

Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione europea

L'Europa sociale



Commissione europea



Questa pubblicazione è sostenuta nell'ambito del programma comunitario per l'occupazione e la solidarietà sociale (2007-2013). Si tratta di un programma gestito dalla direzione generale per l'Occupazione, gli affari sociali e l'inclusione della Commissione europea. È stato istituito per sostenere finanziariamente la realizzazione degli obiettivi dell'Unione europea (UE) nel settore dell'occupazione e degli affari sociali, come prevede l'Agenda sociale, e per contribuire quindi alla realizzazione dell'Europa 2020 in questi settori.

Il programma settennale si concentra su tutte le parti interessate che possono contribuire a plasmare lo sviluppo di un'occupazione adeguata ed efficace nonché di politiche e legislazione sociale, attraverso l'UE-27, i paesi dell'EFTA-SEE nonché i paesi candidati e precandidati all'UE.

La missione Progress consiste nel rafforzare il contributo UE per sostenere gli impegni e gli sforzi degli Stati membri destinati a creare più lavori e di qualità migliore e a costruire una società più coesa. A tal fine Progress sarà utile nel:

- prevedere analisi e consulenza politica nei settori di politica Progress;
- monitorare e fornire relazioni sull'applicazione della legislazione e delle politiche UE nei settori politici Progress;
- promuovere il trasferimento, l'apprendimento e il supporto di politiche fra gli Stati membri su obiettivi e priorità UE;
- divulgare i punti di vista delle parti interessate e della società in generale.

Per ulteriori informazioni consultare il sito

<http://ec.europa.eu/progress>

Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione europea

Commissione europea

Direzione generale per l'Occupazione, gli affari sociali e l'inclusione

Unità E4

Direzione generale per la Salute e i consumatori

Unità C4

Manoscritto terminato nel giugno 2010

Né la Commissione europea né alcuna persona che agisca a nome della Commissione europea è responsabile dell'uso che dovesse essere fatto delle informazioni contenute nella presente pubblicazione.

© Foto copertina: Unione europea — Michel Loriaux

Per utilizzare o riprodurre foto prive di copyright dell'Unione europea, l'autorizzazione deve essere richiesta direttamente al detentore del copyright.

Europe Direct è un servizio a vostra disposizione per aiutarvi a trovare le risposte ai vostri interrogativi sull'Unione europea

Numero verde unico (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(*). Alcuni gestori di telefonia mobile non consentono l'accesso ai numeri 00 800 o non ne accettano la gratuità.

Numerose altre informazioni sull'Unione europea sono disponibili su Internet consultando il portale Europa (<http://europa.eu>).

Una scheda catalografica, con un sommario, figura alla fine del volume.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, 2011

ISBN 978-92-79-15039-5

doi:10.2767/96354

© Unione europea, 2011

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

Printed in Germany

STAMPATO SU CARTA SBIANCATA SENZA CLORO ELEMENTARE (ECF)

Dichiarazioni

John Dalli, commissario europeo per la Salute e la politica dei consumatori

Credo in un'Europa nella quale tutti i cittadini vivano in buona salute e abbiano accesso a servizi sanitari di buona qualità, indipendentemente dalle loro caratteristiche, dal luogo in cui risiedono e dal loro reddito. È questa l'Europa che dobbiamo cercare di realizzare. Ridurre le disuguaglianze sanitarie è uno degli obiettivi prioritari.

Per ridurre le disuguaglianze sanitarie è necessaria un'azione concertata tra la politica della sanità pubblica e le varie altre politiche che hanno un'incidenza sulla salute, come la protezione sociale, l'istruzione e l'ambiente. La sfida consiste nel saper utilizzare differenti strumenti di azione per formare coalizioni efficaci tra le amministrazioni pubbliche e in tutta la società.

Mi impegno a garantire che la nostra comunicazione sulle disuguaglianze sanitarie «Solidarietà in materia di salute» porti a risultati concreti, nonché a sostenere in tutti i modi possibili le iniziative degli Stati membri tese a colmare le lacune in materia di salute.

A tal fine, metteremo in atto azioni di condivisione delle migliori pratiche e degli insegnamenti appresi e contribuiremo a incanalare le opportunità di finanziamento UE in modo che sia le regioni sia le persone più svantaggiate possano usufruirne. La Commissione migliorerà altresì il monitoraggio delle disuguaglianze e delle tendenze in materia di salute in tutta Europa, e amplierà le opportunità di ricerca in questo settore. Da ultimo, avvieremo una collaborazione per fare in modo che, laddove possibile, le politiche dell'UE contribuiscano ad affrontare il problema. Lo sviluppo di settori quali i servizi digitali (e-health) e la valutazione della tecnologia in materia di salute sono determinanti per la sostenibilità dei sistemi sanitari e ciò può essere fondamentale per contrastare le disuguaglianze.



Con la crisi economica in corso e le attuali pressioni sul bilancio, ritengo necessario unire le forze per non aggravare ulteriormente le disparità sul piano sanitario nella nostra società. Sono certo che nei prossimi anni potremo essere orgogliosi dei nostri sforzi, sapendo che sono stati determinanti nel ridurre le disuguaglianze sanitarie in Europa.

László Andor, commissario europeo per l'Occupazione, gli affari sociali e l'integrazione

Nel settore della sanità sono stati compiuti notevoli progressi, eppure continua a esserci un livello inaccettabile di disuguaglianza tra differenti gruppi sociali e tra persone che vivono in regioni diverse dell'Unione europea. Oltre a essere ingiuste, le disuguaglianze sanitarie generano un enorme costo economico e sociale.

Una maggiore e più regolare attenzione accordata ai determinanti sociali della salute, nonché alle condizioni di vita e di lavoro, può aiutarci a ridurre i fattori che portano a un'inferiore speranza di vita e che incidono negativamente sulla vita delle persone, sui livelli di produttività e sulla spesa per l'assistenza sanitaria.

Per migliorare i risultati conseguiti sul fronte della salute è essenziale dare impulso all'occupazione, migliorare la qualità del lavoro e garantire a tutti un ambiente di lavoro sano e sicuro. Dobbiamo altresì occuparci della povertà e della disoccupazione di lunga durata, per ridurre al minimo il loro impatto negativo sulla salute. Inoltre, è necessaria una maggiore, più accessibile e più adeguata protezione sociale, con efficaci ammortizzatori sociali volti ad attenuare l'impatto di circostanze economico-sociali sfavorevoli per la salute.

Da ultimo, estremamente importante è rilevare che un migliore accesso a servizi sanitari di qualità può contribuire notevolmente a migliorare la salute e la speranza di vita in molte regioni dell'Unione europea, favorendo pertanto la coesione economica, sociale e territoriale.



