



RAPPORTO SINTETICO

# Disuguaglianze sociali nella salute nell'UE

I Paesi stanno colmando il divario sanitario?



Traduzione a cura di FNOPI



## Informazioni su questo rapporto

Questa è una versione breve del rapporto “Disuguaglianze sociali nella salute nell’UE” (settembre 2025), redatto da EuroHealthNet in collaborazione con il Centre for Health Equity Analytics (CHAIN).

Il rapporto presenta un’analisi completa delle disuguaglianze sociali nella salute in Europa, combinando dati quantitativi dell’European Social Survey con competenze politiche e studi di caso approfonditi dei membri di EuroHealthNet.

Lo scopo di questo rapporto è fornire evidenze e sensibilizzare sull’importanza delle disuguaglianze sociali nella salute come priorità per le politiche dell’UE e nazionali, indicando dove è necessario agire.

EuroHealthNet è un partenariato europeo senza scopo di lucro per la salute, l’equità e il benessere. Comprende oltre 80 membri in 32 Paesi europei, tra cui organizzazioni pubbliche, istituti e autorità che operano nella sanità pubblica, promozione della salute, prevenzione delle malattie e benessere. EuroHealthNet mira a combattere le disuguaglianze sanitarie all’interno e tra gli Stati europei attraverso interventi sui determinanti sociali della salute. Per maggiori informazioni: [www.eurohealthnet.eu](http://www.eurohealthnet.eu).

Il Centre for Health Equity Analytics (CHAIN) è un centro leader mondiale e una rete di ricerca interdisciplinare focalizzata sulle disuguaglianze sanitarie globali, con sede presso la Norwegian University of Science and Technology (NTNU). Riunisce esperti nei campi della salute, dei determinanti sociali, della società civile e del sistema ONU per promuovere la ricerca sulle disuguaglianze sanitarie. Per maggiori informazioni: [www.ntnu.edu/chain](http://www.ntnu.edu/chain).

Il rapporto completo EuroHealthNet-CHAIN “Disuguaglianze sociali nella salute nell’UE” (settembre 2025) è disponibile online.





# Cosa sono le disuguaglianze sociali nella salute?



Gli europei vivono più a lungo che mai, con una vita media di 81 anni. Tuttavia, queste medie nascondono una realtà più dura. La salute e il benessere sono distribuiti in modo diseguale, e molte persone affrontano ostacoli significativi per raggiungere una buona salute. Chi ha redditi più bassi o meno istruzione ha meno probabilità di vivere una vita lunga e sana.

Basandosi sui dati comparabili più recenti in Europa, questo rapporto conferma sia l'entità delle disuguaglianze sanitarie sia le forze sociali ed economiche che le alimentano. Questi divari sanitari minano i valori condivisi europei, indeboliscono la competitività economica e riducono la resilienza di fronte a crisi geopolitiche e ambientali.

Il rapporto propone azioni chiare e basate su evidenze per colmare questi divari, rafforzando la coesione europea e rendendo la buona salute una realtà per tutti, non un privilegio per pochi.

Le disuguaglianze sanitarie sono differenze nella salute delle persone legate a svantaggi sociali. Sono causate da ostacoli alla salute come povertà, discriminazione, mancanza di potere e accesso diseguale alle risorse che aiutano a mantenersi in salute. Queste includono lavoro equo, ambienti sicuri, istruzione di qualità, alloggi, assistenza sanitaria e supporto sociale. Questi fattori sono chiamati determinanti sociali della salute.



