



Ministero della Salute

Traduzione non ufficiale a cura del

*Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione
Direzione generale dei rapporti europei ed internazionali (DGREI)*

Ufficio III – Rapporti con l'OMS e altre agenzie ONU

RAPPORTO SULLA SALUTE IN EUROPA 2012: TRACCIARE LA VIA VERSO IL BENESSERE

Documento di sintesi

Indice

Quadro generale	1
1. A che punto siamo: lo stato di salute in Europa - le motivazioni a sostegno della	
<i>Salute 2020</i>	2
Andamento demografico	2
Speranza di vita	3
Mortalità	3
Cause di morte	3
Mortalità precoce	4
Carico di malattia	5
Fattori di rischio	6
Determinanti sociali e disuguaglianze nella salute, inclusi i sistemi sanitari	6
2. Qual è il nostro scopo: gli obiettivi europei per la salute e il benessere	8
Precedenti esperienze di definizione e monitoraggio di obiettivi.....	8
Problemi tecnici nella selezione di obiettivi e indicatori	9
Consultazione con i rappresentanti degli Stati Membri europei	10
Obiettivi generali	11
3. Come ci stiamo muovendo e a cosa diamo importanza: le motivazioni a sostegno della	
misurazione del benessere	11
Rilevanza diretta per la <i>Salute 2020</i>	12
Su cosa possiamo basarci	12
Quali sfide ci attendono	13
4. Il conto alla rovescia verso il 2020: segnare i progressi compiuti	14

Quadro generale

Nell'ambito del proprio mandato, che prevede la responsabilità di monitorare e riferire sullo stato di salute dei circa 900 milioni di abitanti della Regione Europea dell'OMS, l'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS produce ogni tre anni il *Rapporto sulla salute in Europa*, la sua più importante pubblicazione. Il rapporto ha tre finalità. Innanzitutto, la tempistica di uscita offre un'ottima opportunità per fornire ai *policy-makers* e ai professionisti della sanità pubblica la base di evidenze epidemiologiche che sta a fondamento degli obiettivi strategici, degli obiettivi specifici e delle priorità della nuova *Politica di riferimento europea per la salute - Salute 2020 (Health 2020)*. In secondo luogo, il rapporto analizza i determinanti sociali, economici e ambientali della salute e richiama l'attenzione sul benessere in quanto indicatore di progresso per la Regione Europea. Infine, esso individua le sfide chiave legate alla misurazione della salute per il prossimo decennio e delinea un programma d'azione basato sulla collaborazione: raccogliere, analizzare e utilizzare i dati relativi alla salute nell'intera regione.

Il rapporto si articola in quattro sezioni. La prima introduce il rapporto con la descrizione dello stato di salute e delle tendenze che caratterizzano l'Europa attuale, coprendo tutti i 53 paesi ed evidenziando singoli paesi e sottogruppi. I temi trattati includono le tendenze demografiche, la speranza di vita, la mortalità, le cause di morte, il carico di malattia, i fattori di rischio, i determinanti sociali della salute e le disuguaglianze nella salute, anche con riguardo ai sistemi sanitari. I risultati chiave di questa analisi mostrano che in tutta Europa le persone vivono più a lungo, ma la distribuzione del carico di malattia sta cambiando e le disuguaglianze nella salute e nei relativi determinanti si stanno approfondendo. La speranza di vita è aumentata fino a superare i 76 anni per l'insieme dei due sessi, soprattutto grazie alla diminuzione registrata per alcune cause di morte e ai miglioramenti occorsi nella prevalenza dei fattori di rischio e nelle condizioni socioeconomiche e di vita. Tuttavia questi miglioramenti, e le condizioni che li favoriscono, non hanno avuto una distribuzione equa all'interno dei paesi e tra paesi diversi; persistono, e in molti casi sono in aumento, differenze sostanziali.

La seconda sezione presenta i termini di riferimento per la selezione degli obiettivi generali per il monitoraggio dei progressi compiuti nell'ambito della nuova politica sanitaria europea, la *Salute 2020*. In particolare, questa sezione documenta l'intenso processo di consultazione tra l'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS e i rappresentanti degli Stati Membri, e il lavoro di diversi gruppi di esperti, che hanno portato all'individuazione dei sei obiettivi generali da raggiungere entro il 2020. Gli obiettivi sono stabiliti a livello regionale e sono quantificabili, con indicatori per valutare i progressi compiuti in vista del 2020. L'utilizzo di obiettivi si fonda sulle iniziative europee precedenti, quali le strategie *Salute per Tutti* e *Health21*. Con circa 30 anni di esperienza nella definizione di obiettivi, l'Ufficio Regionale e la Regione hanno appreso importanti lezioni che possono essere d'aiuto agli Stati Membri nei loro sforzi per definire obiettivi a livello nazionale.

La terza sezione riconosce che un aspetto fondamentale della *Salute 2020* è il miglioramento del benessere della popolazione, soprattutto nel contesto della salute. Tale aspetto può costituire la base per lo sviluppo di un'agenda comune tra diversi settori e *stakeholders*, anche in un'ottica di approccio trasversale al governo. Esso si fonda sulla definizione di salute espressa nella Costituzione dell'OMS: "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non la mera assenza di malattia o infermità". Tuttavia, l'OMS non ha misurato il benessere né lo ha incluso nella propria reportistica. Al fine di integrare il benessere nell'attività dell'OMS e definire un obiettivo europeo con i relativi indicatori entro il 2013, questa sezione del rapporto delinea i problemi

esistenti e le azioni necessarie per sviluppare un approccio comune al concetto di benessere e alla sua misurazione che consenta la raccolta di dati validi e comparabili e fornisca informazioni utili per i *policy makers* e per la valutazione dei programmi.

La quarta sezione conclude il rapporto individuando importanti problemi legati alla misurazione dei progressi compiuti verso il raggiungimento della *Salute 2020* e delineando un programma per il loro superamento, che vede la collaborazione dell'OMS con i partner e gli Stati Membri. Questa sezione dà conto anche dell'attività di sostegno dell'Ufficio Regionale ai paesi per il potenziamento della raccolta, analisi e reportistica delle informazioni sanitarie a livello nazionale, come pure del lavoro svolto con la Commissione Europea e l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) per la creazione di un sistema informativo sanitario comune e integrato per la Regione Europea, esteso a tutti i 53 Stati Membri.

1. A che punto siamo: lo stato di salute in Europa - le motivazioni a sostegno della *Salute 2020*

Andamento demografico

La Regione Europea dell'OMS attraversa una fase di importanti cambiamenti demografici ed epidemiologici che stanno delineando le necessità future in termini di promozione della salute, prevenzione delle malattie e assistenza. Tuttavia, tali transizioni si stanno verificando con velocità e intensità differenti nei diversi gruppi di paesi e popolazioni, creando nuove sfide e un mosaico di situazioni sanitarie che richiedono approcci specifici. Tutto ciò sottolinea l'importanza di alcune delle grandi sfide per la salute in Europa affrontate dalla politica *Salute 2020*. Le informazioni fornite in questa sezione individuano gli elementi chiave su cui si basa la *Salute 2020*, delineano le azioni da intraprendere e forniscono un punto di partenza per il monitoraggio dei progressi compiuti nei confronti delle priorità e delle aree indicate per gli interventi di politica.

