



**World Health  
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**



# Una vita sana e prospera per tutti:

Il Rapporto sullo Stato dell'Equità in Salute  
Sintesi





# **Una vita sana e prospera per tutti:**

Il Rapporto sullo Stato dell'Equità in Salute  
Sintesi

## Abstract

L'adozione dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile hanno fornito un quadro in cui rafforzare le azioni tese a migliorare la salute e il benessere di tutti e garantire che nessuno rimanga emarginato. Nonostante i miglioramenti complessivi della salute e del benessere nella Regione europea dell'OMS, permangono le disuguaglianze all'interno dei vari Paesi. Il presente rapporto identifica cinque condizioni essenziali necessarie per creare e mantenere una vita sana per tutti: servizi di salute di buona qualità e accessibili; sicurezza del reddito e protezione sociale; condizioni di vita dignitose; capitale sociale e umano e condizioni di lavoro e di occupazione dignitose. Si rendono necessarie azioni politiche per far fronte a tutte e cinque le condizioni. Il Rapporto sullo Stato delle Equità di Salute (*Health Equity Status Report*, HESR) prende in considerazione anche i fattori determinanti dell'equità in salute, in particolare i fattori fondamentali per creare società più eque: la coerenza delle politiche, la responsabilità, la partecipazione sociale e l'*empowerment*. Il rapporto fornisce sia le evidenze scientifiche degli indicatori che causano le disuguaglianze di salute in ciascuno dei 53 Stati membri della Regione che le soluzioni per ridurre tali squilibri.

## Parole chiave

DISUGUAGLIANZE DI SALUTE  
GESTIONE E PIANIFICAZIONE DELLA SALUTE  
DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE  
FATTORI SOCIOECONOMICI  
SVILUPPO SOSTENIBILE

Per richieste relative alle pubblicazioni dell'Ufficio Regionale OMS per l'Europa rivolgersi a:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø  
Danimarca

In alternativa, per richiedere della documentazione, informazioni sulla salute o l'autorizzazione a citare o tradurre, si prega di compilare un modulo di richiesta sul sito web dell'Ufficio Regionale (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

## © World Health Organization 2019

Tutti i diritti riservati. L'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità accoglie volentieri le richieste di autorizzazione a riprodurre o tradurre le sue pubblicazioni, in parte o per intero.

Le designazioni utilizzate e il materiale presentato in questa pubblicazione non implicano l'espressione di qualsivoglia opinione da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in merito allo status giuridico di qualsiasi Paese, territorio, città o area o delle sue autorità, o in merito alla delimitazione delle sue frontiere o dei suoi confini.

Le linee tratteggiate sulle mappe rappresentano linee di confine approssimative per le quali potrebbe non sussistere ancora un accordo completo.

La menzione di determinate aziende o prodotti non implica che essi siano sostenuti o raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in preferenza ad altri di natura simile che non sono menzionati. I nomi dei prodotti proprietari sono contraddistinti da lettere maiuscole iniziali, salvo errori e omissioni.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha preso ogni ragionevole precauzione per verificare le informazioni contenute in questa pubblicazione. Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza alcuna garanzia, espressa o implicita. La responsabilità per l'interpretazione e l'uso del materiale è a carico del lettore. In nessun caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità sarà ritenuta responsabile per i danni derivanti dal suo utilizzo. Le opinioni espresse dagli autori, gli editori o i gruppi di esperti non rappresentano necessariamente le decisioni o posizioni dichiarate dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

A cura di Nicole Satterley

Progettazione a cura di Marta Pasqualato

Traduzione dall'inglese a cura di Stefano Battaglia

Stampato in Italia da AREAGRAPHICA SNC DI TREVISAN GIANCARLO & FIGLI - LITOSTAMPA VENETA

# Sommario

---

Lista delle illustrazioni.....	6
Lista delle abbreviazioni .....	7
Ringraziamenti .....	8
Prefazione .....	9
<b>Sintesi .....</b>	<b>10</b>
L'equità in salute e il benessere .....	10
Le innovazioni del HESRI .....	11
Lo stato dell'equità in salute e tendenze.....	12
Comprendere le disparità: che cosa concorre alle disuguaglianze di salute nei Paesi della Regione europea dell'OMS?.....	20
È possibile raggiungere l'equità in salute a breve termine, anche all'interno dei cicli politici .....	21
Le cinque condizioni essenziali per creare e mantenere una vita sana per tutti: soluzioni e progressi delle politiche.....	23
La salute e <i>i servizi sanitari</i> .....	23
La salute e <i>la sicurezza del reddito e la protezione sociale</i> .....	25
La salute e <i>le condizioni di vita</i> .....	27
La salute e <i>il capitale sociale e umano</i> .....	30
La salute e <i>l'occupazione e le condizioni di lavoro</i> .....	32
<b>Riferimenti .....</b>	<b>34</b>

# Lista delle illustrazioni

---

## Figure

Fig. O.1. L'integrazione di tre tipi di informazione nel HESR.....	11
Fig. O.2. Aspettativa di vita alla nascita, per livello di istruzione, 2016 (o ultimo anno disponibile).....	12
Fig. O.3. La differenza nella mortalità infantile per ogni 1000 nati vivi nelle regioni subnazionali più svantaggiate rispetto alle regioni subnazionali più avvantaggiate, 2016 (o ultimo anno disponibile; con tendenze dal 2005).....	14
Fig. O.4. Percentuale di adulti che segnalano limitazioni croniche nelle attività quotidiane a causa di problemi di salute (corretti per età), per quintile di reddito.....	16
Fig. O.5 La differenza percentuale negli adulti di età pari o superiore a 65 anni che hanno segnalato condizioni di salute mediocri o scarse per 100 persone nel quintile di reddito più basso rispetto al quintile di reddito più elevato, 2017 (e tendenze dal 2005).....	17
Fig. O.6. Differenza in percentuale negli adulti che segnalano problemi di salute mentale secondo l'indice di benessere dell'OMS-5 per 100 adulti nel quintile di reddito più basso rispetto al quintile di reddito più elevato (vari anni e tendenze), per gruppo di Paesi.....	19
Fig. O.7. Disuguaglianze medie all'interno dei MNT e fattori di rischio MNT (gap tra il numero più alto e più basso di anni di istruzione).....	19
Fig. O.8. Le condizioni di equità in salute HESR.....	20
Fig. O.9. Apporto delle cinque condizioni alle disuguaglianze in termini di salute percepita, salute mentale e soddisfazione di vita (Paesi della UE).....	21
Fig. O.10. Il potenziale di 8 politiche macroeconomiche atte a ridurre le disuguaglianze nelle malattie disabilitanti tra gli adulti con uno sfasamento temporale di 2-4 anni in 24 Paesi.....	22
Fig. O.11. Contributo dei servizi sanitari all'equità nella salute percepita (Paesi della UE).....	23
Fig. O.12. Apporto delle condizioni di vita alle disuguaglianze nella salute percepita (Paesi della UE).....	28
Fig. O.13. Spesa pubblica pro capite per alloggi e servizi sociali, 2017 (e tendenze dal 2006).....	29
Fig. O.14. Contributo del capitale sociale e umano alle disuguaglianze nella salute percepita (Paesi della UE).....	30
Fig. O.15. Percentuale di adulti che riferiscono esperienze di scarso capitale sociale, misurate in base alla mancanza di fiducia, di agentività, di sicurezza e al senso di isolamento, durante vari anni, per livello di istruzione e per raggruppamento di Paesi.....	31
Fig. O.16. Contributo del lavoro e delle condizioni di lavoro alle disuguaglianze nella salute percepita (Paesi della UE).....	32

## Tabelle

Tabella O.1 Medie e intervalli per l'aspettativa di vita e scarti nell'aspettativa di vita per 19 Paesi della Regione europea dell'OMS, 2016 (o ultimo anno disponibile).....	13
Tabella O.2 Divario nel numero di persone che segnalano problemi di salute tra il quintile di reddito più alto e quello più basso, ogni 100 persone.....	18



# Lista delle abbreviazioni

---

CSU	Copertura sanitaria universale
EQLS	European Quality of Life Survey (Indagine europea sulla qualità della vita)
ESS	European Social Survey (Indagine sociale europea)
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions (Indagine dell'Unione europea su reddito e condizioni di vita)
GDL	Global Data Lab
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare)
HESR (i)	Health Status Equity Report (iniziativa)
MCV	malattie cardiovascolari
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys (Indagini sul cluster con indicatori multipli)
MNT	Malattie non trasmissibili
OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
OOP	Out Of Pocket (payment/spending) (pagamento/spesa diretti)
PIL	Prodotto interno lordo
PML	Politiche del mercato del lavoro
PPA	Parità del potere d'acquisto
TB	Tubercolosi
WVS	World Values Survey

# Ringraziamenti

---

Il rapporto dell'OMS incentrato su una vita sana e prospera alla portata di tutti, ovvero il Rapporto Europeo sullo Stato delle Equità in Salute, è coordinato dall'Ufficio Europeo dell'OMS per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, con sede a Venezia. Chris Brown, direttrice dell'ufficio veneziano dell'OMS, è responsabile dello sviluppo strategico e del coordinamento del Rapporto sullo Stato dell'Equità in Salute (Health Equity Status Report, HESR), che è un prodotto chiave nel portafoglio di lavoro della Divisione di politica e governance per la salute e il benessere, sotto la direzione generale del Dr Piroska Östlin. Il rapporto è stato in parte sostenuto dalla Robert Wood Johnson Foundation, ma le opinioni qui espresse non ne riflettono necessariamente il punto di vista.

Chris Brown, Lin Yang e Tammy Boyce dell'Ufficio OMS di Venezia assieme a Ben Barr e Tanith Rose del Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca sulle Politiche delle Determinanti dell'Equità di Salute presso l'Università di Liverpool, in Inghilterra, hanno contribuito sostanzialmente al contenuto di carattere tecnico.

Contributi sostanziali sono stati forniti dai membri del Gruppo di Lavoro degli Esperti Scientifici: Isabel Yordi Aguirre (Genere e diritti umani, Ufficio Regionale OMS per l'Europa); Clare Bambra (Institute of Health and Society, Università di Newcastle); Ben Barr (Institute of Population Health Sciences, Università di Liverpool); Paula Braveman (School of Medicine, University of California, San Francisco); Matthias Braubach (Centro Europeo dell'OMS per l'Ambiente e la Salute, Ufficio Regionale OMS per l'Europa); Giuseppe Costa (Dipartimento di scienze cliniche e biologiche, Università di Torino); Paula Franklin (Consulente di ricerca e politiche, Belgio); Peter Goldblatt (Institute of Health Equity, University College London); Scott Greer (School of Public Health, University of Michigan); Louise Haagh (Dipartimento di scienze politiche, Università di York); Rachel Hammonds (Facoltà di giurisprudenza, Università di Anversa); Johanna Hanefeld (Politiche della salute e ricerca sui sistemi, London School of Hygiene & Tropical Medicine); Gorik Ooms (Diritto e governance sulla salute globale, London School of Hygiene & Tropical Medicine); Daniel La Parra

(Dipartimento di sociologia, Università di Alicante); Enrique Gerardo Loyola Elizondo (consulente di ricerca sulle politiche); Julia Lynch (Ronald O. Perelman Center for Political Science e Economics, University of Pennsylvania); Asa Nihlén (Genere e diritti umani, Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa); Jennie Popay (Dipartimento di sociologia e salute pubblica, Lancaster University); Aaron Reeves (Dipartimento di sociologia, Università di Oxford); Barbara Rohregger (consulente di ricerca sulle politiche, Italia); Marc Suhrcke (Salute e sistemi della salute, Luxembourg Institute of Socio-Economic Research); Denny Vågerö (Center for Health Equity Studies, Università di Stoccolma); Carmen Vives-Cases (Istituto di ricerca per gli studi di genere, Università di Alicante); Margaret Whitehead (Dipartimento di sanità pubblica e politiche, Università di Liverpool).

Il rapporto si è altresì avvalso dei contributi di: Andrej Belák, Sara Barragan Montes, Jonny Currie, Séverine Deguen, Anna Giné March, Phil McHale, David Mosler, Jan Peloza, Dwayne Proctor, Ritu Sadana, Matthew Saunders, Steven Senior, Shixin (Cindy) Shen, Johannes Siegrist, Pia Vracko, il National Institute for Health Research North West Coast Collaboration for Applied Health Research and Care, e il Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca sulle Politiche delle Determinanti dell'Equità di Salute presso l'Università di Liverpool.

Tra i numerosi membri dello staff dell'Ufficio di Venezia e di tutti i dipartimenti e i vari uffici nazionali dell'Ufficio Regionale che hanno dato un contributo durante tutto il processo di elaborazione, ricordiamo: Emilia Aragon De Leon, Andrea Bertola, Antonella Biasiotto, João Breda, Maria Luisa Buzelli, Tatjana Buzeti, Snezhana Chichevalieva, Dan Chisholm, Tina Dannemann Purnat, Masoud Dara, Tamás Gyula Evetovits, Jill Farrington, Carina Ferreira-Borges, Manfred Huber, Gabrielle Jacob, Dorota Jarosinska, Monika Kosinska, Joana Madureira Lima, Lorenzo Lionello, Marco Martuzzi, Bettina Menne, Kristina Mauer-Stender, Lazar Nikolic, David Novillo Ortiz, Piroska Östlin, Ivo Rakovac, Oliver Schmoll, Sarah Thomson, Adam Tiliouine, Nicole Britt Valentine, Martin Weber, Hanna Yang e Francesco Zambon.



# Prefazione

---

La Regione europea dell'OMS ha una lunga storia e tradizione di sostegno a politiche universali, al welfare e ad approcci alla salute basati sui diritti nonché al dare priorità alle condizioni necessarie per vivere una vita in salute. Molti Paesi, regioni e comunità, ispirati dall'obiettivo Salute 2020 di ridurre le disuguaglianze in salute, hanno preso provvedimenti per ridurre i divari.

Tuttavia, i trend nel ridurre i divari di salute sono incoerenti, il tasso di miglioramento è più lento del previsto e stanno emergendo nuovi gruppi con un rischio sproporzionatamente più elevato di salute precaria e morbilità prematura. Il risultato è che molte persone nelle nostre società continuano a vivere in condizioni di svantaggio in termini di salute e benessere, e questo a sua volta mortifica le opportunità di vivere una vita piena e prospera.