Sommario

1. Le disuguaglianze sanitarie nell'UE	7
1.1. Disuguaglianze sanitarie tra Stati membri e al loro interno	7
1.2. Disuguaglianze tra gruppi sociali	8
1.3. Condizioni sanitarie particolarmente precarie presso i gruppi vulnerabili	8
2. Le cause delle disuguaglianze sanitarie	9
2.1. Determinanti generali della salute	9
2.2. Temi occupazionali	11
2.3. Benessere e salute: una relazione complessa	11
2.4. Trasferimenti e protezione sociale: un contributo alla salute?	11
2.5. Focus: bilanci e spesa per l'assistenza sanitaria	12
2.6. Quali sono le conseguenze dell'attuale crisi economica e finanziaria?	13
3. Interventi relativi alle disuguaglianze sanitarie negli Stati membri dell'UE	13
Caso di studio 1: Regno Unito — Programmi locali Sure Start: realizzazione dell'«universalità proporzionata»	14
Caso di studio 2: Ungheria — Opre Roma: aumentare la sensibilizzazione per pianificare alloggi salubri e sostenibili presso una collettività Rom a Debrecen	15
Caso di studio 3: Germania «Job-fit regionale»: connessione tra salute e promozione dell'impiego	16
4. Azioni a livello dell'UE	17
4.1. Comunicazione della Commissione sulle disuguaglianze sanitarie	17
4.2. Strategia europea per l'occupazione	18
4.3. Cooperazione con gli Stati membri	19
4.4. Strategia UE per la salute	19
4.5. Fondi UE	19
4.6. Legislazione	20
4.7. Mercato interno	21
4.8. Istruzione e gioventù	21
Allegati	
Riferimenti e collegamenti utili	22
Breve bibliografia	22



© Unione europea

1. Le disuguaglianze sanitarie nell'UE

I cittadini dell'Unione europea (UE) vivono mediamente più a lungo e in condizioni di salute migliori rispetto alle precedenti generazioni; negli ultimi decenni, i livelli sanitari nell'UE sono migliorati costantemente. Tuttavia, sussistono al contempo forti disuguaglianze sanitarie, sia tra gli Stati membri sia all'interno degli stessi Stati, e tali disuguaglianze sono forse addirittura in aumento.

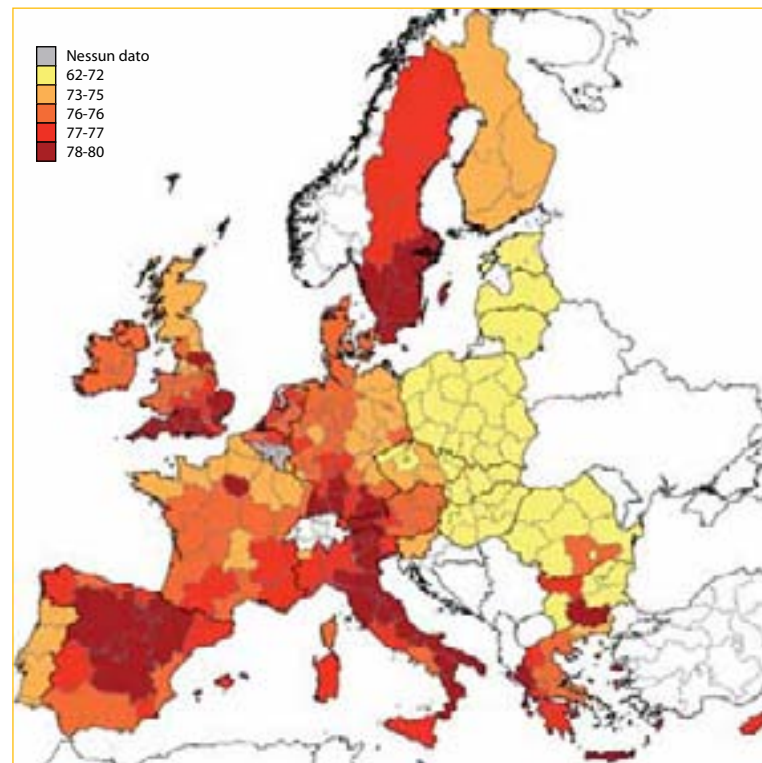
Per la Commissione europea, queste disuguaglianze rappresentano una sfida all'impegno dell'UE a favore della solidarietà, la coesione economica e sociale, i diritti umani e le pari opportunità. Pertanto, la Commissione intende sostenere le iniziative che gli Stati membri e i vari soggetti interessati intraprendono per contrastare le disuguaglianze.

1.1. Disuguaglianze sanitarie tra Stati membri e al loro interno

I dati sulla speranza di vita alla nascita possono dare un'idea dei livelli sanitari tra la popolazione e mostrare le notevoli differenze tra le regioni dell'UE. Nel 2006 la differenza tra gli Stati membri con il livello di speranza di vita più alto e più basso era di 8 anni per le donne e di 14 anni per gli uomini. Negli ultimi due decenni, in molti paesi è aumentato il divario tra i dati nazionali relativi alla speranza di vita e la media UE.

Vi sono differenze fino a 20 anni per quanto riguarda il periodo vissuto in buone condizioni di salute (speranza di vita in buona salute) e i cittadini dei paesi UE dell'Europa centrale e orientale, in particolare gli uomini, vivono mediamente un numero inferiore di anni in buona salute.

Speranza di vita alla nascita, uomini, 2002-2004, NUTS 2



Fonte: Eurostat.



Si riscontrano differenze notevoli tra gli Stati membri anche in merito a mortalità infantile, mortalità precoce, mortalità evitabile e a misure sanitarie di tipo più soggettivo, quali le malattie di lunga durata e lo stato di salute generale autopercepiti, oppure le restrizioni dell'attività provate negli ultimi 6 mesi.

Elevati livelli di mortalità e di morbilità, dovuti a malattie cardiovascolari, traumi e violenze, cancro e patologie derivanti dal consumo di alcol, contribuiscono a differenziare la speranza di vita. I fattori di rischio alla base di queste condizioni, quali consumo di alcol, fumo, alimentazione e condizioni di vita e di lavoro più precarie, hanno un rilievo maggiore nei paesi dove la speranza di vita è inferiore.

1.2. Disuguaglianze tra gruppi sociali

Oltre alle differenze tra Stati membri è stato individuato un gradiente sociale in campo sanitario. In molti Stati membri, le persone con un livello di istruzione più basso, un profilo professionale più basso o un livello di reddito minore, così come quelle appartenenti ad alcune minoranze etniche, hanno la tendenza a morire in età più giovane e a registrare un maggior numero di problemi sanitari.

L'impatto di queste variabili sulla salute inizia in giovane età e continua per tutta la vita. Le differenze nella speranza di vita alla nascita tra i gruppi socioeconomici più bassi e più elevati (per esempio tra impieghi manuali e libere professioni, persone con istruzione primaria e post-secondaria e con le fasce di reddito più basse e più alte) si attestano tra 4-10 anni per gli uomini e 2-7 anni per le donne. In alcuni Stati membri, negli ultimi decenni il divario è addirittura aumentato. Inoltre, nei gruppi socioeconomici più bassi, la mortalità infantile è maggiore e in molti paesi sono aumentate le disuguaglianze connesse a questo fattore.

1.3. Condizioni sanitarie particolarmente precarie presso i gruppi vulnerabili

I gruppi vulnerabili, come le persone che vivono in zone degradate o in ristrettezze economiche, i disoccupati o le persone in situazioni di lavoro nero, le persone senza fissa dimora, i disabili, le persone con malattie croniche o mentali, gli anziani con pensioni basse e le famiglie monoparentali, hanno la tendenza a registrare livelli maggiori di malattie e di decesso prematuro.