La popolazione dei 53 paesi della Regione Europea ha raggiunto circa 900 milioni di persone nel 2010. La diminuzione del tasso di fertilità in tutta la Regione indica che presto la crescita della popolazione subirà uno stallo. Inoltre, la popolazione invecchia rapidamente, e le proiezioni stimano che entro il 2050 oltre il 25% della popolazione totale della Regione avrà più di 65 anni di età.

Secondo le stime, nella Regione Europea vivono 73 milioni di migranti (di cui il 52% è costituito da donne), che rappresentano circa l'8% della popolazione totale. Nell'insieme, questo afflusso di popolazione, in massima parte diretto verso i paesi dell'Unione Europea, ha comportato un incremento nella popolazione migrante pari a 5 milioni di persone dal 2005, e circa il 70% dell'aumento della popolazione registrato durante tale periodo è attribuibile ad esso.

Nel 2010, la percentuale della popolazione della Regione Europea che vive nelle aree urbane ha raggiunto circa il 70%, e si prevede che superi l'80% entro il 2045; di conseguenza, i rischi e i determinanti della salute cui le persone sono esposte stanno subendo cambiamenti.

Speranza di vita

Dal 1980, la speranza di vita alla nascita è aumentata di 5 anni, raggiungendo i 76 anni nel 2010. La speranza media di vita alla nascita differisce da paese a paese; nel 2010, il livello più alto è stato di 82,2 anni e il minimo di 68,7 anni, quindi con un divario di 13,5 anni. Sempre nel 2010, la speranza media di vita ha raggiunto gli 80 anni per le donne, mentre per gli uomini è stata pari a 72,5 anni, con un divario di 7,5 anni. Le disuguaglianze tra paesi per quanto concerne la speranza di vita sono state maggiori per gli uomini che per le donne, in particolare dopo il 1993. Le proiezioni suggeriscono che entro il 2050 nella Regione Europea la speranza di vita aumenterà fino a quasi 81 anni, con un ritmo simile a quello registrato tra il 1980 e il 2010. I dati relativi ai singoli paesi mostrano ampie disuguaglianze per quanto concerne la speranza di vita e gli anni di vita guadagnati, soprattutto se analizzati per genere o per sub-regione.

Nella Regione Europea, le persone che superano i 65 anni di età stanno aumentando - del 15% secondo le stime relative al 2010. La speranza di vita residua dopo tale età è in media di 15,5 anni. Secondo le proiezioni, entro il 2050 questo gruppo di età costituirà più del 25% della popolazione totale della Regione.

Mortalità

Nella Regione Europea, la mortalità complessiva per tutte le cause di morte continua a diminuire; nel 2010, il tasso di mortalità standardizzato per età è stato pari a 813 decessi per 100.000 abitanti. I trend di mortalità mostrano ampie variazioni tra gruppi di paesi nell'ambito della Regione. Le differenze esistenti nell'andamento della mortalità nella Regione tendono ad essere contenute o minime dai primi anni di vita alla giovane età adulta, per poi aumentare rapidamente nelle fasce di età più elevata. Nella Regione Europea, gli indicatori di mortalità infantile sono i più bassi del mondo e hanno continuato a diminuire dal 1990. Il tasso medio di mortalità infantile riportato nel 2010 era di 7,3 per 1.000 nati vivi, a seguito di una diminuzione del 53% registrata nel periodo 1990-2010.

Nel 2010, il tasso di mortalità materna nella Regione Europea è stato di 13,3 decessi materni per 100.000 nati vivi, con una riduzione pari al 50% rispetto al 1990, anche se con molte differenze tra paesi. Sulla mortalità materna incidono il livello di istruzione e lo stato socioeconomico delle donne. Questo fatto sottolinea l'importanza delle politiche e degli interventi mirati ai determinanti di genere e agli altri determinanti sociali della salute, ivi compreso il funzionamento dei sistemi sanitari.

Mentre la popolazione europea invecchia, i trend di mortalità aiutano a prevedere alcune delle sfide con cui dovranno confrontarsi i sistemi sanitari e degli aggiustamenti necessari per affrontarle. Nell'insieme della Regione Europea, la mortalità per tutte le cause nelle persone di età superiore ai 65 anni è diminuita, raggiungendo nel 2010 il tasso più basso, pari a 4.549 per 100.000 abitanti: una riduzione del 25% rispetto al 1980.

Cause di morte

Le malattie non trasmissibili sono responsabili della più alta percentuale di mortalità; nel 2009 sono state responsabili di circa l'80% dei decessi nella Regione Europea. Le malattie cardiovascolari rimangono la prima causa di mortalità, causando circa il 50% di tutti i decessi, seguite dai tumori,

responsabili di circa il 20% di tutti i decessi. Le cause esterne legate a incidenti e avvelenamento sono la causa del 9% di tutti i decessi. I modelli di distribuzione per sub-regione si sono modificati nel corso del tempo.

Le principali malattie cardiovascolari sono le patologie ischemiche, cardiache e cerebrovascolari, che insieme sono responsabili del 35% di tutti i decessi in Europa. Tuttavia, ci sono ampie variazioni tra i paesi per età, genere e distribuzione dei relativi determinanti. I fattori di rischio sono descritti più avanti.

Secondo il database della *Health for All* (Salute per Tutti), nel complesso della Regione Europea l'incidenza dei tumori e il relativo tasso di mortalità sono pari rispettivamente a 379 casi e 168 decessi per 100.000. Dalla metà degli anni '80, l'incidenza è aumentata del 32% e la mortalità è diminuita del 10%. Riduzioni del tasso di mortalità si osservano per quei tumori per i quali ci sono stati miglioramenti nella diagnosi, prevenzione e assistenza sanitaria. Tra gli uomini, i tumori che interessano i polmoni, il colon, lo stomaco e la prostata sono responsabili di circa il 50% dei decessi per cancro, mentre fra le donne, il 60% dei decessi è causato dai tumori del seno, dei polmoni, dello stomaco, del colon, della cervice e dell'ovaio.