Gli effetti di polarizzazione dei principali divari nello stato di salute e di benessere all'interno di tutti i Paesi della Regione europea dell'OMS minacciano il nucleo stesso dei valori europei di solidarietà e stabilità, su cui si basano la prosperità e la pace. Abbiamo bisogno di una migliore comprensione di ciò che causa nel tempo i divari nello stato di salute e di indicazioni più chiare sulle politiche e gli approcci che sortiscono i migliori risultati in termini di equità in salute. Questa conoscenza è fondamentale per favorire il sostegno politico ad intraprendere azioni, per focalizzare l'attenzione dei governi sulle soluzioni e per consentire un dialogo onesto e inclusivo con l'opinione pubblica sul perché la riduzione delle disuguaglianze di salute sia importante per la salute e il benessere di tutti nell'Europa del XXI° secolo.

Il Rapporto sullo Stato delle Equità in Salute è stato preparato con questi obiettivi in mente. Infatti, ha una portata innovativa nell'analisi delle relazioni tra lo stato di salute e la certezza e la qualità delle condizioni essenziali per ogni bambino o adulto per vivere una vita sana. Il rapporto non si limita a descrivere i problemi, ma evidenzia come le politiche e le decisioni di investimento abbiano un impatto,

positivo o negativo, sul raggiungimento dell'equità nella salute e nel benessere nel corso della vita. Mai prima d'ora si è avuta una visione tanto chiara dei fattori che causano e peggiorano le disuguaglianze di salute nelle nostre società o delle opzioni e soluzioni politiche che possono offrire cambiamenti positivi.

Un quadro completo di interventi posti in essere all'interno delle politiche pubbliche tradizionali ha ottime possibilità di riuscire a bilanciare il divario dello stato di salute tra gruppi sociali e tra ragazze e ragazzi, donne e uomini, in tutti i nostri Paesi.

Il Rapporto sullo Stato delle Equità di Salute dimostra che questo approccio può portare ad una riduzione delle disuguaglianze in salute anche entro 2-4 anni, periodo che coincide con un tipico mandato di governo. Inoltre, vi sono evidenze empiriche inconfutabili che dimostrano come il quadro degli interventi che aumenta l'equità in salute comprenda i medesimi interventi necessari per ottenere una crescita inclusiva. Ciò significa che i nostri sforzi per aumentare l'equità nella salute sono a tutti gli effetti investimenti nel benessere e sviluppo di tutta la società, in linea con la realizzazione entro il 2030 degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite.

Reali passi avanti sono possibili solo coinvolgendo nuovi partner ed eliminando gli ostacoli principali al progresso. I nostri partner più importanti sono i bambini, i giovani, le donne e gli uomini che non sono messi nelle condizioni di progredire e prosperare. È la loro voce, il loro vissuto, le loro passioni, motivazioni e resilienza che dobbiamo incoraggiare per creare progressi equi nella salute e perseguire uno sviluppo sostenibile.

Questo rapporto europeo dell'OMS, incentrato su una vita sana e prospera alla portata di tutti, vuole essere soprattutto uno strumento prezioso per contribuire ai dibattiti, ispirare le azioni e rafforzare alleanze per l'equità in salute all'interno e tra i Paesi della Regione europea dell'OMS.

**Dott.ssa Zsuzsanna Jakab**  
Direttrice Regionale dell'OMS per l'Europa

# Sintesi

---

- Il Rapporto sullo Stato dell'Equità in Salute (*Health Equity Status Report*, HESR) è una rassegna completa sullo stato e sulle tendenze delle disuguaglianze di salute, nonché sulle condizioni essenziali necessarie affinché nella Regione Europea dell'OMS tutti possano vivere una vita sana.
- Migliorare la salute e il benessere di tutti, ridurre le disuguaglianze di salute e garantire che nessuno viva in condizioni di svantaggio porterebbero agli Stati Membri maggiori benefici economici, sociali e ambientali.
- Questo rapporto cerca di cambiare la percezione comune secondo cui le disuguaglianze in salute sarebbero troppo complesse da affrontare, e non è chiaro quali azioni bisognerebbe intraprendere e quali politiche e approcci siano efficaci.
- L'HESR rileva i progressi compiuti nell'attuazione di diverse politiche con effetti marcati sulla riduzione delle disuguaglianze e dimostra il legame che esiste tra livelli di investimento, copertura e diffusione di tali politiche, evidenziando le carenze nelle condizioni essenziali necessarie per vivere una vita sana e agiata.
- Il rapporto fa parte dell'iniziativa HESR (HESRi), che propone nuova evidenza scientifica e strumenti che gli Stati membri possono utilizzare per accelerare i progressi nella riduzione delle disuguaglianze nello stato di salute.

## L'equità in salute e il benessere

**L'analisi HESR corrobora l'evidenza scientifica secondo la quale la salute e il benessere sono strettamente collegati ed evidenzia la necessità assoluta di garantire che i valori sociali di solidarietà, equità e i diritti siano inseriti nelle politiche di bilancio e di crescita**

- In molte comunità gli effetti della deindustrializzazione e della globalizzazione non hanno portato benefici per tutti, ma piuttosto provocato alti livelli di disoccupazione, crescenti disuguaglianze e mediocri risultati di salute. Ciò è riscontrabile in tutti gli stadi del corso della vita.

**Gli sforzi per ridurre le disuguaglianze di salute vanno visti come investimenti fondamentali per conseguire una crescita inclusiva e viceversa**

- Uno scenario di riduzione del 50% delle disuguaglianze nell'aspettativa di vita tra i gruppi sociali fornirebbe ai Paesi vantaggi monetizzati che vanno dallo 0,3% al 4,3% del prodotto interno lordo (PIL). Gli interventi per rimuovere le barriere create tra chi è in buone condizioni di salute e chi non lo è, giovano sia al benessere dei singoli che a quello economico.

**Il settore sanitario è fondamentale per favorire l'equità, il benessere e l'economia inclusiva, ma molti altri settori, come la finanza, l'edilizia abitativa, l'occupazione e l'istruzione hanno pure ruoli importanti da svolgere**

- Se si coinvolgono i sistemi sanitari nella creazione e nel monitoraggio dei piani di sviluppo economici, si possono innescare dei circoli virtuosi di crescita inclusiva ed equità. Le prassi responsabili del sistema sanitario nei settori dell'occupazione e dell'acquisto di beni e servizi stanno generando lavori di qualità e nuova occupazione e contribuiscono direttamente alla sicurezza del reddito, alla parità di genere e all'aumento del capitale umano a livello locale e nazionale.

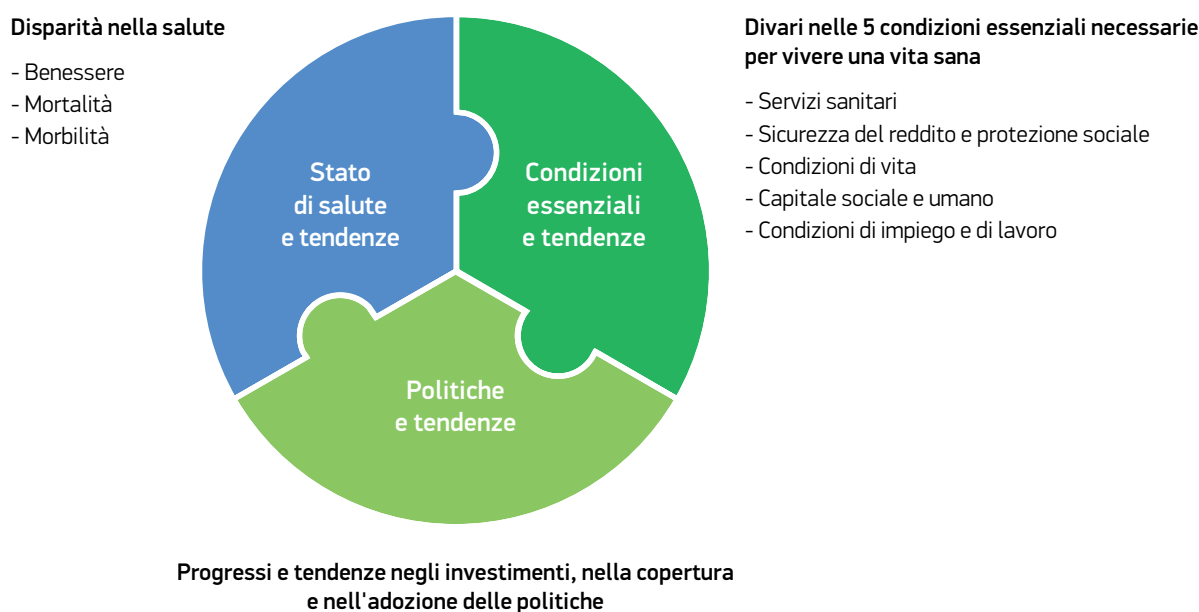
**Vi è un forte appoggio da parte dell'opinione pubblica a favore di una società più equa e di investimenti nelle condizioni indispensabili che consentano a tutti di crescere e prosperare nella vita e nella salute**

- Nella Regione Europea dell'OMS la maggior parte delle persone desidera vivere in una società più equa. Crede che le differenze di reddito nel proprio Paese siano troppo pronunciate e che ridurre le disparità di reddito debba essere una priorità per i governi nazionali.
- Le persone che si trovano in condizioni di svantaggio percepiscono proprio questo: la sensazione di essere lasciate ai margini. Non avere le stesse opportunità, la stigmatizzazione e vivere in uno stato di insicurezza cronica (sia sociale che finanziaria e/o culturale) aumentano lo stress e l'ansia e riducono il senso di fiducia e appartenenza alla società. Ciò ha un impatto su tutta la società.

## Le innovazioni del HESRI

- L'analisi e i risultati HESR sono generati a partire da un nuovo dataset. Tre tipi di dati vengono aggregati (Fig. O.1) e si utilizzano le innovazioni nelle metodologie analitiche per fornire una migliore comprensione dell'equità in salute, dei percorsi che generano equità e disuguaglianze e in che modo le politiche sono associate al tasso di progresso per ridurre il divario in quanto a condizioni di salute e di benessere in tutti i Paesi della Regione europea dell'OMS (Allegato 1).
- I dati e le analisi HESR offrono i seguenti vantaggi.
  1. I dati specifici per Paese consentono ai governi di rafforzare il processo decisionale, adattando di conseguenza la loro azione e gli investimenti ai fini dell'equità in salute.
  2. L'analisi supporta i ministeri della salute, dimostrando come le decisioni prese in altri settori contribuiscono alle disuguaglianze e interagiscono con le medesime in termini di salute e benessere.
  3. I risultati dell'analisi aiutano i governi (a livello nazionale e sub-nazionale) e le autorità sanitarie a migliorare la coerenza delle politiche, favorendo un miglioramento dell'equità nella salute e nelle condizioni di vita.

Fig. O.1. L'integrazione di tre tipi di informazione nel HESR



- L'HESR utilizza una gamma di analisi dei dati e di visualizzazioni per supportare una solida comprensione dello stato attuale delle disuguaglianze di salute all'interno dei vari Paesi. Inoltre, rileva se vi siano state riduzioni significative o aumenti di tali iniquità lungo un periodo di 10-15 anni (dati sull'analisi delle tendenze) (Allegato 1).
- I grafici a gradiente sono utilizzati per mostrare il gradiente socioeconomico di un indicatore, come l'aspettativa di vita, esaminando come i livelli dell'indicatore variano tra i sottogruppi di persone. Vengono definiti tre o cinque sottogruppi, in base ad alcuni marcatori di stato socioeconomico; ad esempio, il numero di anni di istruzione (Fig. O.2) o i livelli di reddito o ricchezza. Per le persone appartenenti a ciascun sottogruppo, il livello medio dell'indicatore viene calcolato e rappresentato nel grafico da un punto di colore diverso.
- I divari espressi statisticamente sono usati per mostrare la differenza, o dislivelli, nei livelli medi dell'indicatore nel sottogruppo più avvantaggiato rispetto al sottogruppo più svantaggiato. Ad esempio, i grafici mostrano la differenza tra quelli nei quintili con reddito più alto e più basso o tra quelli con più anni di istruzione (livello universitario) e quelli con meno anni (livello secondario inferiore).

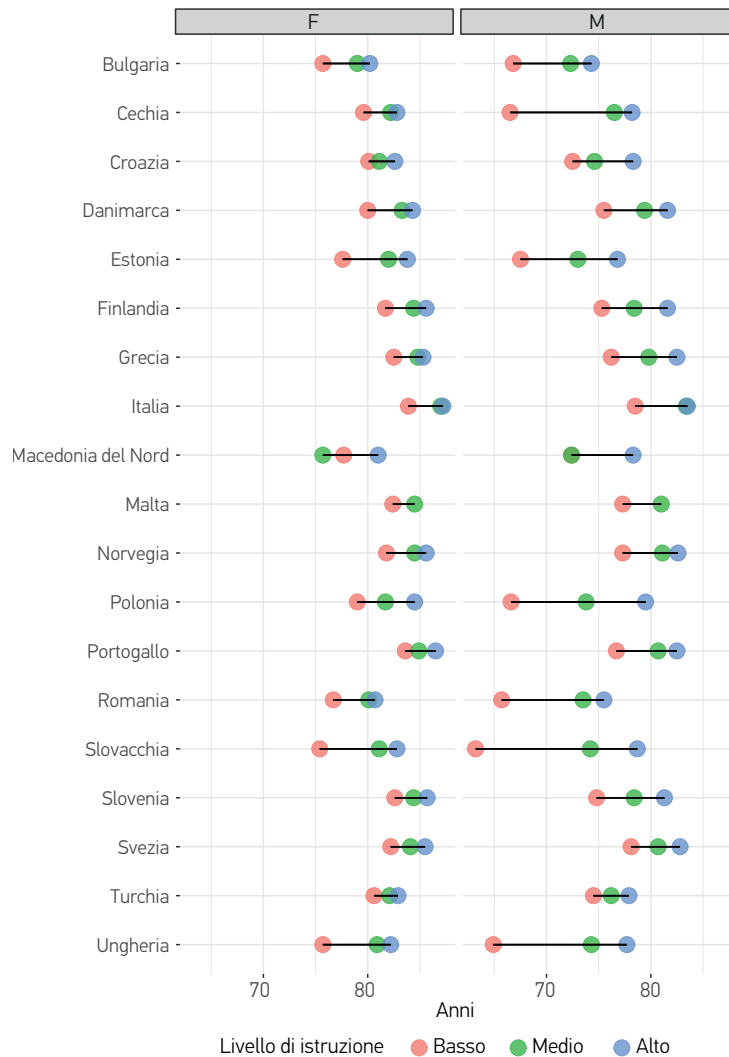
I simboli del semaforo in queste figure sottolineano come la dimensione del divario per ciascun Paese si è ridotta, ampliata o è rimasta invariata in un dato periodo di tempo (ad es. Fig O.3).