Sussistono disuguaglianze tra i cittadini nazionali e alcuni gruppi di migranti, in termini sia di condizioni di salute sia di accesso ai servizi sanitari. I migranti possono avere una maggiore vulnerabilità alle malattie trasmissibili, come tubercolosi, HIV/AIDS ed epatite, con conseguente impatto sui livelli generali di salute. Essi potrebbero altresì far fronte a rischi più alti di malattie non trasmissibili (per esempio le patologie cardiovascolari) e di problemi di salute mentale. Tali rischi possono derivare da una combinazione di condizioni socioeconomiche e ambientali nei rispettivi paesi di origine, così come dal trasferimento in un altro paese e dal susseguente adattamento al nuovo ambiente del paese ospitante (1).

Sembra inoltre che vi sia un nesso tra le ineguaglianze in campo sanitario all'interno di un paese e la salute generale della popolazione, in quanto ad un maggiore livello di ineguaglianza corrispondono condizioni di salute più precarie dell'insieme della popolazione. Ridurre le disuguaglianze all'interno degli Stati membri può pertanto contribuire a ridurre quelle tra i vari Stati membri.

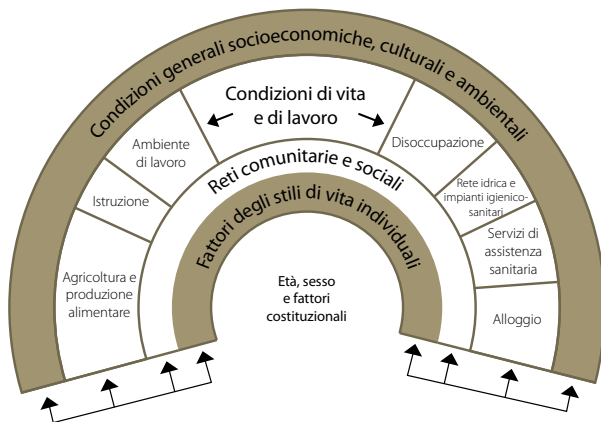
(1) Conclusioni del Consiglio 2007 su «Salute e migrazione nell'UE».

2. Le cause delle disuguaglianze sanitarie

2.1. Determinanti generali della salute

Diversi modelli cercano di dimostrare la relazione tra la salute e i diversi determinanti. Il modello Dahlgren-Whitehead, utilizzato dall'Organizzazione mondiale della sanità (WHO-OMS), illustra la struttura ad arcobaleno delle cause di disuguaglianza. I livelli di salute non variano casualmente; sono invece il risultato di sistematiche differenze nella distribuzione dei fattori che incidono sugli stessi.

Modello di Dahlgren-Whitehead dei determinanti della salute



Fonte: Dahlgren/Whitehead: WHO Europe 2007, «European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2». Riferimento a D&G, precedente fonte 1993.

Le condizioni di vita e di lavoro influiscono sulla salute mediante meccanismi fisici e psicologici diretti e indiretti. L'impatto di alcuni fattori si fa sentire anche per lunghi periodi. Per esempio, le condizioni di indigenza durante l'infanzia possono pregiudici-





care la salute in età successive. L'esposizione ai fattori che incidono sulla salute varia a seconda del luogo e della situazione lavorativa in cui vivono le persone. Per quanto riguarda l'alloggio, interi gruppi di abitanti dell'UE sono privi di acqua corrente, di servizi igienici adeguati, di energia a buon mercato, di riscaldamento centrale e di protezioni isolanti, e vivono in condizioni di umidità e sovraffollamento. Un lavoro fisicamente impegnativo può ripercuotersi negativamente sulla salute, e lo stesso può avvenire mantenendo bassi livelli di controllo delle condizioni di lavoro, uno squilibrio sforzo-ricompensa e l'esposizione a rischi fisici e mentali nel luogo di lavoro. D'altro canto, una gestione accurata, buone condizioni di lavoro e la presenza di forti reti sociali sul luogo di lavoro possono incidere favorevolmente sulla salute.

I comportamenti correlati alla salute, quali l'alimentazione, l'attività fisica, il consumo di alcol e tabacco e il comportamento sessuale, sono influenzati da fattori socioeconomici e culturali. Ciò può spiegare in parte le differenze in campo sanitario tra gruppi sociali, e tra paesi e regioni. Quasi tutti gli studi ritengono che il comportamento individuale possa determinare fino al 25-35 % di differenza nella salute delle persone. Esistono profonde differenze tra paesi europei e gruppi socioeconomici in termini di alimentazione sana, prevalenza del tabagismo, consumo di alcol e attività, così come di risultati di questi fattori, come l'obesità e la salute precaria.

I fattori psico-sociali, come gli eventi negativi della vita, la sensazione di esclusione ed emarginazione, la mancanza di controllo sugli eventi ed al tempo stesso svolgere un lavoro impegnativo ma mal pagato, possono far peggiorare la salute.

Anche la posizione sociale del passato può influire sulla salute dei singoli. Per esempio, la situazione socioeconomica della famiglia (compresi il reddito e l'interesse all'istruzione) può avere una funzione importante nel determinare il livello di istruzione dei figli, le prospettive occupazionali, il reddito e la salute. Alcuni studi mostrano che un'elevata posizione socioeconomica dei genitori riduce il rischio d'infarto e di tumore allo stomaco nell'età adulta. Le privazioni socioeconomiche della madre tendono a determinare uno scarso peso alla nascita, e ciò incide per tutta la vita sulla salute di una persona. Inoltre, come osservato in precedenza, le condizioni di vita precarie vissute durante l'infanzia, possono avere ripercussioni nelle età successive.

Differenze negli stili di vita e nelle condizioni di vita e di lavoro per età, genere e posizione socioeconomica
 DA24 – Può cortesemente dirmi se una o più delle seguenti dichiarazioni rispondono alla sua situazione? (sono possibili più risposte)

		Fuma	È sovrappeso	Non fa mai attività fisica, o la fa molto raramente	Non consuma alimenti molto sani	È incline a bere un po' troppo alcol	Vive in un ambiente rumoroso	Vive o lavora in un ambiente particolarmente inquinato	Lavora sotto stress	È sotto stress nelle relazioni personali	Niente di tutto ciò (spont.)	Non so
	UE-27	30%	20%	24%	14%	7%	8%	6%	17%	10%	32%	1%
	Sesso											
	Uomo	35%	19%	22%	16%	12%	8%	7%	19%	7%	29%	1%
	Donna	24%	22%	25%	12%	3%	7%	5%	15%	13%	34%	1%
	Età											
	15-24	34%	9%	17%	22%	10%	10%	6%	11%	11%	37%	1%
	25-39	39%	15%	23%	16%	8%	9%	7%	25%	11%	26%	1%
	40-54	34%	25%	26%	14%	9%	8%	8%	26%	12%	25%	1%
	55+	17%	26%	26%	8%	4%	6%	3%	5%	7%	39%	1%
	Istruzione (termine studi)											
	15	25%	23%	27%	10%	6%	6%	4%	8%	9%	36%	1%
	16-19	36%	22%	25%	16%	8%	8%	7%	18%	10%	28%	1%
	20+	28%	20%	23%	12%	8%	8%	6%	28%	10%	29%	1%
	Studi ancora in corso	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%
	Occupazione degli intervistati											
	Lavoratori autonomi	37%	18%	22%	13%	10%	8%	8%	28%	10%	27%	1%
	Manager	21%	19%	20%	12%	10%	6%	5%	39%	8%	30%	1%
	Altro, nel settore impiegatizio	33%	21%	27%	17%	8%	7%	7%	29%	9%	26%	1%
	Lavoratori manuali	42%	19%	23%	17%	9%	9%	10%	27%	9%	24%	1%
	Casalinghe	23%	20%	28%	9%	2%	7%	3%	2%	14%	36%	2%
	Disoccupati	53%	24%	26%	19%	12%	12%	6%	5%	19%	22%	1%
	Pensionati	18%	27%	26%	8%	5%	5%	3%	1%	8%	41%	1%
	Studenti	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%

Fonte: Eurobarometro 283.



