuale della popolazione con più di 65 anni è aumentata in tutti i Paesi OCSE (Grafico 5.3). E continuerà a crescere nei prossimi decenni, soprattutto in funzione dell'invecchiamento della generazione del "baby-boom" (che raggiungerà i 65 anni nel 2010 e oltre). Poiché una popolazione più anziana tende a consumare più cure sanitarie, l'invecchiamento continuerà a sospendere la spesa sanitaria pubblica.

Finanziamenti pubblici sotto pressione a causa dei costi sanitari

- Data una certa prevalenza di sistemi assicurativi pubblici o sistemi di finanziamento pubblico diretto nella maggior parte dei Paesi OCSE, il settore pubblico rappresenta la componente di spesa sanitaria più consistente, eccetto negli Stati Uniti, Messico, e Corea (Grafico 3.17). Anche negli Stati Uniti, dove il settore privato ha un ruolo centrale nel finanziamento delle spesa, la spesa sanitaria pubblica risulta tuttavia pari al 6,6% del PIL, percentuale paragonabile alla media OCSE.
- L'ultimo decennio può essere diviso in due periodi dal punto di vista delle spesa pubblica per la sanità nei Paesi OCSE. Il periodo 1992-1997 ha visto una crescita economica uguale o maggiore rispetto alla crescita della spesa sanitaria pubblica. Tuttavia, **negli ultimi anni la spesa pubblica per la sanità è aumentata in tutti Paesi OCSE più velocemente rispetto alla crescita economica.** In alcuni Paesi quali Regno Unito e

Canada, recenti incrementi nella spesa sanitaria pubblica risultano funzionali ad una scelta deliberata nel tentativo di diminuire la pressioni della domanda di salute derivante dalle politiche di contenimento dei costi attuate durante i primi anni '90 (Grafico 3.6).

- Negli ultimi anni l'incremento delle spesa per medicinali (in media oltre 5% l'anno dal 1997) ha rappresentato uno dei volano chiave per l'aumento della spesa sanitaria complessiva. Infatti, **la maggior parte dei Paesi OCSE ha sperimentato un incremento della spesa farmaceutica superiore all'aumento della spesa sanitaria.** Negli Stati Uniti e in Australia la spesa farmaceutica è lievitata con una velocità pari a più del doppio della crescita delle spese sanitarie totali. Simili incrementi sono stati riscontrati anche in Irlanda e in Corea, sebbene a partire da una base pro-capite iniziale relativamente più bassa nello stesso periodo. La percentuale d'incremento è stata molto più contenuta in Giappone (Grafico 3.16).
- In media, nei Paesi OCSE **il 60% della spesa farmaceutica è assorbita da fondi pubblici, ed il rimanente da pagamenti privati e, in misura minore, da assicurazioni private.** Tuttavia, questa media nasconde delle varianze molto ampie, da un minimo inferiore del 11% in Messico e del 21% negli Stati Uniti ad un massimo superiore del 86% in Irlanda. Una delle ragioni di queste oscillazioni dipende dalle modalità con cui i farmaci sono eventualmente garantiti nell'ambito di programmi sanitari nazionali ed assicurazioni sanitarie pubbliche (Tabella 3.11).
- Nel 2003, **la spesa farmaceutica pro-capite si è registrata negli Stati Uniti (oltre 700 USD ad personam), seguiti dalla Francia (poco più di 600 USD), Canada e Italia (più o meno 500 USD).** Le spese più basse a circa 100 USD sono avvenute invece in Messico e Turchia. Variazioni nella spesa farmaceutica tra i Paesi riflettono eterogeneità nei volumi, nelle modalità di consumo e nei livelli di prezzo. Le differenze di livello retributivo fra Paesi incidono anch'esse sulla spesa farmaceutica (Grafico 3.14).

Potenziali problemi a causa della carenza di risorse per la sanità

- La carenza di medici è una problematica rilevante in molti Paesi. Il numero, la distribuzione, e la composizione della classe medica è influenzata da diversi fattori, tra cui le restrizioni nell'accesso alla professione, la scelta della specializzazione, la retribuzione ed ancora le condizioni lavorative e la mobilità professionale. **Il 2003 ha registrato notevoli variazioni nel numero di medici pro-capite tra Paesi OCSE. Si va da 4 dottori ogni 1.000 abitanti in Italia e in Grecia a meno di 2 per 1.000 abitanti in Turchia, Messico e Corea.** Il numero dei dottori pro-capite risulta relativamente basso anche in Giappone, Canada, Regno Unito, e Nuove Zelanda, Paesi che tradizionalmente controllano di più l'accesso alle facoltà di medicina.
- **In alcuni Paesi, la percentuale di medici formati all'estero è piuttosto alta.** Nel 2000, nei Paesi anglo-sassoni (Nuova Zelanda, Regno Uniti, Stati Uniti e Canada) questa percentuale è superiore al 20%, mentre in Giappone, Austria e Francia è molto più bassa (Grafica 2.4). Migrazioni internazionali possono incrementare la flessibilità dei mercati del lavoro per i dottori e altre professionalità sanitarie, ma allo stesso tempo creano preoccupazione per una "fuga dei cervelli" nel lungo termine da Paesi a bassa retribuzione a Paesi con remunerazioni più alte.