• **I grafici a ruota** di riepilogo vengono utilizzati per sintetizzare le disuguaglianze per diversi indicatori nei Paesi della Regione europea dell'OMS, fornendo un profilo dell'entità media delle disuguaglianze negli Stati membri. Mentre i diagrammi a divario utilizzano la differenza nei livelli di indicatori tra i sottogruppi, i grafici a ruota di riepilogo utilizzano il rapporto tra i livelli degli indicatori tra i sottogruppi per facilitare l'interpretazione comparata dei diversi indicatori.

• **I grafici di scomposizione** vengono utilizzati per mostrare come le carenze in ciascuna delle cinque condizioni essenziali, se combinate, contribuiscono al divario per un dato indicatore di salute, come la salute mentale o le malattie disabilitanti. I grafici di scomposizione consentono ai responsabili politici di comprendere più chiaramente il peso relativo di ciascuna condizione nel contribuire all'equità o iniquità in uno specifico indicatore di salute (allegato 2).

## Lo stato dell'equità in salute e tendenze

Fig. O.2. Aspettativa di vita alla nascita, per livello di istruzione, 2016 (o ultimo anno disponibile)



Note. F = femmine. M = maschi. I dati per Malta risalgono al 2011. Per Malta mancano i dati sul livello di istruzione superiore. Fonte: elaborazione degli autori basata su dati estrapolati da Eurostat.

**L'aspettativa di vita media in tutta la Regione è in aumento ma in tutti i Paesi le disuguaglianze di salute permangono tra gli adulti appartenenti a diversi gruppi sociali**

- L'aspettativa di vita media nella Regione europea dell'OMS è aumentata da 76,7 anni nel 2010 a 77,8 anni nel 2015. Ciò occulta però le differenze all'interno del Paese, come mostrato nella Figura O.2 per 19 Paesi (con dati disaggregati sull'istruzione).

- La tabella O.1 riassume i dati presentati in Fig. O.2, mostrando come l'aspettativa di vita e lo scarto nell'aspettativa di vita per livello di istruzione differiscono tra uomini e donne all'interno dei 19 Paesi.

**Tabella O.1 Medie e intervalli per l'aspettativa di vita e scarti nell'aspettativa di vita per 19 Paesi della Regione europea dell'OMS, 2016 (o ultimo anno disponibile)**

	Aspettativa di vita (anni)		Scarti nell'aspettativa di vita (anni)	
	Media	Intervallo	Media	Intervallo
Donne	82,0	78,1–86,0	3,9	2,3–7,4
Uomini	76,2	71,1–81,8	7,6	3,4–15,5

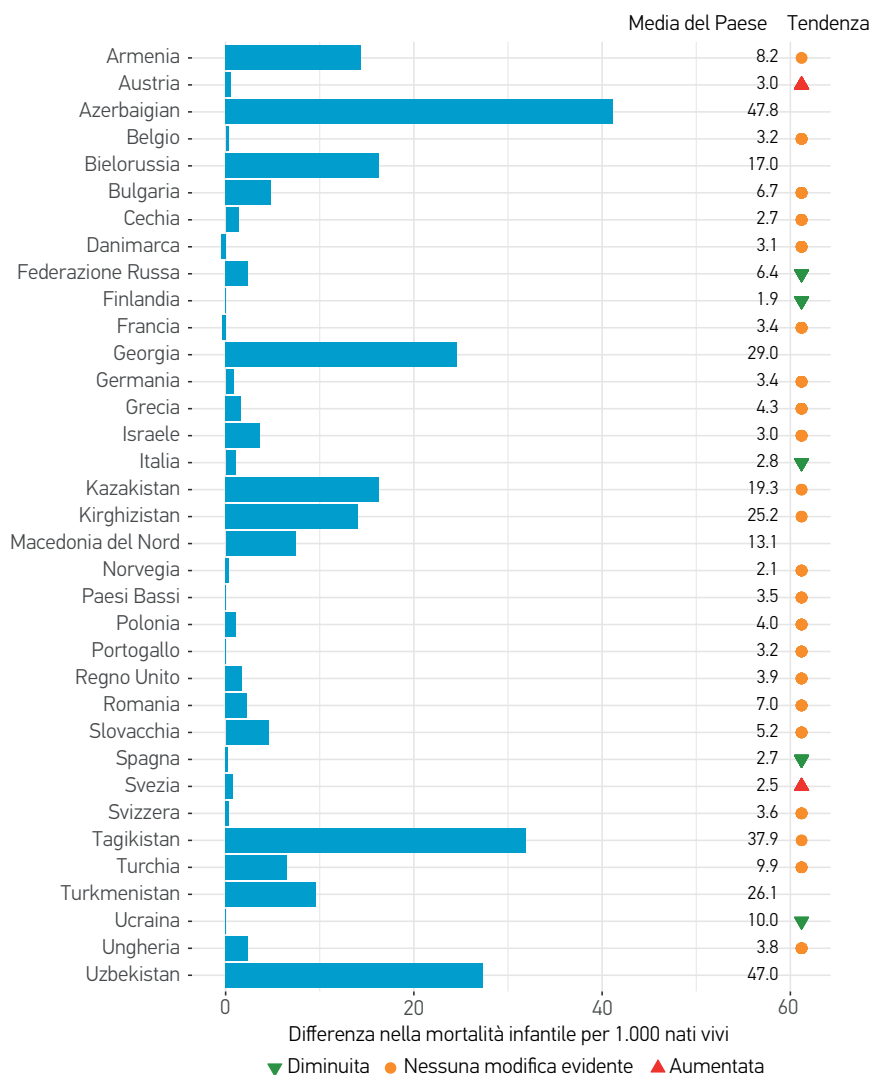
Fonte: elaborazione degli autori basata su dati estratti da Eurostat.

- L'aspettativa di vita media tra questi 19 Paesi è più bassa per gli uomini che per le donne e lo scarto nell'aspettativa di vita per gli uomini di gruppi sociali differenti è maggiore rispetto alle donne.
- Gli scarti nell'aspettativa di vita tra le donne con il massimo o minimo numero di anni di istruzione sono rimasti invariati o sono aumentati in tutti i 19 Paesi tra il 2013 e il 2016. Per gli uomini, gli scarti sono rimasti invariati in quasi tutti i Paesi.

**All'interno dello stesso Paese sussistono profondi divari nell'aspettativa di vita tra uomini e donne appartenenti a diversi gruppi sociali** (Fig. O.2)

- Le donne con meno anni di istruzione hanno più probabilità di morire tra i 2,3 e 7,4 anni prima delle donne con più anni di istruzione.
- Gli uomini con meno anni di istruzione hanno più probabilità di morire tra 3,4 e 15,5 anni prima degli uomini con più anni di istruzione.
- In quattro Paesi, gli uomini con un livello di istruzione di scuola secondaria inferiore vivono oltre 10 anni in meno di quelli che possiedono un'istruzione universitaria.

**Fig. 0.3. La differenza nella mortalità infantile per ogni 1000 nati vivi nelle regioni subnazionali più svantaggiate rispetto alle regioni subnazionali più avvantaggiate, 2016 (o ultimo anno disponibile; con tendenze dal 2005)**



Note. L'anno di raccolta dati più recente per la maggior parte dei Paesi è stato il 2016, con le seguenti eccezioni: Azerbaijan 2006; Bielorussia 2005; Georgia 2005; Kirghizistan 2014; Kazakistan 2015; Macedonia del Nord 2005; Federazione Russa 2015; Tagikistan 2015; Ucraina 2012; Uzbekistan 2006.

Fonti: elaborazione degli autori basata su dati estratti da Eurostat, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) ed il Global Data Lab (GDL).

### Il luogo in cui si è nati e si vive in un Paese può influenzare le proprie possibilità di crescita, anche nei primi anni di vita

- La gravità delle disuguaglianze geografiche nella mortalità infantile varia ampiamente tra i Paesi della Regione europea dell'OMS.
- Sulla base dei dati sulla mortalità infantile per 35 Paesi, la Figura 0.3 mostra che per ogni 1000 nati, ben 41 in più non sopravvivono al primo anno di vita se nati nelle aree più depresse, rispetto a quelli nati in quelle più privilegiate.
- Queste disuguaglianze sono paragonabili in grandezza ai tassi assoluti di mortalità infantile nella Regione: i tassi medi di mortalità infantile nei paesi della Regione Europea dell'OMS vanno da 1,9 a 47,8 morti per 1000 nati vivi.
- Esistono notevoli differenze nei livelli di mortalità infantile tra le aree geografiche quando si confrontano Paesi con economie e tradizioni culturali simili. Ciò dimostra che le disuguaglianze nella mortalità infantile si possono evitare.



### **In molti Paesi, i divari nella mortalità infantile sono invariati dalla fine degli anni 2000**

- In 23 Paesi su 35 della Regione Europea dell'OMS, i divari nei tassi di mortalità infantile tra le regioni subnazionali più svantaggiate e quelle più avvantaggiate sono rimasti invariati o si sono ampliati tra il 2005 e il 2016 (Fig. O.3).

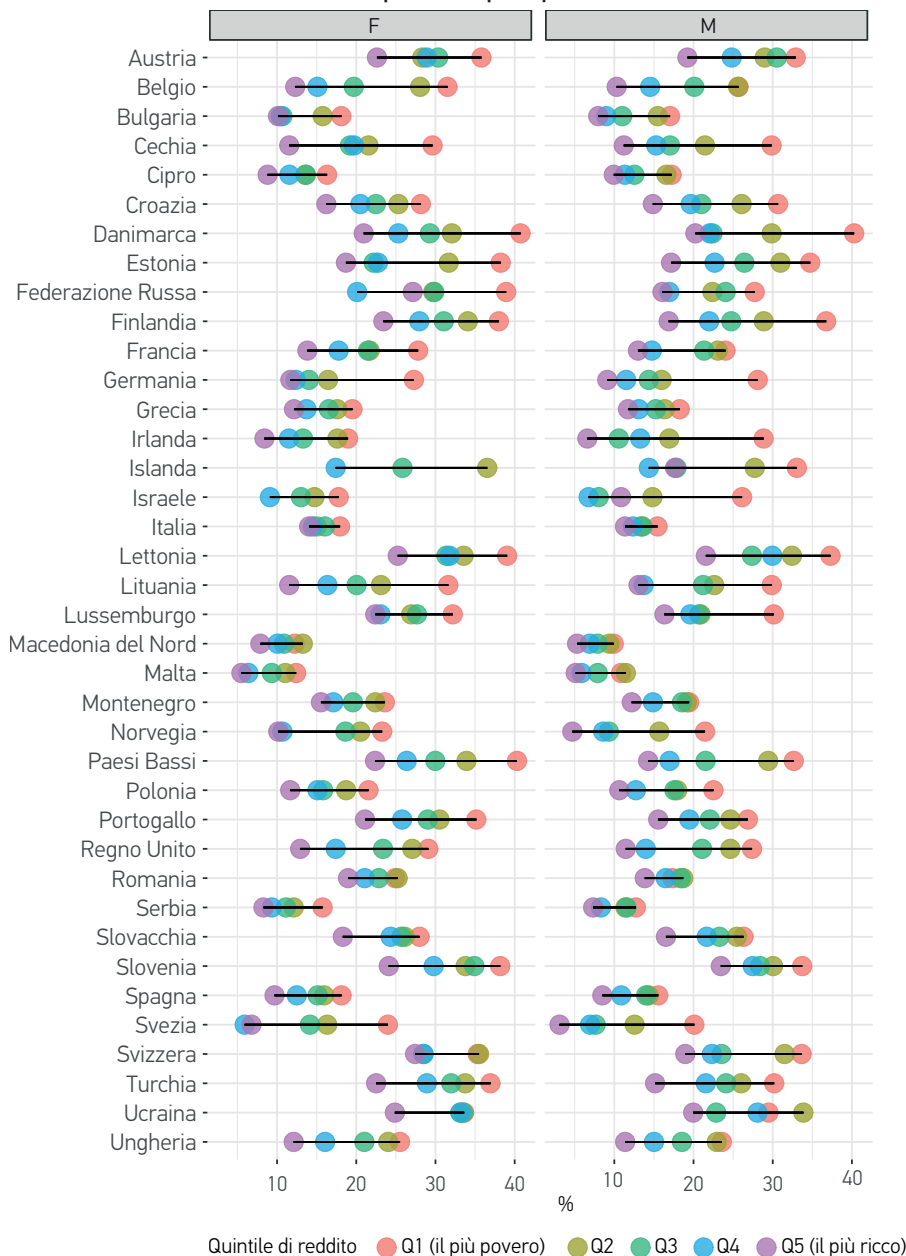
### **Le disuguaglianze nelle malattie croniche limitano la partecipazione alle attività quotidiane e impediscono a molti adulti di vivere una vita dignitosa**

- Le disuguaglianze nelle malattie disabilitanti incidono non solo sulle opportunità di vivere una vita familiare e domestica qualitativamente elevata, ma anche sulla produttività complessiva dei lavoratori di un Paese e quindi sulle sue prestazioni economiche.
- Le disuguaglianze nelle malattie disabilitanti sono diffuse in tutti i Paesi della Regione europea dell'OMS. Tra i 38 Paesi della Fig. O.4, la percentuale di uomini e donne che riferisce di limitazioni nel riuscire a svolgere attività quotidiane a causa di cattive condizioni di salute segue un forte gradiente sociale per quintile di reddito.
- I dati per i 38 Paesi mostrano che su ogni 100 donne, tra le quattro e le 20 donne in più nel quintile di reddito più basso segnalano limitazioni nella vita quotidiana a causa di cattive condizioni di salute rispetto a quelle nel quintile di reddito più elevato.
- Per gli uomini, tra quattro e 22 uomini in più ogni 100 nel quintile con il reddito più basso segnalano tali limiti, rispetto al quintile con il reddito più alto.
- Tra il 2005 e il 2016 i divari nelle malattie disabilitanti sono rimasti gli stessi o sono aumentati per le donne in 32 dei 38 Paesi della Fig. O.4, mentre per quanto riguarda gli uomini ciò si è verificato in 31 dei 38 Paesi.