2.2. Temi occupazionali

Le questioni occupazionali contribuiscono a determinare lo stato della salute delle persone; la disoccupazione è connessa ad un maggior rischio di cattiva salute mentale, di esclusione sociale e di suicidio. Come già fatto notare, anche la qualità e le condizioni del posto di lavoro incidono sensibilmente sulla salute.

La salute trae beneficio da un buon ambiente di lavoro nel quale sia limitata l'esposizione a *rischi fisici o ad agenti chimici e biologici*. Numerosi studi indicano come la qualità e le condizioni del posto di lavoro abbiano un notevole effetto sulla salute. Contribuiscono per esempio ad una buona salute situazioni di *scarso stress e tensione fisica, un elevato controllo della propria vita professionale, le opportunità di sviluppare nuove competenze, una retribuzione elevata e prospettive di avanzamento*. Per contro, la mancanza di sostegno sul luogo di lavoro e una sensazione di precarietà dell'impiego aumentano il rischio di malattie, fra cui la depressione.

I rischi di salute professionali variano significativamente da settore a settore. I lavoratori giovani sono in genere meno informati e, di conseguenza, più esposti ai rischi professionali. I lavoratori con rapporto di impiego temporaneo o di durata determinata corrono rischi maggiori, sia in termini di infortuni sul lavoro che di malattie.

2.3. Benessere e salute: una relazione complessa

Le prestazioni economiche misurate in termini di prodotto interno lordo (PIL) pro capite e i tassi di povertà variano, all'interno dell'UE, e sussistono notevoli sperequazioni del reddito. Nel 2006, il reddito complessivo della fascia più ricca

(20 % della popolazione) era 4,8 volte più alto di quello della fascia inferiore (20 % più povero della popolazione). Diversi studi indicano che la sperequazione del reddito è uno dei vari fattori che determinano differenze in campo sanitario tra paesi e singoli cittadini. Questa disuguaglianza dipende in gran parte dal grado di stratificazione sociale prodotto da fattori strutturali quali il contesto politico, le norme e i valori sociali, le politiche concernenti economia, gli affari sociali, l'istruzione, l'ambiente e la salute.

Il rapporto generale tra crescita economica e salute è tuttavia piuttosto complesso. I dati indicano che, di per sé, la crescita economica non riesce a ridurre le disuguaglianze sanitarie. Per conseguire tale scopo, la crescita economica deve essere affiancata da altre azioni complementari e da una maggiore attenzione alla distribuzione dei benefici. In più, per fare in modo che il PIL pro capite porti all'equità sanitaria e a cittadini in buona salute, occorre un dosaggio appropriato di politiche che riducano le ineguaglianze e che siano finalizzate al miglioramento della salute generale, mediante una relazione ottimale tra risorse disponibili e benefici per la salute. Va altresì notato che in determinati Stati membri e regioni dell'UE, a causa di fattori come l'alimentazione, vi è la tendenza ad avere indicatori sanitari più favorevoli rispetto a quelli di altri paesi o regioni con una migliore situazione economica.

2.4. Trasferimenti e protezione sociale: un contributo alla salute?

Nell'UE possiamo osservare differenze nei sistemi di sicurezza sociale, in termini quantitativi e di ambito, anche in relazione ai bilanci per l'assistenza sanitaria e alla protezione delle persone al di fuori del mercato del lavoro. La povertà è considerata un importante determinante per la salute; di conseguenza, è possibile collegare la portata della redistribuzione e la protezione sociale all'ineguaglianza in campo sanitario, poiché è stato stimato che le politiche di redistribuzione del reddito riducono del 38 % il rischio di povertà.

2.5. Focus: bilanci e spesa per l'assistenza sanitaria

L'entità del bilancio per la spesa sanitaria può determinare la capacità dei sistemi sanitari di rispondere alle esigenze della popolazione. Gli Stati membri che segnalano una speranza di vita inferiore e un alto livello di bisogni insoddisfatti in merito all'assistenza medica tendono a riferire altresì di un basso livello di spesa per la sanità, sia pro capite che in rapporto al PIL.

Disponibilità (anche di infrastrutture, attrezzature e quantità del personale sanitario), accesso e qualità dell'assistenza sanitaria sono fattori fondamentali che, essendo in grado di influire sulla probabilità di combattere la morbilità e di evitare decessi prematuri, possono determinare le disuguaglianze. I sistemi sanitari mancano di risorse (umane e finanziarie) e di equilibrio nella loro distribuzione geografica e sociale. Queste problematiche intervengono con le modalità e la rapidità con cui le malattie sono diagnosticate e curate, e quindi incidono sulla salute della popolazione in generale.

La qualità dell'assistenza sanitaria è essenziale per garantire elevati livelli di sanità pubblica. Per esempio, ogni anno nell'UE 3 milioni di pazienti sono soggetti a infezioni associate all'assistenza sanitaria, che causano 50 000 decessi. Le differenze nell'accesso ad un'assistenza di qualità determinano enormi differenze nel numero di casi di mortalità evitabili in quanto curabili.

Si riscontrano anche differenze socioeconomiche nell'accesso all'assistenza. Vi è un evidente divario reddituale in termini di bisogni insoddisfatti per l'assistenza sanitaria. Le fasce di popolazione con il reddito inferiore segnalano con maggiore frequenza tali bisogni insoddisfatti, a causa dell'attesa, dei costi finanziari diretti o della distanza dalle strutture di assistenza. I dati indicano che, mediamente, le famiglie con un reddito basso si trovano più distanti da un ospedale o dal medico di base. Inoltre, le persone che percepiscono bassi redditi hanno minori probabilità di essere ricoverate in ospedale o visitate da uno specialista. In diverse relazioni comuni relative a protezione e inclusione sociale sono in-



dicati ostacoli all'accesso, tra cui la mancanza di assicurazione sanitaria, i costi finanziari diretti dell'assistenza, le disparità geografiche nella disponibilità dei servizi, i tempi di attesa e le barriere culturali.

Al contempo, gli alti livelli di spesa per l'assistenza sanitaria privata, in proporzione al reddito del nucleo familiare possono dissuadere i gruppi socioeconomici più bassi dall'accedere all'assistenza sanitaria quando ne hanno bisogno, contribuendo in tal modo ad aumentare le disuguaglianze sanitarie in alcuni paesi.

2.6. Quali sono le conseguenze dell'attuale crisi economica e finanziaria?

Condizioni macroeconomiche difficili possono avere un impatto fortemente negativo sulla salute. Spesso determinano un aumento dei livelli di stress e dei comportamenti a rischio, come bere e fumare, e questo può ripercuotersi negativamente sulla salute e anche sfociare in depressione, disturbi del sistema immunitario e infortuni. Tutto ciò può ulteriormente aggravare le conseguenze sull'istruzione e la salute nelle famiglie, in particolare nei bambini. Una crisi economica prolungata può dare origine a ripercussioni negative di lunga durata sulla salute. I sintomi dell'esaurimento possono presentarsi non soltanto dopo poche settimane o mesi, ma che anche anni dopo la perdita del posto di lavoro.