Il monitoraggio dell'andamento della mortalità per le principali cause esterne fornisce informazioni aggiuntive per future proiezioni ed indicazioni sulle condizioni di sicurezza ambientale e su alcuni comportamenti dannosi nella popolazione. Per esempio, sebbene i livelli differiscano, il tasso di suicidio è diminuito del 25-40% in tutte le sub-regioni europee, dopo un incremento verificatosi alla metà degli anni '90. Tuttavia, le tendenze recenti indicano un calo più lento, che coincide con la crisi economica in atto dal 2008. La mortalità dovuta a incidenti della circolazione fornisce informazioni sulla sicurezza stradale, ivi incluse le condizioni delle infrastrutture, le misure di protezione e la regolamentazione. Le tendenze generali per la Regione Europea mostrano una diminuzione del 50% rispetto al 1990, fino a un tasso del 10 per 100.000 nel 2010. Questa situazione può essere correlata a un calo degli incidenti stradali, in particolare quelli in cui è implicato l'alcol.

Le malattie trasmissibili sono meno comuni nella Regione Europea rispetto ad altre parti del mondo. Le principali preoccupazioni si concentrano su tubercolosi, HIV/AIDS, altre malattie sessualmente trasmissibili e infezioni da epatite virale. Tuttavia, le recenti epidemie di poliomielite, rosolia e morbillo in Europa hanno riportato l'accento sulla necessità di sostenere o potenziare le attività di sanità pubblica, come quelle di sorveglianza e prevenzione delle malattie, incluse la promozione della salute e le vaccinazioni. Nella Regione Europea, i tassi di mortalità per la tubercolosi sono diminuiti, dopo gli incrementi registrati negli anni '90, e nel 2010 hanno raggiunto un tasso pari a 6 per 100.000: una riduzione del 30% nel corso del periodo. Le co-infezioni con l'HIV pongono ulteriori sfide per la riduzione della mortalità dovuta alla tubercolosi, in particolare nelle aree dell'Europa orientale, dove entrambe le infezioni coesistono ed è presente la resistenza multi-farmaco (antimicrobici inclusi). L'andamento dell'incidenza dell'HIV differisce tra gruppi di paesi. L'incidenza dell'AIDS è in diminuzione in tutte le sub-regioni, dimostrando l'importanza di un trattamento efficace.

Mortalità precoce

Più del 70% della mortalità si verifica oltre i 65 anni di età, quando i processi di malattia sono stati in atto per diversi anni. Il monitoraggio della mortalità precoce (decessi verificatisi prima dei 65 anni di età) fornisce utili informazioni per la definizione di politiche di sanità pubblica, programmi

e interventi per ritardare l'insorgere della malattia e l'instaurarsi della disabilità. Il divario esistente tra uomini e donne mostra una differenza di rischio pari al 50% per gli uomini che raggiungono i 60 anni di età, e all'età di 65 anni il rischio per gli uomini è doppio rispetto a quello per le donne. Ad ogni modo, il rapido invecchiamento della popolazione rende necessario il monitoraggio della mortalità, e soprattutto della morbilità e della disabilità, nei gruppi di età superiore ai 65 anni.

I tumori hanno sostituito le malattie cardio-vascolari come principale causa di morte precoce in 28 dei 53 paesi della Regione Europea, a causa del persistente calo della mortalità per malattie cardiovascolari e di un aumento associato della speranza di vita, oltre che del lungo periodo di latenza nello sviluppo dei tumori. A livello nazionale, i più alti tassi di mortalità precoce dovuta ai tumori del polmone si rilevano nell'Europa centrale (in particolare in Ungheria, Serbia e Polonia): più di 25 per 100.000. Questo andamento è associato alla prevalenza del fumo di tabacco, che a sua volta è determinato dalla convenienza economica dei prodotti del tabacco, dalle strategie di mercato e da politiche di sanità pubblica permissive. Nell'ultimo decennio, i tassi di mortalità precoce dovuta ai tumori del seno nella Regione sono diminuiti fino al 14 per 100.000: una riduzione del 21% dopo il picco registrato alla metà degli anni '90.

Dalla metà degli anni '90, nella Regione Europea i tassi di mortalità precoce per malattie respiratorie sono si sono abbassati, con ritmo costante, del 40%, raggiungendo il 16 per 100.000 nel 2010. La mortalità dovuta a questa causa miete vittime nell'ambito di due popolazioni distinte: i bambini e le persone anziane. Le principali cause specifiche di morte sono la broncopneumopatia cronica ostruttiva, l'asma, la polmonite e l'influenza, tutte strettamente associate a condizioni ed esposizioni in ambienti *outdoor* e *indoor*. Gli interventi per prevenirle sono noti, ma alcuni di essi richiedono un'azione intersettoriale.

La mortalità precoce dovuta a malattie dell'apparato digerente nella Regione Europea ha evidenziato un andamento in crescita dal 1990 al 2010, anno in cui il tasso ha raggiunto il 25 per 100.000: un incremento del 30%. In questo gruppo, le malattie epatiche croniche e la cirrosi, insieme con le ulcere gastriche e duodenali, costituiscono le principali cause di morte e sono associate principalmente al consumo dannoso di alcol e ai cibi industriali. Le malattie epatiche croniche e la cirrosi sono state anche associate a una serie di cause virali, quali le infezioni da epatite B e C, alle tossine e al cattivo uso di farmaci. Tuttavia, con ogni probabilità è l'abuso di alcol, particolarmente se pesante e continuato, che dà l'apporto più rilevante.

Il diabete è un grave problema di sanità pubblica in Europa a causa dei suoi effetti diretti e indiretti - che vanno dai danni microvascolari a livello renale, neurologico e oftalmologico ai danni vascolari a carico degli arti, del cervello e del cuore - con diverse conseguenze gravi. La mortalità precoce dovuta al diabete nella Regione Europea ha mostrato una riduzione del 25% dal 1995 al 2010, quando ha raggiunto il tasso del 4 per 100.000 abitanti. L'individuazione del diabete come causa di morte pone alcune difficoltà, per cui la mortalità dovuta a questa causa potrebbe essere sottostimata.

Carico di malattia

Per il 2004, l'ultimo anno per cui alla metà del 2012 erano disponibili dati, la distribuzione del carico totale di malattia (che combina mortalità, morbilità e disabilità) della Regione Europea permette di stimare una perdita di anni di vita liberi da disabilità (i cosiddetti DALYs - Disability Adjusted Life Years) che va dal 10% al 28% a seconda delle popolazioni nazionali; questo vuol dire che il paese con la situazione più favorevole presenta un valore inferiore di quasi 3 volte rispetto al paese più sfavorito. I DALYs totali sono stati attribuiti a diversi importanti fattori di rischio nella

Regione Europea. Queste informazioni permettono di individuare le più importanti aree su cui intervenire - quali la nutrizione, l'attività fisica e la riduzione del consumo di sostanze che creano dipendenza - soprattutto allo scopo di ridurre l'obesità, l'ipercolesteremia e l'ipertensione, nonché il consumo di alcol e tabacco. Tali interventi richiedono una partecipazione intersettoriale e l'utilizzo di strategie dotate di un buon rapporto costo-benefici.