### **I divari percepiti nella salute e nel benessere sono i primi segnali di allarme del rischio diseguale di ammalarsi**

- Divari nella salute e nel benessere percepiti sussistono in tutte le fasi del corso della vita e i trend indicano che i divari tra i gruppi sociali nello stesso Paese si stanno allargando.
- Il grado di salute e benessere percepito è sempre più riconosciuto come il primo elemento rivelatore del rischio di mortalità e morbilità e sono ampiamente considerati come indicatori affidabili dello stato di salute oggettivo.
- Le percentuali di bambini, adulti in età lavorativa e adulti di età pari o superiore a 65 anni che segnalano cattive condizioni di salute, disaggregate per reddito familiare o livello di affluenza, indicano che il gradiente socioeconomico nella salute si allarga durante le fasi progressive del corso della vita.
- I dati per i 38 Paesi analizzati indicano che ogni 100 ragazze, ci sono in media altre sei ragazze nel quintile a reddito più basso che riportano solamente una salute scarsa o normale rispetto al quintile a reddito più alto. Per i ragazzi, ci sono in media altri cinque ragazzi ogni 100 nel quintile di reddito più basso rispetto al quintile con il reddito più alto.
- Per gli adulti in età lavorativa, questi divari aumentano. In media, su 100 persone nel quintile con il reddito più basso, 19 donne e 17 uomini in più riportano soltanto una salute scarsa o normale, rispetto al quintile con il reddito più alto.

**Fig. O.4. Percentuale di adulti che segnalano limitazioni croniche nelle attività quotidiane a causa di problemi di salute (corretti per età), per quintile di reddito**



Note. F = femmine. M = maschi. I dati mancanti sono dovuti alle dimensioni ridotte del campione per le donne in Islanda (Q1 e Q5) e Israele (Q5).

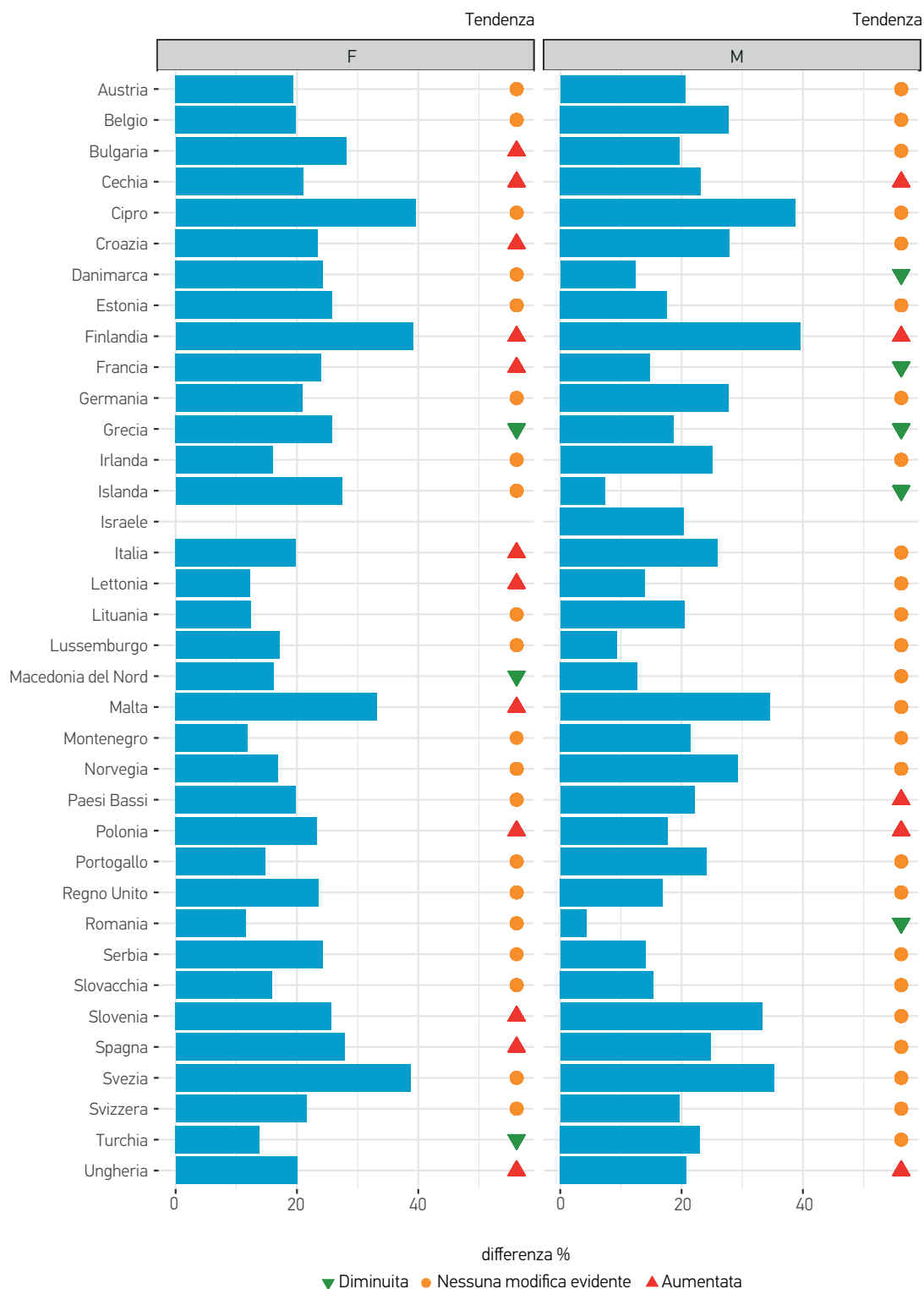
Fonti: elaborazione degli autori basata sui dati estratti per gli anni 2012-2017 dall'indagine dalle Statistiche dell'Unione Europea sul reddito e le condizioni di vita (European Union Statistics on Income and Living Conditions, EU-SILC) e lo European Social Survey (ESS).

**Senza interventi efficaci, i divari nella salute persistono e si ampliano nel corso della vita**

- Ciò è motivo di crescente preoccupazione tenuto conto dei cambiamenti demografici verso un invecchiamento delle società, cambiamenti che stanno avvenendo in tutta la Regione europea dell'OMS. Per gli adulti di età pari o superiore a 65 anni, i divari sopra menzionati aumentano nuovamente fino a una media di 22 donne e 21 uomini in più su ogni 100 nel quintile a reddito più basso che riporta solo una salute scarsa o mediocre, rispetto al quintile di reddito più elevato (Fig. O.5).

- Sebbene i dati si riferiscano a diversi individui in diversi stadi della vita in un dato momento, invece che agli stessi individui nel tempo, è evidente da questa istantanea dell'arco della vita che le disuguaglianze si accentuano nel corso della stessa.
- Questi divari nell'equità nel corso evolutivo della vita rappresentano un'occasione mancata per consentire alle persone di crescere e progredire.

**Fig. 0.5 La differenza percentuale negli adulti di età pari o superiore a 65 anni che hanno segnalato condizioni di salute mediocri o scarse per 100 persone nel quintile di reddito più basso rispetto al quintile di reddito più elevato, 2017 (e tendenze dal 2005)**



Note. F = femmine. M = maschi.

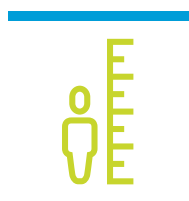
Fonti: elaborazione degli autori basata sui dati del 2017 estratti dall'indagine EU-SILC e dall'ESS.

**Se ignorate, le disuguaglianze nella salute si accumulano nel corso della vita**

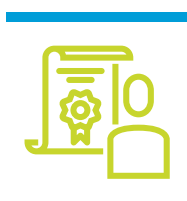
● La tabella 0.2 evidenzia il divario nel numero di persone che segnalano problemi di salute tra i quintili con il reddito più alto e quelli col reddito più basso nei diversi stadi della vita (ogni 100 persone).

**Tabella O.2 Divario nel numero di persone che segnalano problemi di salute tra il quintile di reddito più alto e quello più basso, ogni 100 persone**

	Infanzia	Vita attiva	Anzianità
Donne	6	19	22
Uomini	5	17	22



Primi anni: 0–16



Giovani adulti: 16–24



Età lavorativa: 24–64



Maturità: 65+

Fonti: elaborazione degli autori basata sui dati del sondaggio 2014 sui bambini in età scolare (HBSC); e dati per gli anni 2012–2017 dall'indagine EU-SILC e dall'ESS per gli adulti.

### Nella Regione Europea dell'OMS le disuguaglianze nella salute mentale sono diffuse quanto quelle legate alla salute fisica

- Nei Paesi della Regione, gli uomini e le donne che vivono con i redditi più bassi hanno in media il doppio delle probabilità di riferire di problemi di salute mentale rispetto a quelli con i redditi più alti.
- La salute mentale è una delle principali priorità della salute pubblica, per via dei suoi tassi di comorbidità con le malattie cardiovascolari (MCV) e le malattie trasmissibili, come la tubercolosi (TB).
- I disturbi da depressione e ansia sono tra le prime cinque cause del carico complessivo di malattie nella Regione (misurato in termini di anni di vita corretti per la disabilità).
- L'analisi dei dati per i 35 Paesi utilizzati per elaborare la Fig. O.6, raggruppati per gruppi di Paesi con politiche e scenari politici simili (Allegato 3), mostra che ogni 100 donne, vi sono tra le 12 e 16 donne in più nel quintile col reddito più basso che riportano problemi di salute mentale, rispetto alle donne del quintile col reddito più alto. Per gli uomini, tra i 9 e 17 uomini in più su 100 nel quintile a reddito più basso segnalano problemi di salute mentale rispetto a quelli nel quintile a reddito più alto..

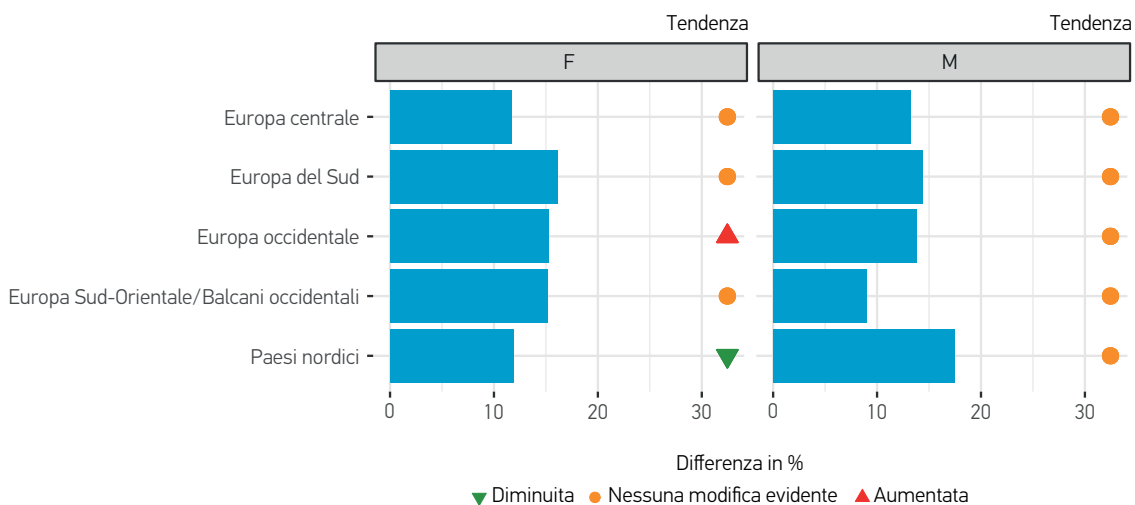
### Le differenze di genere nelle disuguaglianze nella salute mentale variano in diverse parti della Regione europea dell'OMS e non sono diminuite in modo significativo dal 2007 al 2016

- Il raggruppamento di Paesi utilizzato nella Fig. O.6 evidenzia che le differenze di genere in ordine alla gravità delle disuguaglianze di salute mentale variano nelle diverse aree della Regione.

### Disuguaglianze nelle malattie non trasmissibili (MNT) e i fattori di rischio associati sono presenti in tutta la Regione

- Le disuguaglianze in 4 su 5 fattori di rischio per le MNT seguono un gradiente socioeconomico (Fig. O.7).
- Tanto più una persona possiede risorse sociali ed economiche e le relative opportunità, tanto minore è la probabilità di sviluppare un fattore di rischio per le MNT (ad eccezione del consumo di alcol).
- La Fig. O.7 mette a confronto le disuguaglianze medie riferite a diversi indicatori di MNT e i relativi fattori di rischio tra uomini e donne col maggior e minor numero di anni di istruzione (rispettivamente università e livello di istruzione secondaria inferiore) all'interno dei Paesi della Regione europea dell'OMS.
- Il rischio aggiuntivo di MCV, diabete, obesità e tabagismo tra le donne con il minor numero di anni di istruzione rispetto a quelle col maggior numero di anni di istruzione è più pronunciato rispetto al rischio aggiuntivo riscontrabile tra gli uomini, quando si fa lo stesso confronto tra livelli di istruzione.
- Mediamente, in tutta la Regione, le donne col minor numero di anni di istruzione hanno quasi il doppio delle probabilità di contrarre il diabete rispetto alle donne col maggior numero di anni di istruzione, mentre questo rapporto è inferiore a 1,5 volte per gli uomini. Il diabete è segnalato tra il 4,3% delle donne col minor numero di anni di istruzione e tra il 2,2% col maggior numero di anni di istruzione. Per gli uomini, queste percentuali sono rispettivamente pari al 3,8% e 2,8%.