- Questa terza edizione di *Uno Sguardo alla Sanità- Indicatori OCSE 2005* presenta **nuovi dati sulla retribuzione dei dottori**, in particolare medici di medicina generale e specialisti (divisi tra dipendenti e liberi professionisti). Dal confronto con la retribuzione nazionale media, la remunerazione dei medici varia considerevolmente tra i Paesi. **Per esempio, la retribuzione di uno specialista libero professionista è relativamente alta in Olanda, Stati Uniti, Belgio, e Canada.** Invece, gli Specialisti in Ungheria e nella Repubblica Ceca (indipendentemente dall'essere dipendenti o liberi professionisti) guadagnano relativamente meno che in altri Paesi (Grafico 2.9).
- Attualmente si riscontra anche una mancanza di infermieri in quasi tutti i Paesi OCSE. **Così come per i dottori, vi sono variazioni sostanziali nel numero di infermieri**, anche se il confronto dei dati è limitato dall'eterogeneità dei profili infermieristici inclusi. Irlanda, Islanda, e Olanda registrano un numero di infermieri pro-capite più alto, con oltre 13 infermieri per 1.000 persone nel 2003. Dal lato più basso dello spettro, con meno di 4 infermieri per 1.000 abitanti, troviamo la Turchia, la Corea, il Messico e la Grecia (Grafico 2.5). Osservando i dati raccolti tra il 1990 e il 2003, il numero di infermieri pro-capite è aumentato nella maggior parte dei Paesi eccetto che in Australia, Canada, Nuova Zelanda e Polonia dove ha iniziato a diminuire (Grafico 2.6).
- I dati relativi **alle retribuzioni degli infermieri** sono disponibili solo per gli infermieri stipendiati. In base ai dati disponibili di una dozzina di Paesi, la retribuzione degli infermieri rispetto al PIL pro-capite è più alta in Portogallo, seguito da Australia e Nuova Zelanda. La retribuzione è relativamente più bassa in Repubblica Ceca, Ungheria e Norvegia (Grafico 2.11).
- In alcuni Paesi esiste una preoccupazione legata alla disponibilità ed accesso a strumenti diagnostici e terapeutici avanzati. **La disponibilità di tecnologie diagnostiche come TAC e risonanze magnetiche (MRI) è aumentata in tutti i Paesi OCSE.** Essendo la risonanza magnetica una tecnologia più recente rispetto alla TAC, essa è cresciuta rapidamente dal 1990 (Tabella 2.8). Tuttavia, rimangono grandi differenziali nella diffusione di queste tecnologie mediche, con il Giappone in testa per il numero più alto e la quota pro-capite più elevata. A causa dei costi elevati di questi macchinari, troviamo dall'altro estremo con il numero più basso di risonanze pro-capite, il Messico seguito da Polonia, Repubblica Slovacca e Repubblica Ceca (Grafico 2.13, 2.14).

Un focus maggiore per la prevenzione potrebbe migliorare lo stato di salute ed al contempo ridurre la pressione sui sistemi sanitari

- I sistemi sanitari vengono a volte criticati in quanto focalizzati solo sulle cure per malattie e non abbastanza sulla prevenzione delle patologie. **Infatti, nei Paesi OCSE in media solo il 3% delle spese sanitarie si riferisce alla prevenzione e ai programmi di sanità pubblica** (Grafico 3.12).
- Le vaccinazioni infantili si sono dimostrate una delle misure preventive più efficaci nel ridurre malattie e mortalità infantile. **Circa due terzi dei Paesi OCSE ha ottenuto una copertura di oltre il 95% di vaccinazioni contro Difterite, Tetano, e Pertosse, ovvero il livello indispensabile per assicurare l'immunizzazione generale della popolazione. Per il Morbillo, circa la metà dei Paesi OCSE dichiara lo stesso livello di copertura.** Alcuni dei Paesi OCSE più ricchi, in termini di PIL pro-capite, quali

Irlanda, Norvegia e Austria dichiarano una copertura di vaccinazione per Difterite e Morbillo più bassa della media (Grafico 2.21).