Fattori di rischio

Comprendere le cause soggiacenti della malattia, inclusi i fattori di rischio e i determinanti socioeconomici e dei sistemi sanitari, è importante per la prevenzione e il controllo delle malattie e la promozione della salute. Tra i principali gruppi di malattie che causano un alto livello di mortalità, morbilità e disabilità - quali le malattie cardiovascolari, i tumori, le cause esterne di morte, le malattie dell'apparato respiratorio e digestivo, come sottolineato in precedenza - i due principali fattori di rischio da contrastare sono il fumo di tabacco e il consumo dannoso di alcol. Nella popolazione europea, la prevalenza e i livelli di consumo relativi a questi due fattori rimangono alti in tutta la Regione, malgrado la disponibilità di conoscenze e tecnologie per controllarli.

Intorno al 2008, la prevalenza del fumo di tabacco nella Regione Europea ha raggiunto il 27% della popolazione di età pari o superiore ai 15 anni, ma è poi gradualmente diminuita al 25%, in particolare tra gli uomini. Il consumo di alcol è un altro fattore che determina la frequenza di problemi di salute, e secondo le stime dell'OMS è responsabile di circa il 6,5% di tutti i decessi in Europa. Oltre alla quantità, sono importanti anche il tipo di alcol ingerito e l'abitudine al cosiddetto *binge drinking*, a causa delle loro potenziali ripercussioni sulla salute. Sfortunatamente, diversi paesi della Regione non hanno comunicato dati recenti.

È risaputo che il diverso accesso o esposizione a vari fattori ambientali nel corso dell'intera esistenza determina l'occorrenza di importanti problemi di salute, comprese le malattie cardiovascolari, respiratorie e dell'apparato digerente, i tumori e le cause esterne di morte. L'accesso all'acqua pulita e a servizi igienici salubri, le condizioni abitative, la sicurezza stradale, la qualità dell'aria, l'ambiente lavorativo e l'esposizione a condizioni climatiche estreme contribuiscono direttamente o indirettamente a delineare il profilo sanitario della popolazione europea.

Determinanti sociali e disuguaglianze nella salute, inclusi i sistemi sanitari

La Commissione OMS sui determinanti sociali della salute definisce l'equità nella salute come "l'assenza di differenze ingiuste e evitabili o rimediabili nella salute tra gruppi di popolazione". Le basi fattuali a livello globale suggeriscono che almeno il 25% delle disuguaglianze nella salute (differenze rilevate all'interno della popolazione di un paese) sono associate con una mancanza di accesso a servizi sanitari efficaci, e questa percentuale aumenta se si aggiunge l'accesso differenziato agli interventi di sanità pubblica di base, come ad esempio l'accesso all'acqua sicura. I determinanti sociali della salute, che comprendono fattori politici, socioeconomici e ambientali, contribuiscono per un altro 50% alle disuguaglianze nella salute. Queste differenze sono inique, per cui le ingiustizie nella salute sono causa della grande maggioranza delle disuguaglianze nella salute. Queste disuguaglianze inique sono anche chiamate "le cause delle cause" delle ingiustizie nella salute, appellativo che rispecchia la loro influenza fondamentale sulla causalità delle malattie e sulla distribuzione sociale sistematica dei risultati sanitari, inclusa la speranza di vita. Le disuguaglianze

nella salute costituiscono una preoccupazione fondamentale in Europa, visto l'aumento del divario e del gradiente sociale nella speranza di vita all'interno dei paesi e tra paesi diversi. Essendo tra i più importanti determinanti sociali, le norme e le relazioni di genere continuano a condizionare il modo in cui i sistemi sanitari sono organizzati e i servizi vengono erogati, spesso a detrimento delle ragazze e delle donne o delle persone che non si inquadrano nei ruoli di genere accettati.

I prerequisiti per contrastare le disuguaglianze nella salute includono:

- a. impegno a garantire che tutte le persone abbiano uguali opportunità di migliorare o mantenere il proprio stato di salute;
- b. valutazione delle politiche e dei programmi sanitari in relazione ai loro specifici effetti sulle disuguaglianze nella salute, dalle risorse ai risultati, ricorrendo a dati disaggregati relativi a sottopopolazioni diverse;
- c. comprensione dei percorsi che dai determinanti sociali conducono a differenze in termini di esposizione, vulnerabilità e interazione con il sistema sanitario, e a diversi risultati sanitari;
- d. identificazione delle situazioni di partenza e delle azioni necessarie per il cambiamento, prevedendo la partecipazione della comunità e di altri *stakeholders* e tenendo conto delle basi fattuali esistenti in merito a ciò che può essere fatto per ridurre le disuguaglianze nella salute.

Le azioni interne al settore della salute o al sistema sanitario possono includere strategie per la ridefinizione dei programmi esistenti per migliorare l'equità di accesso all'assistenza e intervenire sui processi che escludono le persone svantaggiate o vulnerabili. Le azioni nei confronti dei determinanti sociali della salute richiedono spesso che molteplici settori allineino i propri obiettivi, lavorino insieme e raggiungano obiettivi sociali multipli. Ad esempio, i programmi per lo sviluppo della prima infanzia sono associati a risultati migliori per i bambini in termini di salute, istruzione e nutrizione nell'intero corso dell'esistenza, così come a un reddito più alto e a un più fattivo contributo a una maggiore coesione sociale.

La distribuzione delle ricchezze, del livello di istruzione e della situazione lavorativa - all'interno dei paesi o tra paesi diversi - riflette il livello di stratificazione di una popolazione, e tale distribuzione costituisce anche un importante determinante sociale della salute all'interno dei paesi e fra paesi diversi. La Regione europea si caratterizza nel suo insieme come una delle più ricche del mondo, con un reddito medio annuo pro-capite pari a circa 24.000 dollari USA nel 2009. Sebbene in crescita dal 1990, i livelli di reddito pro-capite all'interno della Regione sono ancora estremamente disuguali, da un minimo di circa 715 a un massimo di 105.000 dollari USA, con 9 paesi della Regione che fanno registrare livelli al di sotto dei 5.000 dollari USA. La recente crisi economica che ha colpito la Regione Europea ha fatto aumentare il livello medio di disoccupazione fino all'8,7% della popolazione economicamente attiva nel 2009, un'inversione rispetto all'andamento più positivo registrato nel decennio precedente. A livello di paesi, il tasso di disoccupazione più alto è 35 volte superiore a quello più basso.

L'ambiente rappresenta un altro importante determinante della salute. Recenti valutazioni del contributo dei fattori ambientali alla salute hanno stimato che possono essere responsabili di una percentuale variabile tra il 13% e il 20% del carico di malattia in Europa, a seconda della classificazione del relativo pattern di mortalità. Recentemente, L'OMS ha effettuato una valutazione dell'impatto dei fattori ambientali sulle disuguaglianze nella salute nella Regione Europea.