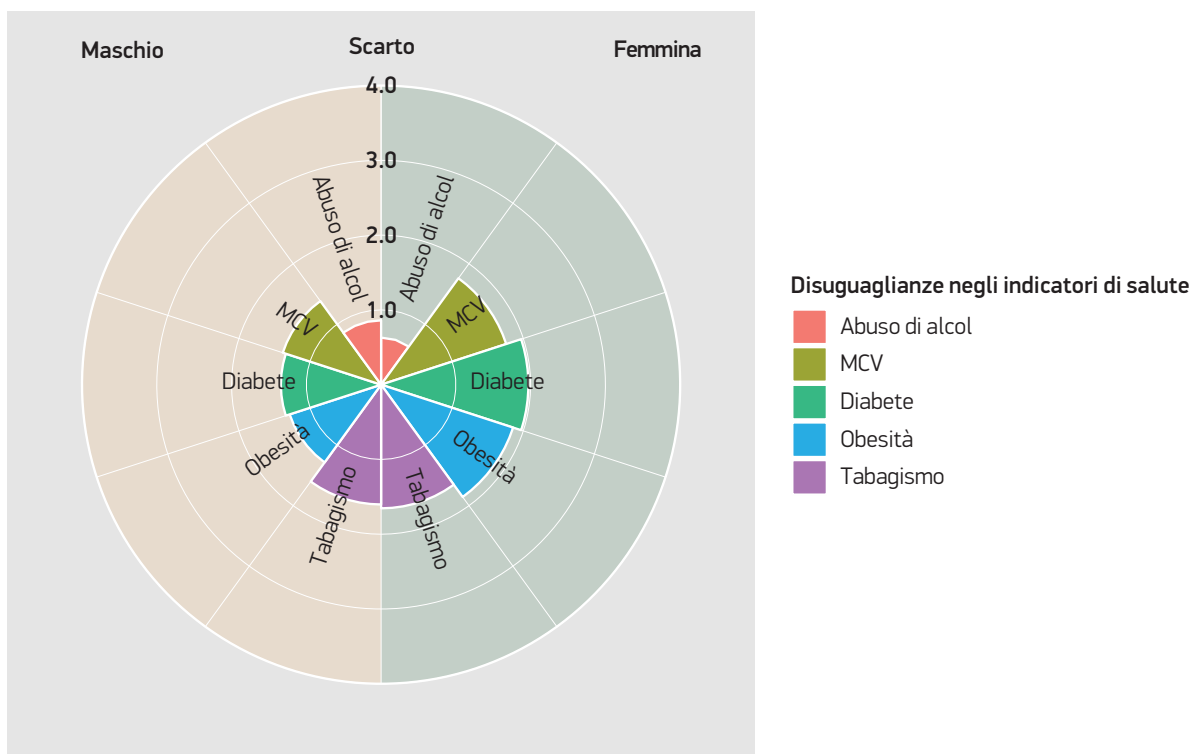
**Fig. O.6. Differenza in percentuale negli adulti che segnalano problemi di salute mentale secondo l'indice di benessere dell'OMS-5 per 100 adulti nel quintile di reddito più basso rispetto al quintile di reddito più elevato (vari anni e tendenze), per gruppo di Paesi**



Note. F = femmine. M = maschi.

Fonte: elaborazione degli autori basata su dati estratti per gli anni 2007-2016 dal Sondaggio sulla qualità della vita europea (European Quality of Life Survey, EQLS).

**Fig. O.7. Disuguaglianze medie all'interno dei MNT e fattori di rischio MNT (gap tra il numero più alto e più basso di anni di istruzione)**



Fonte: elaborazione degli autori utilizzando il Health Equity Dataset.

## Comprendere le disparità: che cosa concorre alle disuguaglianze di salute nei Paesi della Regione europea dell'OMS?

L'HESR utilizza nuovi metodi per capire che cosa determina le tendenze e lo stato delle disuguaglianze di salute all'interno dei Paesi della Regione

- Misurare lo stato di salute e i trend è importante, ma senza capire a quali fattori e decisioni siano riconducibili le disuguaglianze, l'attenzione rimarrebbe sulla descrizione del problema, non sull'individuazione delle soluzioni e delle azioni da intraprendere.
- Per la prima volta, l'HESR ha colto e analizzato le relazioni tra le disuguaglianze di salute, le condizioni essenziali per poter vivere una vita sana e il grado di

investimento, copertura e diffusione delle politiche che influenzano i risultati dell'equità in salute.

- Si tratta di un notevole progresso nella capacità di dare impulso ad azioni sistematiche, che coinvolga l'intero governo e l'intera società, al fine di aumentare l'equità nella salute.
- L'HESR ha identificato cinque condizioni (Fig. 0.8) che esercitano un impatto sull'equità in salute; le carenze in ciascuna delle aree sono significative di per se stesse nello spiegare le disuguaglianze di salute tra uomini e donne divisi per gruppi sociali e aree geografiche.

Fig. 0.8. Le condizioni di equità in salute HESR



Per aumentare l'equità nella salute all'interno dei Paesi, sono necessarie azioni in tutte e cinque le condizioni attraverso una combinazione di approcci politici mirati e universali

- La combinazione di interventi politici proporzionati al grado di disuguaglianza tra i gruppi sociali ha l'effetto di migliorare la salute di tutti, accelerando al contempo il tasso di miglioramento per coloro che altrimenti resterebbero svantaggiati.
- La Fig. 0.9 mostra il contributo relativo delle carenze in ciascuna delle cinque condizioni essenziali per spiegare le disuguaglianze di salute all'interno dei Paesi per tre principali priorità di salute pubblica che sono rilevanti in tutta la Regione Europea dell'OMS.

Queste cinque condizioni essenziali sono necessarie per le persone per vivere una vita sana e prospera e le politiche pubbliche contribuiscono a creare queste condizioni

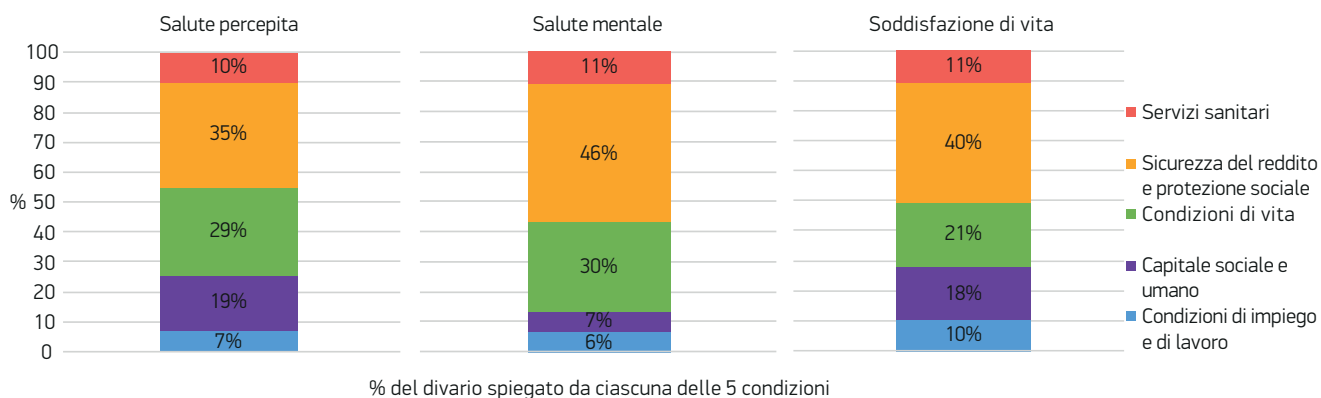
- L'HESR utilizza l'analisi di scomposizione per quantificare la misura del contributo di ciascuna delle cinque condizioni alle disuguaglianze di salute, l'una rispetto all'altra. Sulla base dei dati disponibili, l'analisi mostra che tutte e cinque le condizioni sono statisticamente significative nel contribuire alle disuguaglianze nei tre indicatori di salute e che la dimensione relativa del loro contributo è ampiamente coerente tra gli indicatori.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> A causa dei severi requisiti in materia di dati per l'analisi di scomposizione, alcuni fattori che influenzano l'equità in salute non vengono acquisiti (ad esempio, non è stato possibile includere una misura diretta della qualità del lavoro o delle condizioni di lavoro ma solamente se gli individui osservano un orario di lavoro eccessivamente lungo) (v. Allegato 2).



- Le differenze tra gruppi socioeconomici in termini di sicurezza del reddito e condizioni di vita sono i principali fattori che contribuiscono alle disuguaglianze in termini di salute percepita, salute mentale e soddisfazione della vita nei Paesi della regione europea dell'OMS, contribuendo a quasi i 2/3 delle disuguaglianze di salute tra gruppi socioeconomici all'interno dei Paesi (Allegato 4).
- Ciascuna di queste cinque condizioni essenziali necessarie per creare e mantenere una vita sana per tutti è esaminata in dettaglio separatamente nelle pagine che seguono.

**Fig. O.9. Apporto delle cinque condizioni alle disuguaglianze in termini di salute percepita, salute mentale e soddisfazione di vita (Paesi della UE)**



Nota. Controlli di analisi per età e sesso degli individui.

Fonte: elaborazione degli autori, basata sui dati 2003-2016 provenienti da EQLS.

## È possibile raggiungere l'equità in salute a breve termine, anche all'interno dei cicli politici

L'HESR elabora le soluzioni necessarie per ridurre le disuguaglianze di salute esaminando il rapporto tra equità in salute e attuazione, copertura e adozione delle principali politiche pubbliche nel corso del tempo

- I divari nella salute tra i gruppi socioeconomici possono essere ridotti, anche all'interno di mandati politici di 2-4 anni (Fig. O.10). I responsabili politici possono essere certi che con i giusti investimenti e interventi è possibile ridurre le disuguaglianze nella salute, anche a breve termine.
- Uno scenario di riduzione del 50% delle disuguaglianze nell'aspettativa di vita tra i gruppi sociali fornirebbe ai Paesi vantaggi monetizzati che vanno dallo 0,3% al 4,3% del PIL. Gli interventi per rimuovere le barriere create tra chi è in buone condizioni di salute e chi non lo è, giovano al benessere sia degli individui che dell'economia.
- La Fig. O.10 mostra i potenziali effetti di otto politiche macroeconomiche per ridurre le disuguaglianze di salute. Il miglioramento è misurato dalla riduzione percentuale delle malattie disabilitanti segnalata tra gli adulti nei quintili con reddito più alto e più basso (all'interno dei Paesi).
- Le barre verdi rappresentano le riduzioni medie delle disuguaglianze di salute che sono state raggiunte 2-4 anni dopo che i Paesi hanno attuato ciascuna delle otto politiche elencate nella parte sinistra del grafico. Maggiori dettagli sono disponibili nella Sezione 3.1.

### Sette delle politiche mostrano un'associazione positiva con riduzioni delle disuguaglianze di salute

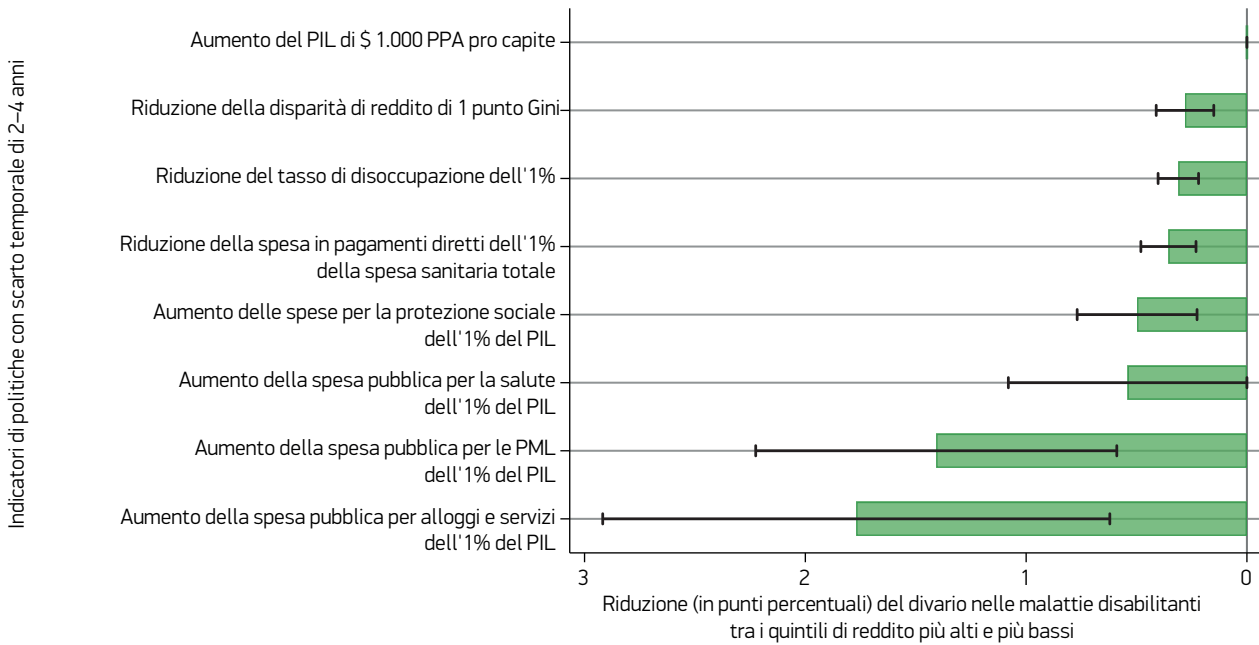
- L'aumento del reddito pro capite è l'unica politica che non evidenzia alcuna associazione con la riduzione delle disuguaglianze di salute.
- L'entità dell'associazione con la disuguaglianza in salute di ciascuna di queste politiche è differente.
- Sei delle politiche hanno ciascuna un potenziale statisticamente significativo per ridurre le disuguaglianze nelle malattie disabilitanti tra gli

adulti a breve termine: l'aumento della spesa pubblica per l'edilizia abitativa e le strutture della comunità; l'aumento delle spese per le politiche del mercato del lavoro (PML); la riduzione della disparità di reddito; l'aumento delle spese per la protezione

sociale; la riduzione della disoccupazione; la riduzione dei pagamenti diretti per la salute.