Un altro effetto della recessione economica è l'aumento delle restrizioni all'accesso a servizi di assistenza sanitaria e sociale di qualità, soprattutto per gli appartenenti ai gruppi socioeconomici più bassi. Se l'accesso all'assistenza inizia a dipendere dal fatto di possedere mezzi finanziari, o se come reazione alla crisi gli Stati membri tagliano le risorse assegnate ai servizi di assistenza sanitaria e sociale, il risultato sarà un livello inferiore di copertura o di qualità dell'assistenza.

La pressione finanziaria sui sistemi sanitari può spingere i paesi a rivedere le politiche sui determinanti della salute, alla ricerca di efficacia ed efficienza. Anche questo sviluppo può far aumentare le ineguaglianze nell'accesso all'assistenza.

3. Interventi relativi alle disuguaglianze sanitarie negli Stati membri dell'UE

Tutti gli Stati membri dell'UE, mediante uno degli obiettivi del metodo aperto di coordinamento, si sono impegnati a ridurre le disuguaglianze in materia di accesso all'assistenza sanitaria e di condizioni sanitarie. Le relazioni degli Stati membri analizzate nel quadro delle relazioni comuni sulla protezione sociale e sull'inclusione sociale documentano gli interventi di livello nazionale. Inoltre, vi sono numerose fonti di informazione sulle iniziative strategiche degli Stati membri che si sono dimostrate efficaci nella lotta contro le disuguaglianze sanitarie. Tra queste, citiamo una relazione elaborata per conto della presidenza britannica del 2005, «Health Inequalities: a Challenge for Europe», il progetto coordinato da EuroHealthNet «Closing the Gap: Strategies for Action to tackle Health Inequalities» e il progetto «Determine», in corso e anch'esso coordinato da EuroHealthNet, con il relativo sito web (www.health-inequalities.eu).

Queste fonti raccolgono informazioni sulle strategie degli Stati membri per contrastare le ineguaglianze in campo sanitario. Buona parte dei dati proviene dal Regno Unito, dove da oltre un decennio sono state sviluppate strategie complete per la lotta alle disuguaglianze sanitarie e sono state effettuate innumerevoli valutazioni.

Dai dati a disposizione emerge che molti Stati membri condividono le conclusioni citate di seguito. A scopo illustrativo, per alcuni paesi è stato selezionato un caso di studio.

1. Universalità proporzionata: «Per ridurre la ripidezza del gradiente sociale in materia di salute, gli interventi devono essere universali, ma dotati di una scala e un'intensità proporzionate al livello di svantaggio» («Fair Society, Healthy Lives — Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010» pubblicato da The Marmot Review, febbraio 2010) ^(?). Ciò vale in particolare per i programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie destinati a zone svantaggiate, famiglie vulnerabili e gruppi socioeconomici di livello più basso (per esempio, madri, figli, genitori giovani o di età superiore a 50 anni).

Caso di studio 1: Regno Unito — Programmi locali Sure Start (*) : Realizzazione dell'«universalità proporzionata»

I programmi locali Sure Start, basati su un approccio globale alle disuguaglianze sanitarie, forniscono a famiglie con figli di età inferiore a 5 anni una serie di servizi di custodia dei bambini, scolarizzazione infantile, assistenza sanitaria e sostegno alle famiglie. Si tratta di uno dei contributi del governo britannico alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie affrontate dalla prospettiva dell'esclusione sociale e della povertà infantile. Questi programmi sono attuati a livello locale, nei centri Sure Start ubicati nelle zone meno favorite.

L'approccio Sure Start riunisce i prestatori dei servizi previsti dalla legge, quali sanità, servizi sociali e scolarizzazione infantile, nonché le organizzazioni di volontariato, private e comunitarie, e gli stessi genitori, per fornire servizi integrati destinati a bambini in tenera età e alle loro famiglie, cercando di soddisfare i bisogni dei bambini e i desideri dei genitori.

Risultati fondamentali: lo Studio di impatto della valutazione nazionale (Impact Study of the National Evaluation) di Sure Start ha preso in esame oltre 9 000 bambini di 3 anni, e le loro famiglie. Sono state individuate prestazioni nei seguenti campi: vaccinazione, lesioni accidentali e sviluppo sociale. Per quanto riguarda i genitori, lo studio evidenzia effetti benefici sulla cura genitoriale e un maggior uso dei servizi di sostegno allo sviluppo dei bambini e delle famiglie.

(*) <http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/earlyyears/surestart/whatsurestartdoes/>

(?) <http://www.marmot-review.org.uk/>



© Getty Images

2. Gli Stati membri ritengono che gli interventi regionali e locali, sostenuti da azioni nazionali ed europee, siano importantissimi per conseguire risultati. Nelle rispettive collettività, gli enti locali devono individuare i cittadini a rischio di stato sanitario precario. Per arrivare a queste persone, i soggetti regionali possono costruire un'infrastruttura comunitaria e di vicinato.



Caso di studio 2: Ungheria — Opre Roma: Aumentare la sensibilizzazione per la pianificazione di alloggi salubri e sostenibili presso una collettività Rom a Debrecen (*).

Questa iniziativa si prefiggeva essenzialmente di aumentare la sensibilizzazione della collettività circa le problematiche ambientali, energetiche e comportamentali in materia di salute, in modo da definire i progetti di edifici sociali sostenibili, salubri e a basso consumo energetico, ma anche di alloggi sociali da realizzare immediatamente.

I membri della collettività sono stati pienamente coinvolti nella preparazione dei progetti e hanno ricevuto un'adeguata formazione in fatto di gestione dei nuclei domestici e di risparmio energetico. Le persone coinvolte nell'iniziativa hanno acquisito, come competenza chiave, la comprensione generale del nesso tra salute, alloggio e ambiente.

Risultati fondamentali: è stato individuato che le condizioni degli alloggi rappresentano una determinante fondamentale della salute, e quindi contribuiscono alle disuguaglianze sanitarie. Uno degli esiti principali dell'iniziativa è stato il miglioramento delle condizioni degli alloggi, e la costruzione di nuove case nella quali si tenesse pienamente conto del contesto culturale dei Rom.

(*) <http://www.health-inequalities.eu/?uid=e52af77626a071aba322dfded1c78d99&id=Seite3486>



© Getty Images

3. Avviare partenariati con il settore no-profit, le imprese e il mercato del lavoro può essere un modo molto efficace per aumentare la sensibilizzazione e stimolare gli interventi per aiutare le persone che rischiano maggiormente di avere problemi di salute.

Caso di studio 3: Germania — «Job-fit regionale»: Connessione tra salute e promozione dell'impiego (*)

L'obiettivo principale consisteva nel ricorrere ai servizi per l'impiego come quadro di riferimento istituzionale per la promozione della salute. I centri di formazione che in genere forniscono sostegno a chi cerca lavoro si sono incaricati di somministrare specifiche sessioni formative. Importanti partner del progetto sono inoltre le istituzioni di assicurazione malattia obbligatoria, che svolgono azioni incentrate su gruppi specifici.