Un sistema sanitario efficace è un prerequisito per rispondere ai cambiamenti in atto nella situazione epidemiologica e nelle necessità sanitarie della popolazione attraverso la *governance*, il finanziamento sanitario, le risorse umane e le istituzioni che erogano servizi in ambito di

prevenzione, trattamento e cure palliative. Il finanziamento progressivo dei sistemi sanitari e la garanzia di una protezione sociale per le famiglie nei confronti delle spese catastrofiche sono importanti componenti di una copertura universale priva di rischi finanziari. Gli esborsi diretti effettuati dalle famiglie, espressi in percentuale rispetto alla spesa sanitaria totale, forniscono un valido indicatore del rischio finanziario e del livello di equità nel finanziamento. I dati relativi a questo indicatore sono disponibili per tutti i 53 Stati Membri europei. In media, nell'ambito della Regione Europea gli esborsi diretti si attestano intorno al 23%, ma esistono variazioni significative tra paesi, da un massimo pari a circa l'80% a un minimo appena inferiore al 6%: una differenza pari a circa 14 volte. In 10 paesi, gli esborsi diretti rimangono la maggiore fonte di pagamento (circa il 50% o più). Le basi fattuali mondiali dimostrano che quando il ricorso agli esborsi diretti scende a meno del 15-20%, della spesa sanitaria totale, in generale l'incidenza della catastrofe finanziaria si abbassa fino a livelli trascurabili (la catastrofe finanziaria si verifica, per definizione, quando una famiglia spende annualmente più del 40% del proprio reddito, tolte le spese per l'alimentazione, per il pagamento di servizi sanitari).

2. Qual è il nostro scopo: gli obiettivi europei per la salute e il benessere

Gli obiettivi strategici della *Salute 2020* sono stati definiti in collaborazione con gli Stati Membri. Il Comitato Regionale Europeo dell'OMS, nel corso della 61.ma sessione tenutasi a Baku, Azerbaigian, nel settembre del 2011, aveva approvato le caratteristiche che la *Salute 2020* avrebbe dovuto avere:

- a. delineare un quadro di riferimento per l'azione per accelerare il raggiungimento di una migliore condizione di salute e benessere per tutti;
- b. risultare adattabile alle diverse realtà che compongono la Regione;
- c. formulare obiettivi regionali da raggiungere entro il 2020.

Il processo per la definizione degli obiettivi si è basato sulle esperienze precedenti e su un'approfondita discussione partecipativa, una consultazione scritta e l'approvazione da parte dei rappresentanti degli organi direttivi a ogni stadio.

Precedenti esperienze di definizione e monitoraggio di obiettivi

L'idea di obiettivi per la Regione Europea fu introdotta nell'ambito della prima politica sanitaria comune della Regione, la Strategia europea per il raggiungimento della Salute per Tutti (*Health for All*). All'inizio degli anni '80, gli allora 32 Stati Membri della Regione Europea dell'OMS discussero obiettivi europei in linea con la nuova politica. Trovare l'accordo su di essi fu un'impresa considerevole, che ha visto più di 250 esperti provenienti da tutta la Regione lavorare assieme al Segretariato dell'OMS. A seguito della stesura di più di 20 versioni provvisorie e di un processo approfondito di consultazione con gli Stati Membri, si arrivò alla presentazione di 82 obiettivi all'esame degli organi direttivi della Regione. Nel 1984, nel corso della trentaquattresima sessione del Comitato Regionale Europeo dell'OMS a Copenaghen, fu adottato all'unanimità un set ridotto di 38 obiettivi. La prima politica sanitaria europea fu pubblicata e incluse quei 38 obiettivi, insieme a 65 indicatori regionali per monitorare e valutare i progressi compiuti.

Tali obiettivi e indicatori europei hanno trovato riscontro nell'ambito del database della *Health for All*. Nel 2012, il database della *Health for All* è arrivato a comprendere 53 paesi ed è ampiamente

disponibile e utilizzato nell'intera Regione. Il database include una selezione di dati statistici sanitari fondamentali che coprono la demografia essenziale, lo stato di salute, i determinanti della salute e i fattori di rischio, nonché le risorse per l'assistenza sanitaria, il ricorso ad essa e le relative spese; questi dati sono collazionati da fonti diverse, sono impiegati per la stesura degli Atlanti sanitari dell'OMS per la Regione Europea e vengono aggiornati due volte l'anno.

Nel 1991, i 38 obiettivi sono stati rivisti per adattarli ai cambiamenti che si sono verificati nella Regione dalla metà degli anni '80. L'Ufficio Regionale per l'Europa ha sostenuto l'attuazione degli obiettivi rispondendo alle richieste degli Stati Membri e reindirizzando i bilanci e le attività programmatiche dell'Organizzazione verso le aree di riferimento degli obiettivi.

Durante gli anni '90, importanti cambiamenti politici, economici e sociali avvenuti nella Regione hanno modificato il panorama europeo. Uno dei risultati è stato un radicale aumento del numero degli Stati Membri europei, che attualmente è arrivato a 53. L'Ufficio Regionale ha rivisto la propria politica sanitaria e gli obiettivi regionali. Nel 1998, è stato stabilito un nuovo set di 21 obiettivi nell'ambito della *Health21: Salute per tutti nel 21° secolo*. Adottati nel 1998 in occasione della quarantottesima sessione del Comitato Regionale, questi obiettivi sono stati pubblicati nel 1999. Questa seconda versione è rimasta incentrata sulla costruzione di obiettivi a livello nazionale e di comunità, senza reportistica a livello regionale.

La Regione Europea dell'OMS ha circa trent'anni di esperienza nella definizione di obiettivi connessi con le politiche e strategie sanitarie europee, nel contesto di un'Europa che è radicalmente cambiata. Le lezioni apprese includono i seguenti punti:

- a. è necessario sviluppare un ampio consenso tra gli *stakeholders*;
- b. gli obiettivi devono essere limitati a un numero gestibile;
- c. qualsiasi piano dovrebbe basarsi sull'efficacia comprovata;
- d. gli obiettivi devono essere collegati alle risorse;
- e. permangono problemi tecnici che richiedono la collaborazione con altri partner e il sostegno tecnico per i paesi che ne fanno richiesta.

L'esperienza fatta nella Regione ha dimostrato che la definizione degli obiettivi e il monitoraggio degli indicatori può essere un fattore profondamente motivante, in quanto i paesi raccolgono e integrano nei propri sistemi informativi ordinari i dati necessari alla definizione delle politiche sanitarie, anche laddove in passato tali dati non esistevano.

Problemi tecnici nella selezione di obiettivi e indicatori

Per formulare obiettivi specifici, misurabili, raggiungibili, pertinenti e temporalmente definiti (acronimo inglese "SMART") è importante disporre di un meccanismo ben organizzato. Gli obiettivi SMART hanno maggiori probabilità di essere raggiunti rispetto agli obiettivi generici. Per ottenere obiettivi misurabili, è necessario stabilire criteri concreti per misurare i progressi compiuti. Perché gli obiettivi siano raggiungibili, devono essere realistici, e al contempo stabiliti secondo una tabella temporale definita - in questo caso fino al 2020 - con monitoraggio dei progressi intermedi. Gli obiettivi sono considerati pertinenti quando rappresentano obiettivi nei confronti dei quali la politica è in grado di agire. Ogni obiettivo, se raggiunto, dovrebbe rappresentare un progresso reale che possa essere quantificato.