- È importante rilevare che questa non è un'analisi causale o un modello predittivo.

**Fig. O.10. Il potenziale di 8 politiche macroeconomiche atte a ridurre le disuguaglianze nelle malattie disabilitanti tra gli adulti con uno sfasamento temporale di 2-4 anni in 24 Paesi**

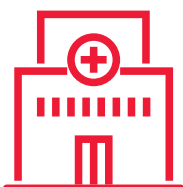


Nota. PPA: parità del potere d'acquisto.

Fonte: elaborazione degli autori, basata sui dati relativi al periodo 2008-2014 del dataset sull'equità in salute.

# Le cinque condizioni essenziali per creare e mantenere una vita sana per tutti: soluzioni e progressi delle politiche

## La salute e i servizi sanitari



Salute e servizi sanitari

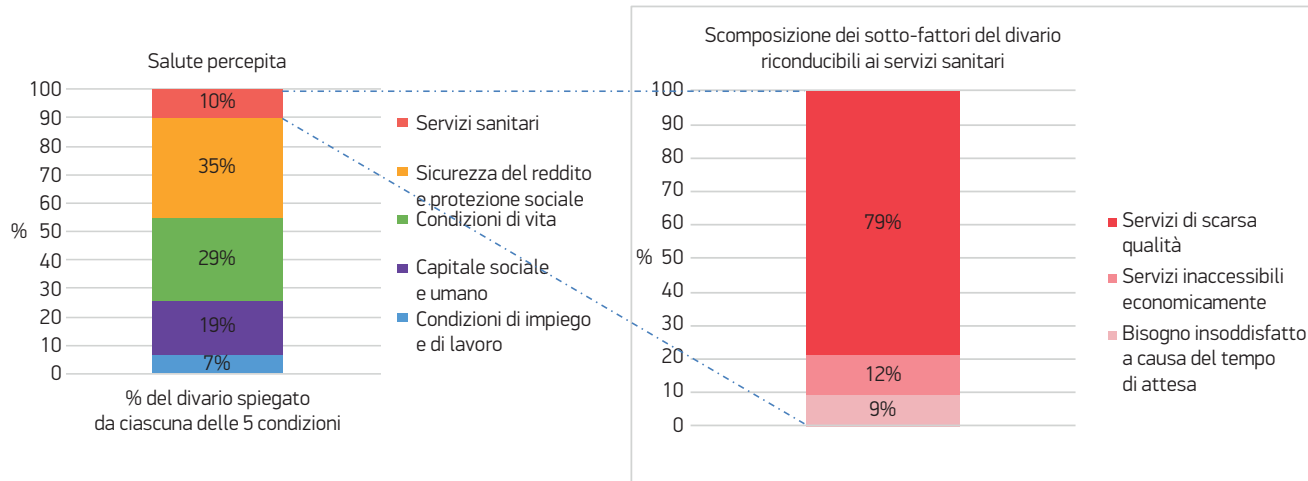
In media, il 10% della disuguaglianza nella salute percepita tra il 20% più ricco e il 20% meno abbiente degli adulti nei Paesi europei è il risultato di differenze sistematiche in termini di qualità, disponibilità e accessibilità economica dei servizi sanitari (Fig. O.11)

- Le disuguaglianze nei bisogni di assistenza sanitaria non soddisfatti non sono cambiate in modo significativo dalla fine degli anni 2000. Nella maggior parte dei Paesi della regione europea dell'OMS, le disuguaglianze nei bisogni insoddisfatti in quanto

ad assistenza sanitaria sono rimaste invariate o sono aumentate tra il 2008 e il 2017. La differenza media nei tassi di bisogni insoddisfatti in termini di assistenza sanitaria tra uomini e donne con il maggiore e minore numero di anni di istruzione nei Paesi della Regione è stata del 2,7% nel 2017, mentre nel 2008 era del 2,6%.

- La spinta verso la copertura sanitaria universale (CSU) è un passo fondamentale verso la riduzione dell'equità in salute.
- Ciò significa garantire a ogni bambino, donna e uomo di poter accedere e di aver garantita la qualità dei servizi sanitari di cui hanno bisogno, senza andare incontro a difficoltà finanziarie.

Fig. O.11. Contributo dei servizi sanitari all'equità nella salute percepita (Paesi della UE)



Fonte: elaborazione degli autori basata sui dati estratti per gli anni 2003-2016 dall'EQLS.

## Soluzioni e progressi delle politiche

- Le riduzioni dei pagamenti diretti per la salute hanno una correlazione statisticamente significativa con la riduzione delle disuguaglianze nelle malattie disabilitanti tra adulti nei quintili con reddito più alto e più basso per un periodo di 2-4 anni (Figura O.10).
- Tuttavia, le riforme per ridurre i bisogni insoddisfatti in termini di assistenza sanitaria possono far aumentare i pagamenti diretti per la salute; pertanto, è importante garantire che le politiche per migliorare l'accesso ai servizi sanitari non comportino anche un aumento delle difficoltà finanziarie, in particolare per coloro che sono già svantaggiati.

- I Paesi possono ridurre i bisogni non corrisposti in termini di assistenza sanitaria e le difficoltà finanziarie identificando e affrontando le lacune nella copertura dei servizi sanitari universali e attuando interventi proporzionati alla necessità di garantire a tutti un accesso equo a servizi sanitari di buona qualità.
- Nella Regione europea dell'OMS, i livelli dei pagamenti diretti per la salute vanno dal 7,1% all'80,6% del totale della spesa sanitaria corrente. In oltre la metà dei Paesi della Regione, i pagamenti diretti per la salute in proporzione all'attuale spesa sanitaria sono aumentati o sono rimasti simili tra il 2000 e il 2016.
- Le spese per la salute in percentuale del PIL variano dal 2,1% all'11,9% in tutta la Regione. Queste spese sono aumentate in 32 dei 53 Paesi tra il 2005 e il 2014, ma in 13 Paesi le spese per la salute non sono variate e in otto Paesi le spese sono diminuite.
- Parimenti, si registra un quadro eterogeneo per le tendenze in atto nella spesa per la sanità pubblica. I livelli di spesa sanitaria pubblica nella Regione variano dallo 0,03% allo 0,5% del PIL e, mentre in quasi la metà dei 34 Paesi, per i quali erano disponibili dati tra il 2000 e il 2017, la spesa è aumentata, nell'altra metà i bilanci sanitari pubblici non sono cresciuti per adeguarsi alla crescita dei fabbisogni.

## La salute e la sicurezza del reddito e la protezione sociale



Salute e  
sicurezza del reddito  
e protezione sociale

In media, il 35% della disuguaglianza nella salute percepita tra il 20% degli adulti più ricco e di quello meno abbiente nei Paesi europei è dovuto a differenze sistematiche di rischio e di esposizione all'insicurezza del reddito unite alla mancanza o inadeguatezza della protezione sociale

- La lotta per sbarcare il lunario – compresa la possibilità di permettersi di pagare per beni e servizi considerati essenziali per vivere una vita dignitosa, decente e indipendente (pensiamo ai costi legati al riscaldamento, al cibo e all'abitazione) – è un fattore importante che spiega le disuguaglianze nella salute percepita tra i gruppi sociali nei Paesi della Regione europea dell'OMS.
- Il rischio di povertà è direttamente correlato alla morbilità ad esordio precoce e alla mortalità prematura. I giovani con occupazione temporanea o part-time, le persone con responsabilità di accudimento e gli anziani sono quelli a maggior

rischio di salute precaria associata a rischio di povertà (1, 2).

- Il rischio di vivere in condizioni di povertà influenza la salute mentale e lo sviluppo psicosociale. La ricerca associa ripetutamente le disparità di reddito ai risultati peggiori in termini di salute e capitale sociale.
- Gli effetti del vivere in condizioni di povertà nei primi anni di vita sono fortemente associati all'aumento dei rischi inerenti all'adozione di comportamenti dannosi per la salute, come il fumo, l'abuso di alcol e il consumo di droghe durante l'adolescenza. Questa associazione si traduce in un aumento dello sviluppo di malattie croniche, tra cui il diabete, il cancro, le MCV e le malattie respiratorie nel corso della vita.

### La povertà infantile resta un problema in tutta la Regione europea dell'OMS

- In 34 Paesi per i quali erano disponibili dati nella Regione europea dell'OMS, i bambini hanno maggiori probabilità di vivere in povertà rispetto agli adulti (3). In media, 20 bambini su 100 vivono in condizioni di povertà relativa, rispetto a una media di 17 adulti su 100.

## Soluzioni e progressi delle politiche

La riduzione della disparità di reddito e della povertà relativa, nonché gli investimenti nelle spese di protezione sociale hanno un'associazione statisticamente significativa con ridotte disuguaglianze in quanto a malattie disabilitanti tra gli adulti nei quintili di reddito più basso e più alto in un periodo di 2-4 anni (Fig. O.10)

- Le politiche di protezione sociale non stigmatizzanti hanno effetti positivi sulla riduzione delle disuguaglianze di salute relative all'insicurezza del reddito e alla povertà. Sistemi di sicurezza del reddito solidi, multilivello e inclusivi – con un livello assoluto alla base e integrati da schemi contributivi sostenuti dallo Stato – hanno il massimo effetto in termini di riduzione delle disuguaglianze di salute. Questi schemi includono politiche di congedo genitoriale ben progettate, un regime pensionistico obbligatorio, protezione sociale per i primi anni di vita e le famiglie e indennità di disoccupazione.

Nella maggior parte dei Paesi della Regione Europea dell'OMS, le tendenze nella spesa per la protezione

sociale non sono cambiate in modo significativo o sono peggiorate negli ultimi anni

- Tra il 2000 e il 2012, la media delle spese per la protezione sociale per Paese sono diminuite dal 12,9% al 6,1% del PIL. Ciò rappresenta una riduzione media del 50% delle spese per la protezione sociale dei Paesi in proporzione al PIL di tutta la Regione nell'arco di un decennio.
- Nel 2017, in media 17 persone su 100 vivevano in relativa povertà in tutta la Regione; rispetto al dato del 2005: 15 su 100.
- Anche le spese per la protezione sociale delle persone in età lavorativa (assegni familiari e indennità di disoccupazione) sono diminuite, passando da una media del 3,8% del PIL nella regione nel 2008 all'1,6% nel 2011 (l'anno più recente per il quale erano disponibili dati).
- Le modifiche ai meccanismi per ricevere i pagamenti di assistenza sociale in molti Paesi hanno causato

ritardi e condizionalità, che hanno aumentato l'insicurezza finanziaria per le famiglie e hanno contribuito ad aumentare i tassi di malessere e di malattia mentale (che si manifestano spesso in stress, ansia e depressione).

**Vi è un'ampia variazione tra i Paesi nei livelli e nelle tendenze in atto per ridurre le disparità di reddito**

- Nei 35 Paesi europei per i quali erano disponibili i dati del 2017, dalle 9 alle 26 persone su 100 vivono in condizioni di povertà relativa (misurata dalla percentuale della popolazione che vive al di sotto del 60% del reddito disponibile equivalente mediano).
- In 15 Paesi, tale disparità di reddito è aumentata dal 2005 al 2017, mentre è diminuita solo in sei Paesi.
- Per 14 Paesi, compresi alcuni nei Balcani occidentali, i Paesi dell'Asia centrale e il Caucaso, dove la povertà viene misurata utilizzando le soglie nazionali di povertà, tra le 3 e le 31 persone su 100 vivono al di sotto di tale soglia.
- In otto di questi 14 Paesi, questi tassi di povertà sono diminuiti tra il 2005 e il 2016. Tuttavia, queste tendenze non sono direttamente paragonabili a quelle della povertà relativa, che sono in grado di rilevare meglio le persone svantaggiate rispetto alla metà della popolazione.



## La salute e le condizioni di vita



In media, il 29% della disuguaglianza nella salute percepita tra il 20% più ricco e il 20% meno abbiente degli adulti nei Paesi europei è il risultato di differenze sistematiche presenti nell'ambiente di vita e nelle condizioni delle persone

Condizioni di salute e di vita

- Occupazione di alloggi insicura, dimore di scarsa qualità, carenza di combustibile, quartieri pericolosi e la mancanza di servizi per la comunità, sono tutti elementi statisticamente significativi nello spiegare le disuguaglianze nella salute all'interno dei Paesi della Regione Europea dell'OMS (Fig. 0.12).
- Avere un tetto è un'esigenza umana fondamentale e le case di scarsa qualità sono strettamente legate a una salute precaria. Le persone nelle famiglie a basso reddito hanno maggiori probabilità di affrontare molteplici problemi abitativi; infatti, case di scarsa qualità, oltre che esser fredde d'inverno, hanno anche maggiori probabilità che la muffa

cresca al loro interno e che la loro qualità dell'aria sia scadente.