Al fine di avvicinare e gestire i contatti con i disoccupati è stata utilizzata una specifica metodologia (**), in modo da valutare con grande precisione la competenza di ognuno in materia di salute (soprattutto con un colloquio approfondito sulle motivazioni) e di elaborare un piano di promozione della salute. Le assicurazioni malattia previste per legge sostengono finanziariamente diversi programmi, soprattutto corsi sulla prevenzione e la gestione dello stress, nonché sessioni formative incentrate su gruppi specifici. Sono state altresì messe a punto sessioni formative destinate al personale dei servizi per l'impiego e la qualificazione.

Questo programma permette una stretta collaborazione tra gli organismi attivi nella ricerca di impiego e qualificazioni per i disoccupati e le istituzioni di assicurazione malattia previste dalla legge, al fine di migliorare la salute dei disoccupati nel rispettivo contesto.

Risultati fondamentali: il progetto è stato accolto in modo molto positivo dalle istituzioni. Questo programma ha permesso di individuare un miglioramento nei comportamenti in materia di salute (soprattutto per quanto riguarda l'attività fisica e l'alimentazione), una riduzione dello stress psicosociale e una migliore operatività.

(*) <http://www.gib.nrw.de>

(**) http://www.gib.nrw.de/service/downloads/BKK_JobFit_guidelines_RZweb_Einzelseiten.pdf

4. La misurazione e la presentazione di relazioni periodiche sugli indicatori delle disuguaglianze sanitarie rappresenta un primo passo fondamentale per compiere interventi efficaci, specialmente nelle zone svantaggiate. La raccolta di informazioni tramite il regolare controllo degli indicatori della salute favorisce le misure di sensibilizzazione e permette ai responsabili delle politiche di accertare la dimensione e l'ambito esatto delle disuguaglianze (tipi di malattie e cause della mortalità).

5. L'applicazione di valutazioni di impatto sanitario e di prove e verifiche sull'equità sanitaria alle politiche in generale è un modo efficace per suscitare la consapevolezza intersettoriale sulle disuguaglianze sanitarie e sui relativi determinanti sociali.

Secondo gli Stati membri e diversi studi di revisione della ricerca, numerosi interventi strategici specifici contrastano in modo efficace le ineguaglianze in campo sanitario.

Nei Paesi Bassi e nel Regno Unito, in particolare nelle zone svantaggiate e presso i gruppi socioeconomici più bassi, sono state avviate iniziative per migliorare l'accesso all'informazione sui rischi del fumo e ai servizi di sostegno per chi vuole smettere di fumare.

In queste zone, la percentuale di persone che fumano è sempre superiore a quella delle zone o dei gruppi più benestanti.

Il miglioramento dell'assistenza antenatale (screening e vaccinazione) e post-natale, compresi lo screening neonatale e i servizi di sostegno ai genitori, per esempio informazioni su alimentazione, fumo e posizione per addormentarsi, è un elemento fondamentale per migliorare i livelli globali di salute. Il Regno Unito e la Polonia hanno avviato programmi destinati alle persone delle zone meno prospere e/o appartenenti ai gruppi socioeconomici meno abbienti, in modo da fornire un'adeguata assistenza antenatale e postnatale e ridurre il divario nella mortalità neonatale e infantile. Un programma analogo, rivolto ai migranti, è in corso nei Paesi Bassi. Questi programmi sono condotti da medici di famiglia e ospedali, e comprendono visite a domicilio per le madri vulnerabili, dagli inizi della gravidanza sino al compimento dei due anni di età del bambino.

4. Azioni a livello dell'UE

4.1. Comunicazione della Commissione sulle disuguaglianze sanitarie

Il 20 ottobre 2009 la Commissione ha adottato la comunicazione «Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE» ⁽³⁾. Il documento è stato preparato congiuntamente dai commissari europei per le politiche sociali e della salute. La comunicazione si basa sul lavoro descritto di seguito e individua i settori in cui è necessaria un'ulteriore azione.

Alcune delle azioni fondamentali esposte nella comunicazione:

- integrare un'equa distribuzione della salute come parte dello sviluppo sociale ed economico globale. Si dovrebbe analizzare se un accurato controllo degli indicatori delle disuguaglianze in materia di salute potrebbe contribuire a verificare la dimensione sociale della futura strategia di Lisbona (Europa 2020);
- migliorare le modalità di collaborazione con Stati membri, parti interessate e regioni;
- migliorare il sostegno dell'UE alla ricerca sulle ineguaglianze in campo sanitario;
- effettuare un audit delle politiche per verificarne l'impatto nella riduzione delle disuguaglianze sanitarie;
- incoraggiare gli Stati membri a utilizzare meglio le opzioni esistenti nel quadro offerte della politica di coesione dell'UE, dei fondi strutturali e della politica di sviluppo rurale della politica agricola comune (PAC), per affrontare i determinanti delle ineguaglianze in campo sanitario;

⁽³⁾ COM(2009) 567, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=619&furtherNews=yes>
http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm

- avviare attività destinate a determinati gruppi vulnerabili, quali minoranze etniche, migranti e Rom;
- esplorare le possibilità di sinergia tra la politica di aiuto allo sviluppo della Commissione e le azioni di riduzione delle disuguaglianze;
- migliorare la misurazione e il controllo delle disuguaglianze sanitarie; una prima relazione sarà pubblicata nel 2012.

4.2. Strategia europea per l'occupazione

L'importanza dell'occupazione ai fini della salute è messa in risalto in diversi orientamenti dell'UE:

L'orientamento 17 intende migliorare la qualità e la produttività sul posto di lavoro e modernizzare i sistemi previdenziali. La salute e la sicurezza dei luoghi di lavoro sono due dei principali fattori in grado di determinare buone condizioni di lavoro. È inoltre fondamentale per attrarre un maggior numero di persone verso il mercato del lavoro, in particolare se si considera l'invecchiamento della popolazione dell'UE, e favorisce in modo concreto la riduzione delle disuguaglianze sanitarie.

L'orientamento 18 promuove un approccio al lavoro basato sul ciclo di vita e richiede il sostegno all'invecchiamento attivo, comprese condizioni di lavoro appropriate, e il miglioramento dello stato di salute sul lavoro in modo da prolungare la vita lavorativa dei cittadini. Chiede altresì che siano promossi regimi previdenziali moderni, anche nel settore sanitario. L'orientamento sottolinea che il miglioramento dello stato di salute sul lavoro ha come conseguenza la riduzione degli oneri di malattia e quindi l'incremento della produttività dei lavoratori.



L'orientamento 21 promuove e diffonde forme di organizzazione del lavoro innovatrici e adattabili, allo scopo di migliorare la qualità e la produttività sul lavoro, comprese salute e sicurezza. Favorisce l'attuazione di approcci integrati di flessibilità e sicurezza occupazionale al fine di aiutare i lavoratori, compresi quelli aventi lavori scarsamente qualificati o ai margini del mercato del lavoro, per far fronte ad un modello occupazionale più complesso, diversificato e irregolare, e quindi più impegnativo.

L'**orientamento 23** sottolinea la necessità di concentrarsi su nuove competenze per nuovi lavori, allo scopo di promuovere l'accesso per tutti al mercato del lavoro e garantire l'innovazione e la qualità sul posto di lavoro.