Una volta che sono stati identificati un'area di riferimento e i potenziali indicatori, esistono diversi approcci per selezionare un livello di obiettivo. Il metodo controfattuale individua un valore

minimo o massimo raggiungibile a livello biologico o teorico, che viene comparato con la situazione esistente in base alle informazioni disponibili. Le analisi dei trend mostrano dove è possibile utilizzare gli andamenti dei tassi per arrivare in futuro alla formulazione di un obiettivo. Anche gli studi di intervento accorpati e la valutazione comparativa del rischio forniscono metodi per sezionare il livello di obiettivo in base alle evidenze scientifiche disponibili su che cosa funziona in diversi contesti e sottopopolazioni. Sono anche necessari sistemi di monitoraggio e una reportistica strutturata, come anche una guida per l'interpretazione degli obiettivi e degli indicatori. Tenendo presenti queste indicazioni, si sono tenute consultazioni estensive con gli Stati Membri e gli esperti a livello tecnico per delineare obiettivi regionali in linea con lo sviluppo della *Salute 2020*. Il rapporto completo include un modello per il sistema di monitoraggio.

Consultazione con i rappresentanti degli Stati Membri europei

Si sono svolte tre riunioni del Forum Europeo sulla Politica Sanitaria per funzionari governativi di alto livello, che hanno prodotto discussioni approfondite e indicazioni dettagliate per il processo di individuazione di un numero limitato di obiettivi europei, tra cui i criteri tecnici, l'allineamento con la *Salute 2020*, e l'accordo su un quadro di riferimento e su una lista breve. Delegazioni provenienti da tutta la Regione Europea si sono incontrate nel marzo del 2011 ad Andorra, nel novembre del 2011 in Israele e nell'aprile del 2012 in Belgio. È stata individuata una lista breve di sei obiettivi europei generali come meccanismo per la responsabilizzazione e la solidarietà nell'ambito della Regione, con l'avvertenza che gli Stati Membri dovrebbero essere incoraggiati a sviluppare i propri obiettivi nazionali per la salute.

Gli Stati Membri hanno anche contribuito alle deliberazioni tecniche, in stretta collaborazione con il Segretariato dell'OMS, dando seguito alla proposta del Comitato Permanente del Comitato Regionale (*Standing Committee of the Regional Committee - SCRC*) del maggio 2011. Per questo gruppo di lavoro sono stati nominati i rappresentanti dei seguenti Stati Membri: Andorra (già presidente dell'SCRC); Polonia; Svezia (attuale presidente dell'SCRC); Turchia, Ucraina, Regno Unito ed ex Repubblica Jugoslava di Macedonia (già presidente dell'SCRC). Il gruppo è stato presieduto dal rappresentante di uno Stato Membro (Svezia) dotato di un'ampia esperienza nel settore, e co-presieduto dal Direttore Regionale Europeo dell'OMS. Ogni riunione del gruppo si è conclusa con chiare raccomandazioni in direzione di un assottigliamento della lista dei potenziali obiettivi e indicatori, in linea con le tre grandi aree individuate nella *Salute 2020*:

- a. carico di malattia e fattori di rischio;
- b. persone in salute, benessere e determinanti;
- c. processi che includano la *governance* e i sistemi sanitari, per una più ampia consultazione.

Il Segretariato dell'OMS ha raccolto le indicazioni e le raccomandazioni sul processo di definizione degli obiettivi, come anche sui potenziali obiettivi da includere, per le varie consultazioni con gli Stati Membri descritte in precedenza. Tutte le divisioni tecniche dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS hanno proposto potenziali obiettivi e indicatori per il monitoraggio. Da una lista iniziale di 51 obiettivi proposti, nel gennaio del 2012 il gruppo di lavoro dell'SCRC ha raccomandato che fossero mantenuti 21 obiettivi. Nei mesi di febbraio e marzo 2012, questa lista breve è stata sottoposta a un'ampia consultazione con i paesi, in forma sia scritta sia diretta, che ha portato a un quadro di riferimento iniziale di 16 obiettivi potenziali e relativi indicatori, ampiamente basati sui dati della reportistica esistente da parte dei paesi; questi sono stati ulteriormente ridotti a sei obiettivi generali. La riunione dell'SCRC del maggio 2012, tenutasi a Ginevra, ha espresso pieno sostegno al lavoro svolto sugli obiettivi, approvato ulteriormente i sei obiettivi generali, concordato

sul fatto che compariranno in tutti i documenti collegati alla Salute 2020, e confermato che gli indicatori monitoreranno i progressi compiuti e i risultati raggiunti fino al 2020.

Obiettivi generali

Nel settembre 2012, a Malta, la sessantaduesima sessione del Comitato Regionale, ha approvato i sei obiettivi-quadro generali, sottolineando la necessità della loro quantificazione, dell'individuazione dei relativi indicatori e di un ulteriore sviluppo, ove appropriato. La scelta di questi obiettivi - elencati di seguito - è stata dettata dal fatto che sono in linea con i contemporanei sforzi per la definizione di obiettivi a livello mondiale, come ad esempio nell'area delle malattie non trasmissibili, oppure che ampliano e aggiornano precedenti strategie e approcci per la definizione di obiettivi europei già riconosciuti o approvati dagli Stati Membri europei. Gli obiettivi sono:

- Ridurre la mortalità precoce in Europa.
- Aumentare la speranza di vita in Europa.
- Ridurre le disuguaglianze nella salute in Europa.
- Migliorare il benessere della popolazione europea.
- Garantire la copertura universale in Europa.
- Stabilire set di obiettivi nazionali da parte degli Stati Membri.

Nel corso del 2013, con l'assistenza di un gruppo di esperti internazionali, il segretariato dell'OMS sta completando l'individuazione degli indicatori, in collaborazione con gli stati Membri, per la loro successiva presentazione al Comitato Regionale nel settembre 2013. Diverse esperienze di Stati Membri della Regione Europea mettono inoltre in evidenza gli sforzi in atto per definire obiettivi nazionali.

3. Come ci stiamo muovendo e a cosa diamo importanza: le motivazioni a sostegno della misurazione del benessere

La definizione dell'OMS descrive la salute come “non la mera assenza di malattia o infermità” ma “benessere fisico, mentale e sociale”. Tuttavia, per più di 60 anni l'OMS non ha né misurato il benessere né prodotto reportistica al riguardo. Al contrario, ha focalizzato la propria reportistica su mortalità, malattia e disabilità. Poiché tuttavia questa funzione di monitoraggio è chiaramente uno dei mandati fondamentali dell'Organizzazione, l'OMS sta lavorando con altre istituzioni per descrivere il benessere delle popolazioni e per misurare i progressi compiuti nel miglioramento del benessere in Europa nel contesto della *Salute 2020*.