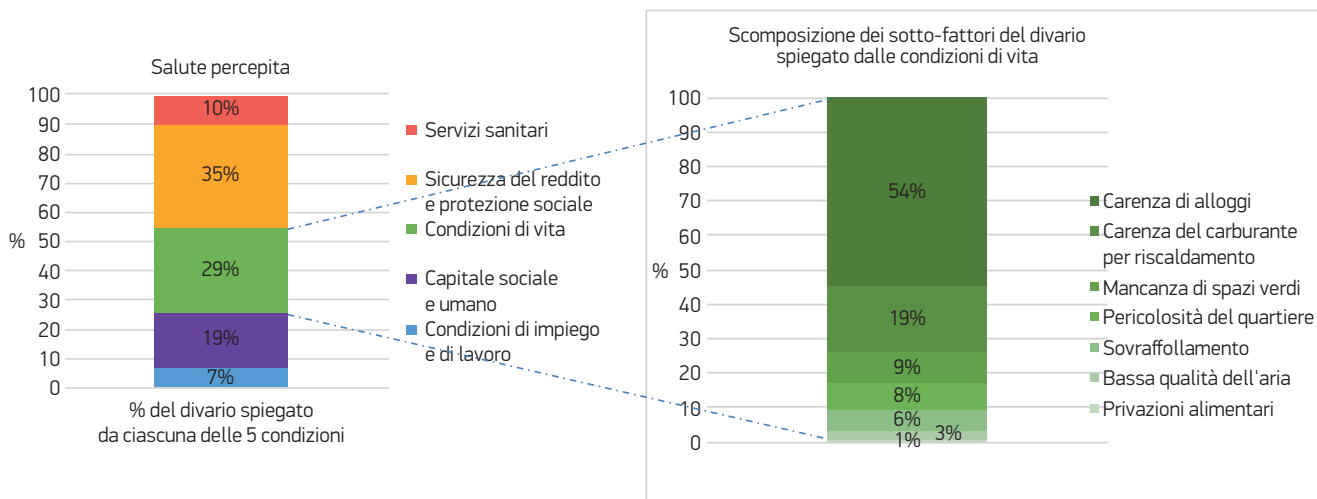
- In tutta la Regione, esiste una forte associazione tra Paesi con tassi più elevati di deficit abitativi e minore aspettativa di vita.
- Coloro che vivono in aree economicamente sottosviluppate all'interno dei Paesi hanno un'esposizione sproporzionatamente più elevata all'inquinamento atmosferico (interno ed esterno), inondazioni, inquinamento acustico e alta densità del traffico stradale.
- In alcuni Paesi della Regione persistono tra i quintili di reddito disuguaglianze nella sanità e carenza di acqua.
- Prendendo in considerazione 100 nuclei familiari, nella fascia di reddito che si attesta al 20% più basso si registrano 20 nuclei in più che sperimentano precarietà in ambito alimentare rispetto alla fascia di reddito che si attesta al 20% più alto. I membri di queste famiglie più povere non possono permettersi un pasto ad alto contenuto proteico nemmeno ogni due giorni.

## Soluzioni e progressi delle politiche

**L'alloggio è qualcosa di più del luogo dove si vive, poiché fornisce un senso di appartenenza e sentimenti di sicurezza, protezione e privacy**

- L'aumento della spesa pubblica per l'edilizia abitativa e i servizi per la comunità, come l'illuminazione stradale, gli spazi verdi e le strutture pubbliche, risultano in un'associazione statisticamente significativa con ridotte disuguaglianze nelle malattie disabilitanti tra gli adulti nei quintili con il più alto reddito lungo un periodo di 2-4 anni (Fig. 0.10).
- Gli alloggi possono essere insicuri per molte ragioni: costi, scarsa sicurezza del possesso, penuria in quanto a riscaldamento e sovraffollamento (4, 5).
- Aumentare la disponibilità di nuove case di buona qualità e a prezzi accessibili giova alla salute di tutti. Quando i responsabili politici investono nell'offerta di nuovi alloggi in aree con scarse risorse, coinvolgendo le persone e le comunità locali nel processo di edificazione, si producono effetti accelerati in termini di contributo alla riduzione delle disuguaglianze di salute per le persone vulnerabili.
- Stabilire degli standard, attraverso leggi e regolamenti insieme a incentivi – quali i sussidi ai proprietari di case e agli affittuari per migliorare la disponibilità, l'accessibilità economica, il possesso e la qualità delle abitazioni – sono soluzioni efficaci per ridurre le disuguaglianze di salute.

**Fig. O.12. Apporto delle condizioni di vita alle disuguaglianze nella salute percepita (Paesi della UE)**



Fonte: elaborazione degli autori basata su dati estratti per gli anni 2003-2016 dall'EQLS.

- Rispetto al quintile di reddito più elevato, le persone con il quintile di reddito più basso presentano: quasi otto volte più probabilità di soffrire di una grave deprivazione abitativa; più del doppio delle probabilità di vivere in una casa sovraffollata; più di cinque volte maggiori probabilità di esser penalizzata da condizioni di riscaldamento precarie.
- Le spese per alloggi e servizi comunitari nella Regione Europea dell'OMS (compresi illuminazione stradale, sicurezza, spazi verdi e strutture pubbliche) variavano da €39 a €543 pro capite nel 2017.
- Nella maggior parte dei Paesi, le spese per alloggi e servizi sociali sono rimaste invariate o diminuite tra il 2006 e il 2017 (Fig. O.13).

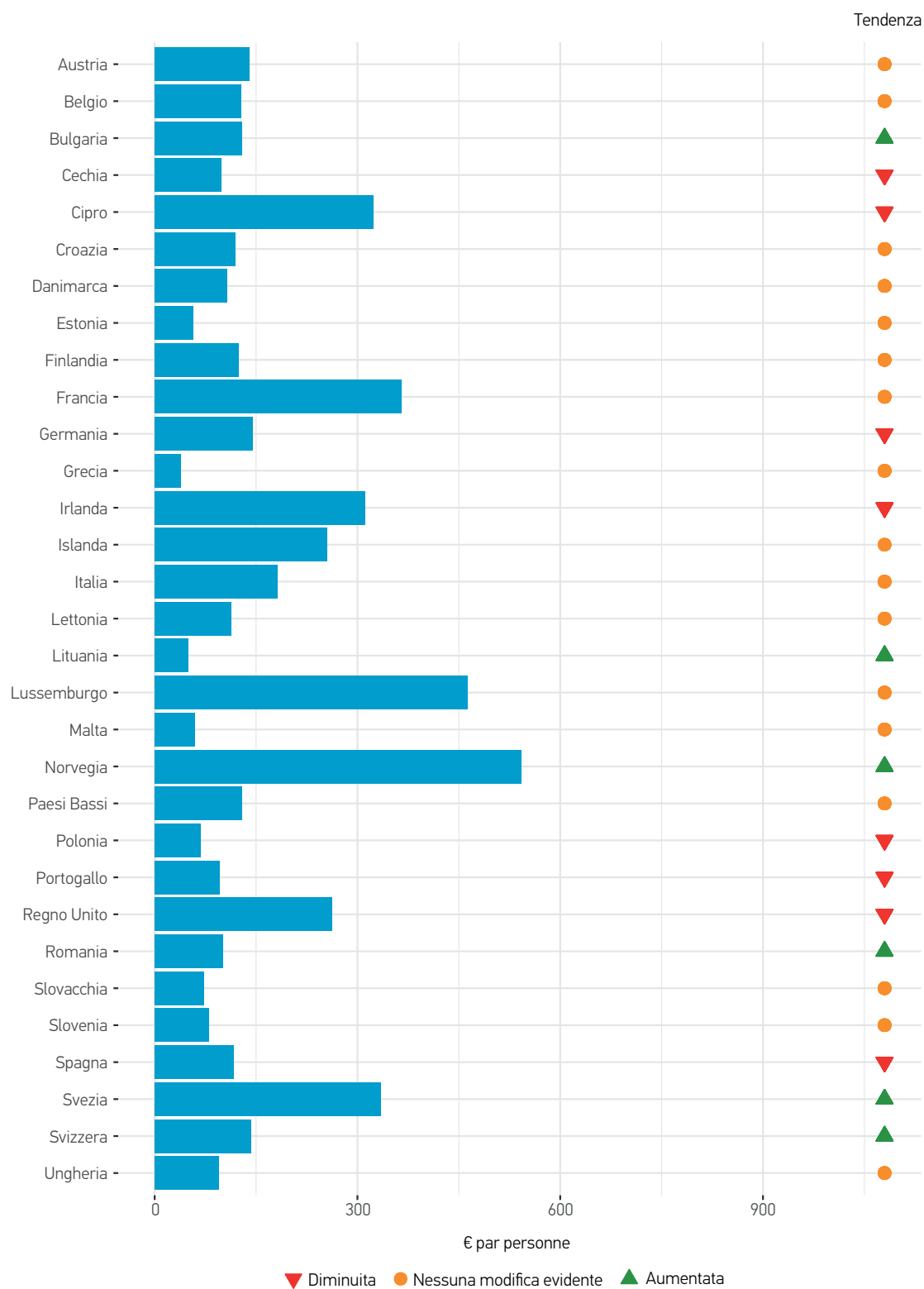
**Le politiche che mirano ad aumentare l'accessibilità economica delle abitazioni con sistemi di riscaldamento a basso consumo di carburante e servizi igienici interni sono fondamentali per ridurre le disuguaglianze in quanto a salute mentale, malattie respiratorie e infezioni trasmesse dall'acqua lungo il gradiente sociale**

- L'utilizzo di una formula equa per gestire la fornitura e la manutenzione di servizi pubblici essenziali per l'acqua pulita, il carburante e i servizi igienici può garantire che gli investimenti vadano a beneficio di coloro che sono più a rischio e contribuire ad accelerare i miglioramenti dell'equità in salute correlata alle condizioni di vita.

**La regolamentazione degli interessi commerciali è la chiave per ridurre le disuguaglianze legate all'insicurezza del carburante e ai servizi idrici e igienico-sanitari inadeguati**

- La fornitura e il prezzo di servizi essenziali come carburante, acqua e servizi igienico-sanitari possono attingere alle lezioni apprese dall'approccio utilizzato per stabilire il prezzo dei medicinali essenziali.
- In alcuni Paesi della Regione persistono disuguaglianze nei servizi di base per l'acqua potabile e i servizi igienico-sanitari. In 11 economie in transizione per le quali erano disponibili dati disaggregati sulla ricchezza, le persone nel quintile di ricchezza più bassa hanno la minor probabilità di aver accesso ai servizi di base per l'acqua potabile.
- In nove di queste 11 economie in transizione, le famiglie con il quintile di ricchezza più bassa hanno la minor probabilità di avere accesso ai servizi igienico-sanitari di base.

Fig. O.13. Spesa pubblica pro capite per alloggi e servizi sociali, 2017 (e tendenze dal 2006)



Fonte: elaborazione degli autori basata su dati Eurostat del 2017.

## La salute e il capitale sociale e umano

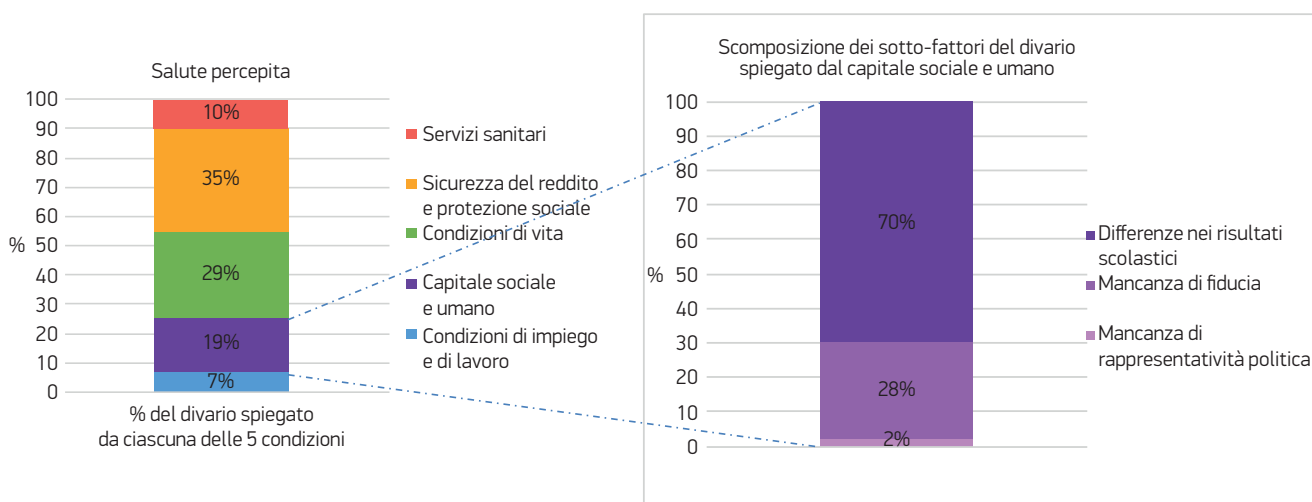


Salute e capitale sociale e umano

La mancanza di autodeterminazione e di fiducia negli altri e scarsi risultati scolastici, se combinati, sono statisticamente significativi nello spiegare il 19% del divario nelle cattive condizioni di salute tra il 20% degli adulti più ricco e meno abbiente nei Paesi europei (Fig. O.14)

- I risultati scolastici, il livello di fiducia negli altri e un senso di controllo sui fattori che influenzano le opportunità e le scelte di una persona nella vita sono essenziali per il benessere e la salute.
- L'esposizione ad ambienti contraddistinti da scarsa fiducia interpersonale - caratterizzati da un maggiore rischio di criminalità, dall'isolamento sociale, dalla mancanza di qualcuno a cui chiedere aiuto e l'assenza di rappresentatività - sono fortemente associati a condizioni di salute mentale negative e ad un maggior rischio di morbilità.

Fig. O.14. Contributo del capitale sociale e umano alle disuguaglianze nella salute percepita (Paesi della UE)



Fonte: elaborazione degli autori basata su dati estratti per gli anni 2003-2016 dall'EQLS.

## Soluzioni e progressi delle politiche

**Politiche efficaci nell'incrementare le opportunità educative e nel ridurre le lacune nei risultati scolastici dai primi anni di vita in avanti sono fondamentali per raggiungere una maggiore equità in salute.**

- Azioni politiche atte a spezzare la catena intergenerazionale del divario scolastico possono altresì contribuire a interrompere la conseguente trasmissione di disparità nel livello di benessere, come ad es. gli investimenti mirati all'educazione della prima infanzia e l'offerta di percorsi di apprendimento adeguati e accessibili per gli adulti che hanno avuto un'istruzione formale limitata nella prima parte della vita.
- Nella Regione europea dell'OMS, i figli dei genitori con il minor numero di anni di istruzione hanno molte meno probabilità di raggiungere livelli minimi di competenza in matematica e lettura all'età di 15 anni, rispetto ai figli dei genitori con il maggior numero di anni di istruzione.
- Il divario nei tassi di competenza nella regione varia dal 10,6% al 67,7% per le ragazze e dal 12,6% al 51,8% per i ragazzi.
- La spesa pubblica per l'istruzione prescolare è aumentata in due terzi dei Paesi (21/32), laddove erano disponibili i dati, tra il 2012 e il 2015 (v. sezione 2.5).
- Quando si aumentano i tassi di spesa, è importante capire se vi sono iniquità nell'allocatione degli investimenti, poiché le aree geografiche povere di risorse spesso ricevono meno investimenti di quelle abbienti.
- Gli adulti con più anni di istruzione formale hanno anche maggiori probabilità di partecipare a iniziative formative durante tutta la vita, quali la formazione professionale, l'apprendimento informale e l'educazione degli adulti. Ciò incide sull'alfabetizzazione sociale e della salute, sul senso

di controllo sul proprio destino e sulla capacità di far fronte agli imprevisti economici e sociali (come la perdita del posto di lavoro).