4.3. Cooperazione con gli Stati membri

L'UE sostiene le azioni degli Stati membri che affrontano le sfide comuni agevolando il dialogo, lo scambio delle migliori pratiche e il coordinamento strategico con e fra gli Stati membri e con le organizzazioni delle parti interessate. Questa cooperazione si concretizza tra l'altro con il metodo aperto di coordinamento, il comitato per la protezione sociale e il gruppo di esperti dell'UE sui determinanti sociali e le disuguaglianze sanitarie. Nel 2010 il Consiglio ha adottato conclusioni sul tema «Equità e salute» ⁽⁴⁾ per esortare gli Stati membri a sviluppare politiche e azioni atte a ridurre le disuguaglianze sanitarie e a condividere in modo attivo le buone pratiche.

4.4. Strategia UE per la salute

Una maggiore equità sanitaria è un elemento fondamentale della strategia UE per la salute, nonché un'importante dimensione delle politiche e delle iniziative destinate ad affrontare problemi quali tabagismo, obesità, consumo di alcol, giovani, salute mentale ecc. È garantita una stretta cooperazione con azioni collegate all'Organizzazione mondiale della sanità, all'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, al Consiglio d'Europa e agli sviluppi della ricerca in questo settore.

⁽⁴⁾ Conclusioni del Consiglio sul tema «Equità e salute in tutte le politiche: solidarietà in materia di salute», 3019ª sessione del Consiglio «Occupazione, politica sociale, salute e consumatori», Bruxelles, 8 giugno 2010, http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lisa/114994.pdf

4.5. Fondi UE

Il sostegno finanziario per gli interventi relativi alle disuguaglianze sanitarie è assicurato tramite numerosi strumenti e programmi dell'Unione europea.

La **politica di coesione** fornisce risorse finanziarie agli Stati membri per affrontare la questione degli squilibri regionali. In conformità agli orientamenti strategici comunitari in materia di coesione 2007-2013 ⁽⁵⁾, la sanità è stata di recente definita uno dei settori da sostenere tramite il Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR) e il Fondo sociale europeo (FSE). La promozione della salute, la prevenzione delle malattie, il trasferimento di conoscenze, la formazione e la disponibilità di infrastrutture e di personale qualificato nelle regioni dell'obiettivo di convergenza sono alcuni dei settori ammissibili a beneficiare del sostegno. Gli orientamenti rilevano che «la situazione sanitaria e l'accesso alle cure mediche variano enormemente a seconda delle regioni europee», quindi «è importante che la politica di coesione contribuisca a potenziare strutture sanitarie (...) Le misure adottate a livello comunitario per migliorare la salute e prevenire le malattie possono dare un notevole contributo alla riduzione delle disparità sanitarie».

La **politica agricola comune (PAC)** non è una vera e propria politica sociale; tuttavia, alcuni suoi elementi, come il mantenimento di un tenore di vita equo della popolazione agricola, la disponibilità di prodotti alimentari e la congruità dei prezzi al consumatore possono contribuire alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie. La PAC sostiene il programma per la distribuzione di latte nelle scuole e la distribuzione di prodotti dell'agricoltura ai gruppi svantaggiati. Ultimamente sono stati analizzati potenziali contributi della PAC alla promozione di un'alimentazione più sana, nella quale sia privilegiato il consumo di frutta e verdura. Inoltre, la politica dell'UE per lo sviluppo rurale sostiene gli investimenti destinati alle strutture di assistenza sociale e sanitaria, alla tecnologia e alle infrastrutture nelle zone rurali, nonché il relativo sviluppo e gli interventi di formazione e informazione su tematiche sociali e collegate alla salute.

⁽⁵⁾ http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2007/osc/l_29120061021it00110032.pdf

Il **programma comunitario in materia di salute** finanzia reti di attività del settore, iniziative locali, revisioni da parte di esperti, conferenze e innovazioni strategiche nel campo della sanità pubblica.

Nell'ambito di **Progress** (il *programma comunitario per l'occupazione e la solidarietà sociale, 2007-2013*), nel marzo 2010 è stato pubblicato uno specifico invito a presentare proposte, per portare avanti le azioni illustrate nella comunicazione da parte della Commissione, in particolare fornendo sostegno alle autorità nazionali e regionali nei paesi aderenti al programma Progress al fine di rafforzare le politiche tese ad affrontare le ineguaglianze in campo sanitario.

Il **Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi** sostiene le iniziative degli Stati membri volte ad agevolare l'integrazione dei migranti nella società europea. La dotazione di bilancio complessiva del Fondo ammonta a



825 milioni di euro, e il 7 % è destinato a sostenere progetti dedicati ai diversi aspetti dell'integrazione, compreso l'accesso all'assistenza sanitaria. Il restante 93 % va agli Stati membri affinché mettano in atto il programma annuale concordato con la Commissione.

Anche il **programma quadro di ricerca dell'UE** offre possibilità per contrastare le disuguaglianze sanitarie, in particolare nell'ambito del terzo pilastro del tema sanitario relativo al programma di cooperazione del 7° programma quadro dell'UE. L'obiettivo è lo sviluppo di metodi di ricerca e la creazione di basi scientifiche per corroborare le decisioni politiche e la definizione di più efficaci strategie basate su dati di fatto in settori quali la promozione della salute e i determinanti sanitari in senso lato, compresi lo stile di vita e i fattori socioeconomici e ambientali ⁽⁶⁾.

4.6. Legislazione

L'UE dispone di una solida legislazione in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro allo scopo di migliorarne le condizioni, ne controlla l'attuazione e finanzia altresì la ricerca in tale campo.

Nell'UE, attualmente, la popolazione attiva rappresenta il 48,3 % di tutti i cittadini. La tutela delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori, pertanto, può contribuire notevolmente alla sanità pubblica globale e alla riduzione di alcuni dei principali elementi che determinano disuguaglianze sanitarie tra cittadini e Stati membri dell'UE. La direttiva 91/383/CE intende garantire ai lavoratori interinali e con contratto a durata determinata lo stesso livello di protezione di tutti gli altri lavoratori, per quanto concerne la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro. Nel 2009 è stata redatta una relazione sull'attuazione della direttiva sino al 2007. La relazione intende individuare le possibili carenze della direttiva al fine di orientare i futuri interventi della Commissione.

⁽⁶⁾ Decisione del Consiglio 2006/971/CE, del 19 dicembre 2006, concernente il programma specifico Cooperazione che attua il settimo programma quadro della Comunità europea per le attività di ricerca, sviluppo tecnologico e dimostrazione (2007-2013) (GU L 400 del 30.12.2006).

Dalla valutazione di impatto della strategia comunitaria per la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro (2007-2012) è emerso che le strategie per la salute sul lavoro riducono gli infortuni e aiutano le vittime di infortuni e i malati cronici a mantenere il posto di lavoro o a reintegrarlo. Le strategie rappresentano altresì una piattaforma per l'integrazione dei lavoratori migranti e possono ridurre le condizioni di lavoro monotone e stressanti che causano un deterioramento precoce delle condizioni di salute e di conseguenza un'uscita prematura dalla vita attiva.