Che cosa vuol dire benessere? Quali siano le componenti di una “buona vita” è una delle discussioni morali di base comuni a tutte le tradizioni filosofiche. Pur se l'individuazione di importanti aree e componenti resta appannaggio della normativa, di solito nei vari paesi le persone concordano sul quadro generale, gli ingredienti minimi del benessere. Anche quello che ha importanza per la vita delle persone è sorprendentemente costante, il che indica che ciò a cui diamo valore non cambia

facilmente. Si tratta di un concetto multidimensionale. Il benessere e la salute sono concetti che interagiscono tra loro e hanno alcuni determinanti in comune, come ad esempio il sistema sanitario.

Rilevanza diretta per la *Salute 2020*

Le discussioni che hanno avuto luogo durante le consultazioni estensive per la *Salute 2020* con i rappresentanti degli Stati Membri europei e gli esperti tecnici hanno fornito evidenze di natura qualitativa sul fatto che, in tutta la Regione Europea, le persone attribuiscono valore alla salute e vogliono ridurre al minimo le malattie. Per quanto riguarda i principali determinanti generali della salute e del benessere, le persone attribuiscono importanza alla coesione e inclusione sociale, in modo che tutti abbiano pari opportunità nei confronti della salute. Inoltre, le persone danno valore alla protezione e alla sicurezza, che sono connesse alla salute nel contesto del benessere. L'esistenza di valori comuni in tutta Europa aumenta la possibilità di avere un obiettivo regionale per la salute e il benessere.

Perché questo è importante per la salute? I *policy-makers*, i medici di sanità pubblica e le persone che vivono nelle comunità locali di tutta Europa concordano sul fatto che il benessere include la salute, e che la salute è un elemento essenziale - se non addirittura un prerequisito - del benessere. La salute è importante per il benessere, e in particolare diversi aspetti della salute, inclusi quelli fisici, mentali e sociali. Inoltre, la ricerca dimostra che esistono relazioni reciproche tra aree diverse del benessere: è chiaro che la salute influisce sul benessere generale, ma il benessere è anche un indicatore di futura salute o malattia. In più, l'analisi degli studi effettuati fino ad oggi suggerisce che l'effetto del benessere sulla salute è sostanziale (sebbene variabile), e ha un effetto comparabile a quello di altri fattori di rischio cui sono più tradizionalmente mirati gli interventi di sanità pubblica, come ad esempio una dieta sana.

Perché questo è importante per i governi e le società di tutta Europa? Negli ultimi anni sono nate numerose iniziative nazionali e internazionali per promuovere l'utilizzo nelle politiche di indicatori del benessere che andassero oltre la misurazione della *performance* economica e che, nell'ambito del settore sanitario, potessero integrare le misurazioni standard della mortalità, disabilità o malattia. Tali iniziative sono molto diverse tra loro per scopi, metodi, obiettivi e pubblico di riferimento. Un altro obiettivo condiviso da alcune di queste iniziative è il coinvolgimento dei cittadini nell'individuazione di unità di misura per il benessere e il progresso.

Migliorare - o almeno mantenere - il benessere è parte del contratto sociale esistente tra i governi e le popolazioni che rappresentano. Garantire una buona vita non è appannaggio di alcun settore o servizio in particolare, poiché si tratta di un concetto multidimensionale con numerosi determinanti. Aumentare il benessere della popolazione può costituire una base per sviluppare un'agenda comune, con un approccio esteso all'insieme del governo, dei settori e degli *stakeholders*. In aggiunta ai governi, i principali attori interessati al benessere includono i gruppi della società civile, le associazioni di pazienti, i professionisti del settore della promozione della salute e del benessere e i *media*.

Su cosa possiamo basarci

Per definire obiettivi e indicatori per il monitoraggio e la reportistica sulla salute e il benessere a livello di Regione Europea, le iniziative mirate a misurare il benessere a livello di popolazione hanno una importanza pratica maggiore rispetto ad altre incentrate su sottopopolazioni specifiche

dal punto di vista clinico. L'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS ha effettuato un'analisi sistematica della documentazione scientifica esistente sugli strumenti di comprovata efficacia per la misurazione del benessere, allo scopo di aumentare le conoscenze in questo settore.

Il rapporto completo, inoltre, evidenzia e analizza le azioni condotte dai partner che lavorano con l'Ufficio Regionale su questa sfida comune, ivi inclusi i governi nazionali europei, altre organizzazioni internazionali, l'OMS a livello internazionale, aziende private e iniziative commissionate dalle Nazioni Unite. Tutte presentano la salute come un'importante componente del benessere, o come un fattore che influisce direttamente su di esso; alcune attingono agli stessi set di dati raccolti attraverso inchieste internazionali; infine, molte misurano le stesse componenti, o settori, di ciò che costituisce una buona vita, anche se a volte utilizzano parole diverse per un particolare settore - come ad esempio qualità della vita, benessere soggettivo o felicità.

Quali sfide ci attendono

Malgrado l'esistenza di un consenso generale su che cosa costituisca una buona vita, nonché di molteplici strumenti e approcci per misurare il livello di salute e benessere, i ricercatori concordano sul fatto che il settore della misurazione del benessere trarrebbe vantaggio da una maggior chiarezza e da metodi di valutazione più rigorosi. Alcune dei problemi consistono in: concettualizzazione ristretta della salute e del benessere; fonti dei dati limitate, ma ampio numero di strumenti e indici; maggior assegnamento sulle misurazioni relative alla mortalità o alle malattie rispetto a quelle che valutano la buona salute; mancanza di approcci significativi nei confronti della comunicazione e dell'interpretazione di concetti multidimensionali.

Nel quadro del forte sostegno agli obiettivi generali della nuova strategia europea Salute 2020 mirati al benessere e alla salute, L'Ufficio Regionale Europeo sta lavorando con i partner a livello tecnico per fare chiarezza operativa su come si misura la salute nel contesto del benessere. Parallelamente, l'Ufficio Regionale ha avviato un processo di intensa consultazione con gli Stati Membri. Con l'approvazione degli organi direttivi, nel 2013 l'Ufficio Regionale si aspetta i seguenti risultati, approfonditi nel rapporto completo:

- Un quadro di riferimento e una definizione di benessere che siano concettualmente solidi (nella misura del possibile l'approccio operativo alla misurazione dovrebbe basarsi su modelli esistenti che siano stati utilizzati a livello di popolazione);
- Individuazione dell'insieme dei settori e dei relativi indicatori - per esempio, correlati alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (*International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF*), che costituisce il quadro di riferimento dell'OMS per la misurazione della salute e della disabilità a livello sia individuale che di popolazione e completa la Classificazione Internazionale delle Malattie dell'OMS (*International Classification of Diseases - ICD*).
- Indicatori, con le relative modalità di misurazione, individuati allo scopo di misurare ogni aspetto del settore sanitario e connessi a un obiettivo condiviso individuato per il monitoraggio dei progressi compiuti nell'attuazione della *Salute 2020*, per migliorare la salute della popolazione nel contesto del benessere;
- Chiarezza sulle modalità con cui i *policy-makers*, i professionisti del settore sanitario e altri *stakeholders* interessati di tutta la Regione Europea possono utilizzare queste informazioni come indicazioni per la definizione di politiche e interventi, in connessione con diversi settori (per l'utilizzo nell'ambito della *Salute 2020*, vanno attentamente considerati sia il contenuto

informativo delle misurazioni del benessere sia le situazioni di partenza, insieme con le potenziali limitazioni all'utilizzo di indicatori di benessere);

- Il riconoscimento che un ampio numero di paesi della Regione attualmente non ha in atto iniziative nazionali (siano esse nell'ambito del Ministero della Salute, di altri Ministeri o di agenzie statistiche nazionali) volte a concettualizzare, raccogliere o utilizzare informazioni sulla salute e sul benessere (ogni iniziativa per il miglioramento del benessere a livello regionale dovrebbe prendere in considerazione opzioni di sostegno a un vasto insieme di paesi, con differenti situazioni di partenza per quanto concerne dati e misurazione).

Migliorare la salute e il benessere è evidentemente una componente essenziale della *Salute 2020*. Un'ampia serie di attività in corso in Europa per la misurazione del benessere a livello internazionale, come anche numerose iniziative nazionali, forniscono solide basi all'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS per approfondire il lavoro svolto in questo campo; in particolare, misurare la salute nel contesto del benessere e stabilire un'agenda per la ricerca che migliori sia i metodi di valutazione e comunicazione delle misurazioni, sia le politiche per promuovere l'utilizzo delle informazioni che migliorano la salute e il benessere.

L'Ufficio Regionale sosterrà anche l'utilizzo delle misurazioni della salute e del benessere nelle politiche nei seguenti modi:

- basandosi su strategie che rispecchino il vantaggio comparato di cui gode la Regione Europea dell'OMS in diverse aree, ivi comprese le modalità di disseminazione di informazioni importanti per le politiche, lavorando in collaborazione con istituzioni europee partner e Stati Membri;
- dando indicazioni sul modo in cui gli indicatori di benessere andrebbero interpretati e utilizzati in connessione con le misurazioni standard relative agli indicatori di mortalità, morbilità ed *performance* dei sistemi sanitari;
- assumendo un ruolo più innovativo nel fornire evidenze scientifiche relative ai meccanismi e agli strumenti a disposizione del settore sanitario per migliorare il benessere in altri settori.

4. Conto alla rovescia verso il 2020: segnare i progressi compiuti

Sebbene le precedenti sezioni attestino la disponibilità di una pleora di informazioni sanitarie nella Regione Europea, i problemi relativi alla misurazione rimangono considerevoli. I dati importanti per la misurazione dei progressi compiuti non sono disponibili per tutti i paesi; le definizioni variano da paese a paese e le classificazioni delle malattie non sono applicate in maniera omogenea; la registrazione degli eventi vitali varia in termini di copertura della popolazione e non è ancora obbligatoria in tutti i paesi della Regione.

Una delle principali sfide da superare perché la *Salute 2020* possa essere attuata e avere un impatto effettivo è la disponibilità di dati per monitorare i progressi compiuti a livello di paese. Gli obiettivi generali e i relativi indicatori sono stati selezionati per la loro importanza nel raggiungimento degli obiettivi della *Salute 2020*, ma anche per la loro disponibilità. La maggior parte degli indicatori proposti per gli obiettivi elencati utilizza informazioni raccolte in maniera routinaria o comunque su base regolare nella maggior parte dei paesi europei. Tuttavia, la comparazione è resa problematica dalle differenze esistenti in termini di definizioni, copertura della popolazione e qualità dei dati. L'OMS è impegnata ad assistere gli Stati Membri nel miglioramento della reportistica delle informazioni sanitarie e nel monitoraggio dei progressi compiuti per l'attuazione della *Salute 2020*.

Le azioni fondamentali necessarie per rispondere alle sfide che l'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS deve affrontare sono elencati di seguito. Si tratta anche delle aree nelle quali l'Ufficio Regionale può portare valore aggiunto con i propri partner:

- intervenire sulla varietà di fonti dei dati e di norme/standard - dalle statistiche demografiche alle rilevazioni sulle famiglie - per far sì che prevedano modalità comuni di disaggregazione dei dati relativi alla popolazione, per strato sociale o altri tipi di stratificazione, allo scopo di rendere possibile e migliorare l'attendibilità del monitoraggio delle disuguaglianze nella salute all'interno dei paesi e fra paesi diversi;
- stabilire come distribuire tutti i 53 paesi in aggregazioni europee significative e pertinenti per le politiche. Si tratta di un punto importante, in quanto 14 Stati Membri non sono inclusi nei raggruppamenti sub-regionali (che coprono l'Unione Europea e la Comunità degli Stati Indipendenti) attualmente in uso;
- aumentare la validità e l'affidabilità dei dati comunicati alla banca dati della *Health for All* da tutti i 53 paesi, alla luce dell'attività di collaborazione con gli Stati Membri e altri organismi regionali;
- migliorare la misurazione e la reportistica sul carico totale di malattia, inclusa la morbilità e altre condizioni che minacciano in modo particolare la salute mentale, fornendo in tal modo un quadro più esauriente del carico di malattia della regione;
- raccogliere, collegare e rendere accessibili i dati del settore sanitario e di altri settori, per promuovere la salute in tutti gli approcci e l'intersectorialità nell'ambito dell'analisi, definizione di politiche, monitoraggio e valutazione;
- fare passi avanti nel sorvegliare e monitorare le epidemie, nonché nell'attenersi al Regolamento Sanitario Internazionale (*International Health Regulations - IHR*) in tutta la Regione Europea, anche tramite collegamenti con altre Regioni (attraverso la *governance* per la salute e la lotta alle malattie trasmissibili);
- definire un programma d'azione per affrontare questi problemi e arrivare a una soluzione, individuando collaborazioni, risorse e processi, e un'agenda per la ricerca a sostegno dell'azione congiunta.

Allo scopo di rispondere a queste sfide, l'OMS sosterrà lo sviluppo, l'aggiornamento e la revisione di mezzi e strumenti per migliorare la raccolta, analisi e reportistica delle informazioni sanitarie a livello nazionale. L'OMS sta lavorando con la Commissione Europea e l'OCSE per l'istituzione di un sistema informativo sanitario unico e integrato per l'Europa, che copra tutti i 53 Stati Membri. Questo lavoro è ben avviato, al pari della definizione di una strategia europea per l'informazione sanitaria.