- Nei Paesi OCSE la vaccinazione per gli anziani contro l'influenza è una pratica sempre più estesa per prevenire il rischio di complicanze risultanti a malattie, ospedalizzazioni e morte. **Nel 2003, il livello di vaccinazione contro l'influenza nella popolazione anziana varia tra meno del 40% nella Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, ed Ungheria, a oltre il 75% in Australia, Corea, e Olanda.** Il livello di vaccinazione contro l'influenza è oltre il 60% nella maggior parte dei Paesi OCSE, ad eccezione di Germania e Giappone con solo il 50% della popolazione anziana vaccinata nel 2003 (Grafico 2.23).

I fattori di rischio per la salute stanno cambiando

- **In molti Paesi OCSE l'utilizzo del tabacco si è stato notevolmente ridimensionato anche se rimane in ogni caso una delle cause più alte di mortalità prematura.** Questo declino è in gran parte dovuto alle politiche mirate alla riduzione del consumo di tabacco attraverso campagne pubblicitarie e l'incremento delle tasse sul prodotto. Attualmente il tasso di fumatori giornalieri tra gli adulti è a meno del 20% in Australia, Canada, Svezia, e Stati Uniti, in riduzione del 33% degli anni 70. All'estremo opposto, Grecia, Ungheria e Lussemburgo vedono il 33% degli adulti tuttora fumatori (Grafico 4.1).
- **Anche la il consumo di alcolici è diminuito negli ultimi decenni nella maggior parte dei Paesi OCSE.** Restrizioni sulla pubblicità, nelle vendite, e l'incremento delle tasse sono tutte misure efficaci nella riduzione dei consumi. I Paesi tradizionalmente produttori di vino quali Italia e Francia hanno visto diminuire notevolmente dagli anni 80 la consumazione di alcolici pro-capite. In controtendenza, il consumo pro-capite è aumentato di oltre il 40% in Irlanda (Grafico 4.6, 4.7).
- In molti Paesi OCSE **l'incremento dei tassi di sovrappeso e obesità nei bambini e negli adulti sta rapidamente diventando un problema rilevante per la sanità pubblica.** L'obesità è un fattore di rischio riconosciuto per molti problemi di salute, come ipertensione, colesterolo in eccesso, diabete, malattie cardiovascolari, asma, artrite, e alcuni tipi di cancro. **Oltre il 50% degli adulti è attualmente considerato in stato di sovrappeso o obeso in 10 Paesi OCSE:** Stati Uniti, Messico, Regno Unito, Australia, Repubblica Slovacca, Grecia, Nuova Zelanda, Ungheria, Lussemburgo, e Repubblica Ceca (Tabella 4.6).
- **La prevalenza di obesità tra gli adulti varia dal 3% in Giappone e Corea al 31% negli Stati Uniti.** Tuttavia si deve tenere conto che in molti casi si tratta di dati forniti soggettivamente e non registrati sistematicamente, mentre per Stati Uniti, Australia, Nuova Zelanda e Regno Unito, le stime sono basate sulla raccolta delle effettive misure di altezza e peso degli individui. I dati forniti da privati non sono normalmente attendibili quanto i dati raccolti, poiché spesso il peso viene sottostimato. Ciò significa che **le stime del tasso di obesità nella maggior parte dei paesi OCSE sono basse e non riflettono gli effettivi livelli di obesità** (Grafico 4.12, 4.13).

- **Siccome l'obesità è associata a rischi più elevati di malattie croniche, essa è correlabile anche a costi sanitari addizionali.** Stime dagli Stati Uniti indicano che per le persone obese i costi dei servizi sanitari sono del 36% più alti, i costi delle medicine del 77% in più (Sturm 2002). Esiste un lasso di tempo tra l'inizio dell'obesità ed il manifestarsi delle problematiche di salute connesse. Ciò suggerisce che l'incremento dell'obesità osservato nei Paesi OCSE negli ultimi decenni causerà un incremento dei costi sanitari nel futuro.

© OCSE 2005

Questa sintesi non è una traduzione ufficiale dell'OCSE.

La riproduzione della presente sintesi è autorizzata sotto riserva della menzione del Copyright OCSE e del titolo della pubblicazione originale.

Le sintesi sono traduzioni di stralci di pubblicazioni dell'OCSE i cui titoli originali sono in francese o in inglese.

Sono disponibili gratuitamente presso la libreria online dell'OCSE sul sito www.oecd.org/bookshop/

Per maggiori informazioni contattare l'Unità dei Diritti e Traduzioni,
Direzione Affari Pubblici e Comunicazione

rights@oecd.org

Fax: +33 (0)1 45 24 13 91

OECD Rights and Translation unit (PAC)
2 rue André-Pascal
75116 Paris
France

Website www.oecd.org/rights/