Dal 2000, in aggiunta alle direttive sulla parità di trattamento fra donne e uomini, è in vigore la legislazione dell'UE per combattere la discriminazione, con l'obiettivo di garantire livelli minimi di protezione e parità di trattamento per tutti coloro che vivono e lavorano in Europa, a prescindere da razza o origine etnica, religione e convinzioni personali, disabilità, età e orientamento sessuale. Questa legislazione contempla molti aspetti della vita di tutti i giorni, come per esempio il posto di lavoro, l'istruzione, l'assistenza sanitaria e l'accesso a beni e servizi. Nel 2008 la Commissione ha istituito un gruppo di esperti governativi sulla lotta alla discriminazione e la promozione della parità al fine di esaminare l'impatto delle misure antidiscriminazione a livello nazionale e comunitario e di convalidare le buone pratiche grazie all'apprendimento tra pari.

4.7. Mercato interno

L'impegno sulle procedure di infrazione nel settore sanitario può contribuire a ridurre le barriere all'accesso all'assistenza sanitaria e a ridurre il prezzo, assicurando di conseguenza notevoli vantaggi ai cittadini appartenenti ai gruppi socioeconomici svantaggiati. In proposito, alcuni esempi sono le direttive riguardanti la libertà di stabilimento e di fornitura di servizi, le restrizioni sulla proprietà e l'ubicazione delle farmacie e la proprietà dei laboratori e dei relativi orari di apertura.

Più in generale, tutte le iniziative della Commissione sono ora assoggettate a una valutazione dei probabili impatti economici, sociali e ambientali, in particolare sui diversi gruppi sociali ed economici e sulle disuguaglianze in essere.

4.8. Istruzione e gioventù

La raccomandazione sulle competenze chiave ⁽⁷⁾ promuove come competenze sociali e civiche **la salute fisica e mentale e uno stile di vita sano**, e invita gli Stati membri a sviluppare queste competenze chiave per tutti, nell'ambito delle loro strategie di apprendimento permanente. La Commissione ha altresì proposto una nuova strategia dell'UE destinata ai giovani ⁽⁸⁾ nella quale se ne evidenzia la vulnerabilità e si identificano azioni volte a migliorarne le condizioni di salute, soprattutto per i giovani a rischio di esclusione sociale.



Il presente opuscolo intende fornire un quadro d'insieme delle disuguaglianze sanitarie nell'UE e di alcune politiche dell'Unione europea che contribuiscono alla riduzione di tali disuguaglianze.

Per ulteriori informazioni, consultare i riferimenti e i collegamenti riportati qui di seguito oppure contattare la Commissione europea (numero verde Europe Direct **00 800 6 7 8 9 10 11**).

⁽⁷⁾ Raccomandazione del Parlamento europeo e del Consiglio, del 18 dicembre 2006, relativa a competenze chiave per l'apprendimento permanente (2006/962/CE).

⁽⁸⁾ COM(2009) 200 del 27 aprile 2009, «Una strategia dell'Unione europea per investire nei giovani e conferire loro maggiori responsabilità».

Riferimenti e collegamenti utili

Commissione europea — Comunicazione sulle ineguaglianze in campo sanitario

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=619&furtHerNews=yes>

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm

Direzione generale per la Salute e i consumatori — Determinanti sociali della salute

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/index_it.htm

Direzione generale per l'Occupazione, gli affari sociali e l'inclusione

<http://ec.europa.eu/social/home.jsp?langId=it>

Direzione generale della Politica regionale

http://ec.europa.eu/dgs/regional_policy/index_it.htm

Consiglio dell'Unione europea

<http://www.consilium.europa.eu>

Conclusioni del Consiglio sul tema «Equità e salute in tutte le politiche: solidarietà in materia di salute»

http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf

Eurostat

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

WHO-OMS

<http://www.who.int/en/>

Commissione dell'OMS sui determinanti sociali della salute

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/en/index.html

Altri siti web citati nel presente documento (elenco non completo, fornito a puro titolo informativo)

<http://www.health-inequalities.eu>

<http://www.marmot-review.org.uk/>

<http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/earlyyears/surestart/whatsurestartdoes/>

<http://www.gib.nrw.de>

Breve bibliografia

EuroHealthNet, 2007, *Closing the Gap: Strategies for Action to tackle Health Inequalities. Taking Action on Health Equity*

Mackenbach, J. P., Meerding, W. J., Kunst, A. E., 2006, *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*, Erasmus University Medical Center, dipartimento di sanità pubblica, Paesi Bassi, per la Commissione europea

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf

Mackenbach, J. P., 2006, *Health Inequalities: Europe in Profile*, 2006, Una relazione elaborata da un esperto indipendente e commissionata dalla presidenza britannica dell'UE

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf

SHARE — Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (eds.), 2005, *Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA)

http://www.share-project.org/t3/share/index.php?id=books&no_cache=1

Whitehead, M., 1990, *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen, Ufficio regionale europeo dell'OMS, 1990

Commissione dell'OMS sui determinanti sociali della salute, 2008, *Closing the gap in a generation* (Colmare il divario in una generazione)

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

Per ulteriori informazioni e riferimenti, rimandiamo al documento generale per dossier stampa correlato alla comunicazione COM(2009) 567 sulle disuguaglianze sanitarie:

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_background_en.pdf

Commissione europea

Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione europea

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea

2011 — 23 pagg. — 25 x 17,6 cm

ISBN 978-92-79-15039-5

doi:10.2767/96354

La presente pubblicazione, dal titolo *Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione europea*, fornisce informazioni aggiornate sulle disuguaglianze sanitarie tra gli Stati membri dell'Unione europea e anche al loro interno.

Nel documento vengono esaminati diversi aspetti relativamente alle disuguaglianze sanitarie (in particolare la speranza di vita) e il ruolo dei determinanti della salute, con un'attenzione specifica per il «gradiente sociale», ossia la dimensione sociale che si ritrova pressoché in tutti i fattori che influiscono sulla salute.

Sono inoltre riportati commenti specifici sul ruolo delle politiche nazionali ed europee in questo campo (con informazioni sulle opportunità di finanziamento) e sul loro contributo potenziale alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie.

Da ultimo, sono riportati tre casi di studio relativi ai benefici ottenuti in materia di salute nei bambini, nelle persone in cerca di un lavoro ed infine sulle condizioni generali di salute delle minoranze etniche.

Questa pubblicazione è disponibile in formato cartaceo in tutte le lingue ufficiali dell'Unione europea.

COME OTTENERE LE PUBBLICAZIONI DELL'UNIONE EUROPEA

Pubblicazioni gratuite:

- tramite EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- presso le rappresentanze o le delegazioni dell'Unione europea.
Per ottenere indicazioni e prendere contatto collegarsi a (<http://ec.europa.eu>)
o inviare un fax al numero +352 2929-42758.

Pubblicazioni a pagamento:

- tramite EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Abbonamenti a pagamento (ad esempio serie annuali della *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*, raccolte della giurisprudenza della Corte di giustizia):

- tramite gli uffici vendita dell'Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea (http://publications.europa.eu/others/agents/index_en.htm).

Siete interessati alle pubblicazioni della direzione generale
per l'Occupazione, gli affari sociali e l'inclusione?

Potete scaricarle o abbonarvi gratuitamente sul sito:
<http://ec.europa.eu/social/publications>

Potete inoltre abbonarvi gratuitamente alla Social Europe
e-newsletter della Commissione europea sul sito
<http://ec.europa.eu/social/e-newsletter>

<http://ec.europa.eu/social>



■ Ufficio delle pubblicazioni



www.facebook.com/socialeurope

ISBN 978-92-79-15039-5



9 789279 150395