- In oltre due terzi dei Paesi con dati disponibili, il divario tra i gruppi socioeconomici nei tassi di partecipazione all'istruzione e alla formazione formale e informale è rimasto invariato o aumentato tra il 2005 e il 2017. Per le donne, questo divario è stato osservato in 23 su 31 Paesi e per gli uomini è evidente in 21 Paesi su 31.

**Le politiche che promuovono il capitale sociale contribuiscono a migliorare la salute e il benessere, rafforzare le comunità e ridurre la corruzione e l'isolamento sociale**

- La partecipazione significativa alla società, la fiducia negli altri e la capacità di influire sulle decisioni contribuiscono a una maggiore resilienza individuale e sociale, livelli più alti di benessere mentale e livelli più bassi di morbidità.

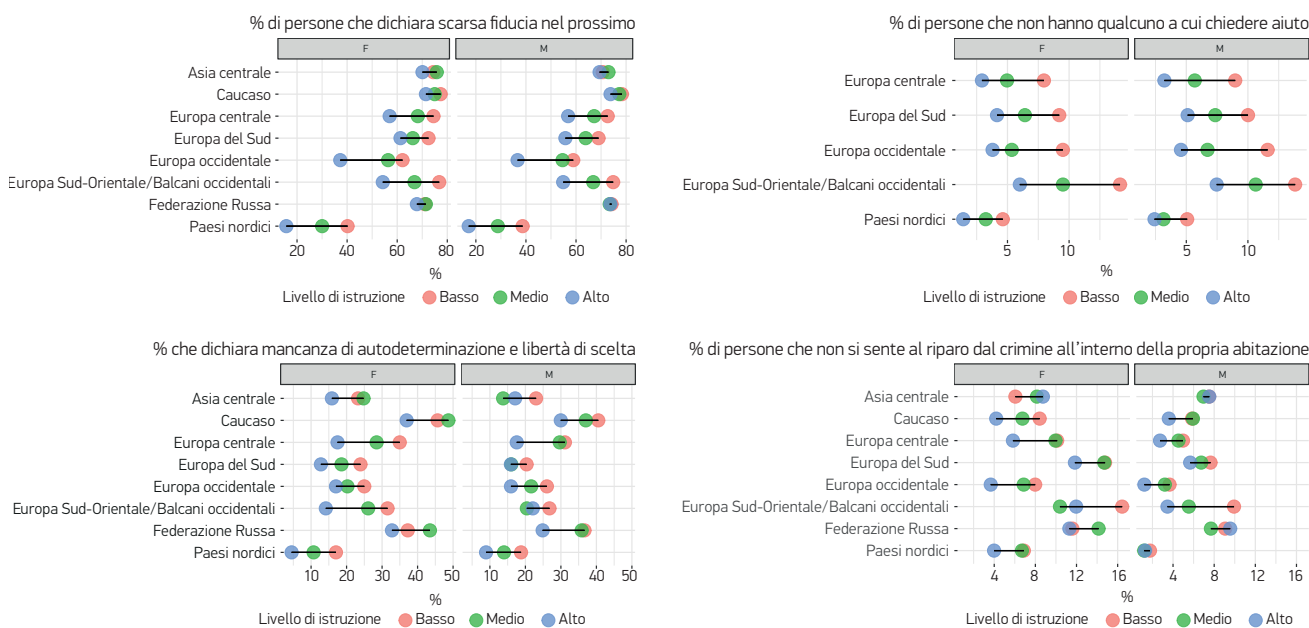
- La fiducia è una delle misure più ampiamente utilizzate del capitale sociale ed è un forte indicatore di benessere a livello sia individuale che sociale.

- Livelli più elevati di fiducia si registrano nelle società in cui la salute fisica e mentale sono migliori per tutti e in cui i redditi sono distribuiti in modo più equo.

- La mancanza di fiducia negli altri rappresenta il 28% delle disuguaglianze di salute spiegate dalla condizione essenziale del capitale sociale e umano.

- Nella maggior parte dei Paesi, raggruppati in gruppi di Paesi con politiche e scenari politici simili (allegato 3), è molto probabile che uomini e donne con il minor numero di anni di istruzione segnalino sentimenti di minor fiducia e sicurezza, mancanza di qualcuno a cui chiedere aiuto, e mancanza di scelta e controllo sulla propria vita (Fig. O.15).

**Fig. O.15. Percentuale di adulti che riferiscono esperienze di scarso capitale sociale, misurate in base alla mancanza di fiducia, di agentività, di sicurezza e al senso di isolamento, durante vari anni, per livello di istruzione e per raggruppamento di Paesi**



Note. F = femmine. M = maschi.

Fonti: elaborazione degli autori basata sui dati estratti per gli anni 2005-2016 dall'EQLS, dall'ESS, dall'indagine EU-SILC e dall'indagine World Values Survey (WVS).

## La salute e l'occupazione e le condizioni di lavoro



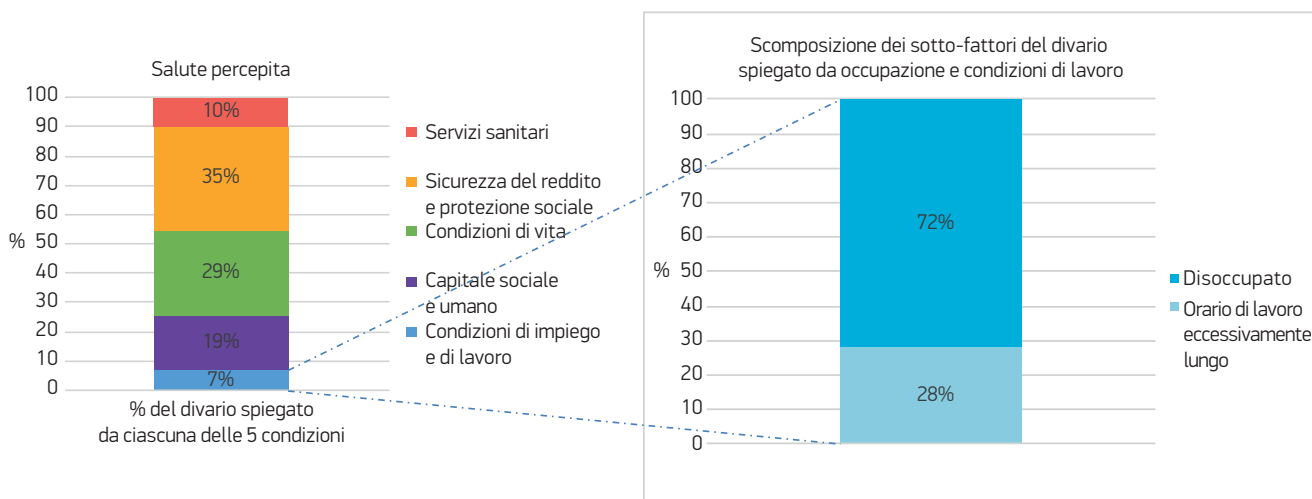
Salute e occupazione e condizioni di lavoro

In media, il 7% della disuguaglianza nella salute percepita tra il 20% degli adulti più ricco e il 20% meno abbiente nei Paesi europei è dovuto a differenze sistematiche nell'occupazione e nelle condizioni di lavoro (Fig. O.16)

- L'insicurezza lavorativa, l'occupazione temporanea e le cattive condizioni di lavoro sono associate ad un cattivo stato di salute mentale, precaria salute soggettiva e aumento del rischio di eventi cardiovascolari fatali e non fatali. Questi fattori di stress legati al lavoro seguono un gradiente sociale.

- L'esclusione dal lavoro di buona qualità può influire in modo significativo sulla salute e sul benessere. Il maggiore contributo al divario nello stato di salute percepita legato all'occupazione e alle condizioni di lavoro è spiegato dalle differenze nello stato di occupazione.
- Essere senza lavoro, formazione o istruzione tra i 18 e i 28 anni è un fattore di rischio di precarie condizioni di salute mentale e MCV ad esordio precoce nella vita futura.
- Disporre di un'occupazione non è però necessariamente sufficiente per ridurre i fattori nocivi per la salute. Un orario di lavoro eccessivamente lungo e la qualità del lavoro stesso influenzano in modo sostanziale anche le disparità di salute.

Fig. O.16. Contributo del lavoro e delle condizioni di lavoro alle disuguaglianze nella salute percepita (Paesi della UE)



Fonte: elaborazione degli autori basata su dati estratti per gli anni 2003-2016 dall'EQLS.

## Soluzioni e progressi delle politiche

La riduzione della disoccupazione, insieme all'aumento delle spese per le PML, hanno associazioni statisticamente significative con ridotte disuguaglianze nelle malattie disabilitanti tra i quintili di reddito più alti e più bassi all'interno dei paesi europei per un periodo di 2-4 anni

- Il miglioramento dei salari migliora la salute e riduce le disuguaglianze. Il sostegno al reddito e i meccanismi di protezione finanziaria come i trasferimenti sociali consentono ai percettori di salari bassi di ridurre il rischio di povertà ed esclusione sociale. Inoltre, salari minimi decenti garantiscono ai lavoratori un

livello base di risorse per soddisfare la salute e altre necessità di base, riducendo lo stress e migliorando il benessere e la salute mentale.

- PML attive di buona qualità e un'efficace formazione permanente e professionale, nonché un'equa legislazione sull'occupazione e adeguati sistemi di sicurezza sociale possono migliorare l'equità in salute, nonché aumentare l'occupazione e contribuire alla crescita economica.
- Le spese per gli PML nella Regione Europea dell'OMS vanno dallo 0,5% al 3,2% del PIL. In 19 dei 25 paesi



per i quali erano disponibili dati, le spese relative alle PML sono rimaste invariate o sono diminuite tra il 2005 e il 2016.

- Gli uomini tendono a beneficiare maggiormente delle PML rispetto alle donne nella Regione. In 28 Paesi per i quali erano disponibili dati disaggregati per genere, su 100 persone che desiderano lavorare, in media 35 sono i partecipanti al programma PML di sesso maschile, mentre solo 30 sono i partecipanti al programma PML di sesso femminile.

**I valori e l'impatto sociali devono essere sistematicamente affrontati nelle decisioni prese a livello nazionale e paneuropeo**

- Le decisioni prese a livello paneuropeo hanno un impatto significativo all'interno dei Paesi. Ad esempio, la deregolamentazione dei contratti di lavoro (intorno al 2008) è stata principalmente predisposta per stimolare la creazione di nuovi posti di lavoro, cosa che si è puntualmente verificata; tuttavia, oltre il 50% di tutti i nuovi posti di lavoro creati è classificato contrattualmente come temporaneo o insicuro e la maggior parte di queste posizioni di scarsa qualità, poco retribuite o insicure sono state occupate da persone che erano già svantaggiate, sia economicamente che in termini di salute.

## Riferimenti

---

1. Lundberg O, Dahl E, Fritzell J, Palme J, Sjöberg O. Social protection, income and health inequities. Final report of the Task group on GDP, taxes, income and welfare. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/302874/TG-GDP-taxes-incomewelfare-final-report.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/302874/TG-GDP-taxes-incomewelfare-final-report.pdf?ua=1), visitato il 1° aprile 2019).
2. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf), visitato il 1° aprile 2019).
3. Child poverty in Europe and central Asia region: definitions, measurement, trends and recommendations. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2017 (<https://www.unicef.org/eca/media/3396/file>, visitato il 1° aprile 2019).
4. Clair A, Reeves A, McKee M, Stukler D. Constructing a housing precariousness measure for Europe. *J Eur Soc Policy* 2018;29(1):13–28 (<https://doi.org/10.1177/0958928718768334>, visitato il 1° aprile 2019).
5. WHO housing and health guidelines. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276001/9789241550376-eng.pdf?ua=1>, visitato il 1° aprile 2019).



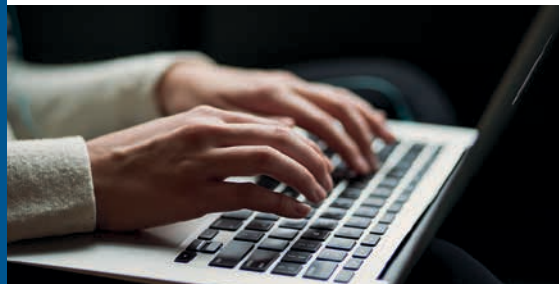
## L'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è un'agenzia specializzata delle Nazioni Unite creata nel 1948 con competenza primaria sulle questioni di salute internazionali e la salute pubblica. L'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa è uno dei sei uffici regionali presenti in tutto il mondo, ciascuno dotato di un proprio programma orientato alle specifiche condizioni di salute del Paesi che serve.

### Stati membri

Albania  
Andorra  
Armenia  
Austria  
Azerbaijan  
Bielorussia  
Belgio  
Bosnia Erzegovina  
Bulgaria  
Croazia  
Cipro  
Cechia  
Danimarca  
Estonia  
Federazione Russa  
Finlandia  
Francia  
Georgia  
Germania  
Grecia  
Islanda  
Irlanda  
Israele  
Italia  
Kazakistan  
Kirghizistan  
Lettonia  
Lituania  
Lussemburgo  
Macedonia del Nord  
Malta  
Monaco  
Montenegro  
Norvegia  
Paesi Bassi  
Polonia  
Portogallo  
Regno Unito  
Repubblica di Moldova  
Romania  
San Marino  
Serbia  
Slovacchia  
Slovenia  
Spagna  
Svezia  
Svizzera  
Tagikistan  
Turchia  
Turkmenistan  
Ucraina  
Ungheria  
Uzbekistan

Originale: inglese



**Organizzazione Mondiale della Sanità**  
**Ufficio Europeo per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo**  
C/O Ospedale S. Giovanni e Paolo - Corridoio San Domenico  
6777 Castello, I-30122 Venice, Italy  
Tel.: +39 041 279 3865  
Email: [whovenice@who.int](mailto:whovenice@who.int)