## Vivere più a lungo non significa vivere più sani

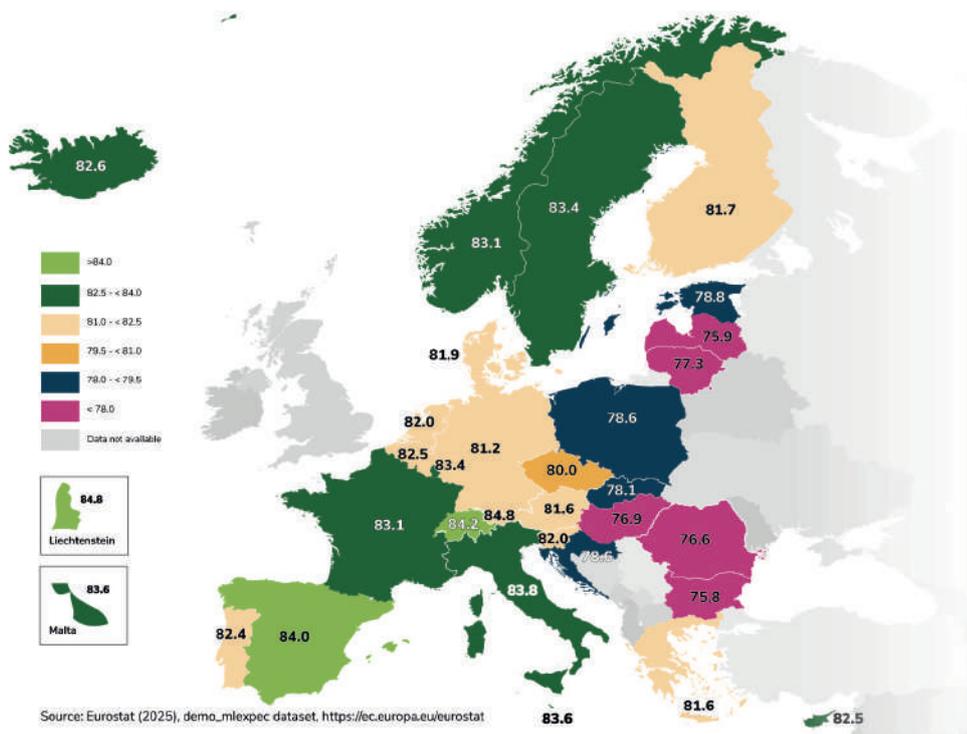
Anche se le persone in Europa sono generalmente più sane rispetto al passato, non tutti vivono più a lungo in buona salute.

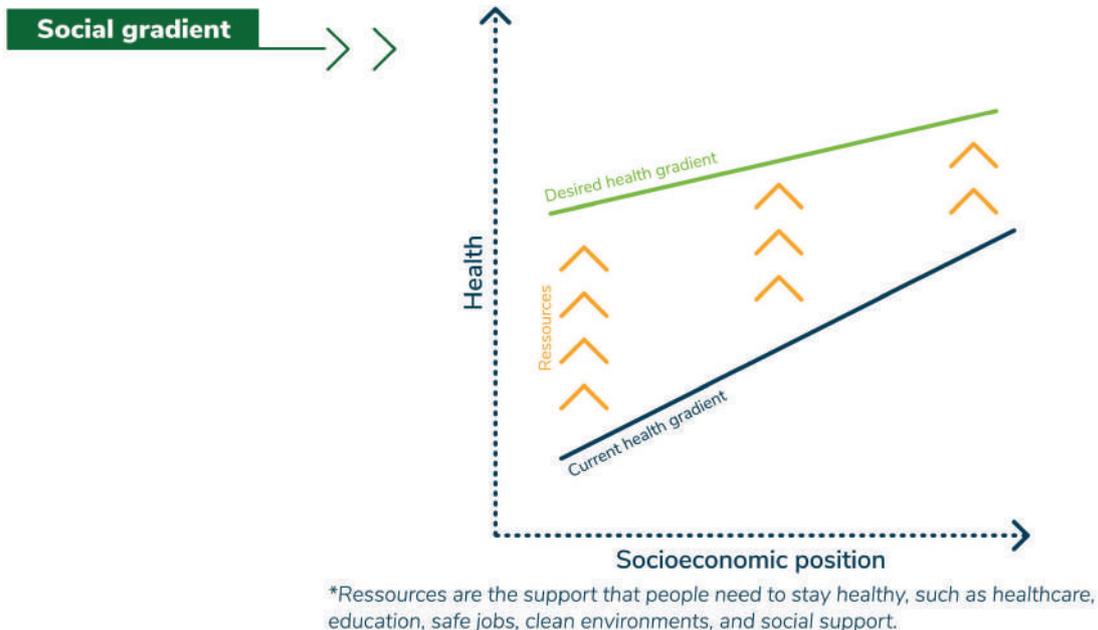
Oggi, nell'UE, la speranza di vita media è di 81,4 anni. Tuttavia, un bambino nato in Spagna – il Paese con la speranza di vita più alta (84 anni) – può aspettarsi di vivere otto anni in più rispetto a un bambino nato in Bulgaria, dove la speranza di vita è di 75,8 anni.

Il numero di anni vissuti in buona salute varia ancora di più. A Malta, le persone possono aspettarsi circa 71 anni in buona salute, rispetto ai soli 53 anni in Lettonia.

I dati rivelano anche forti differenze all'interno dei Paesi. L'European Social Survey (ESS) mostra che le persone in gruppi socioeconomici più bassi hanno il doppio delle probabilità di riferire cattiva salute rispetto a quelle in gruppi più alti. Più alta è la posizione sociale di una persona, più è probabile che viva a lungo e in salute: questo modello è noto come gradiente sociale nella salute.

### Life expectancy at birth 2023 (years)





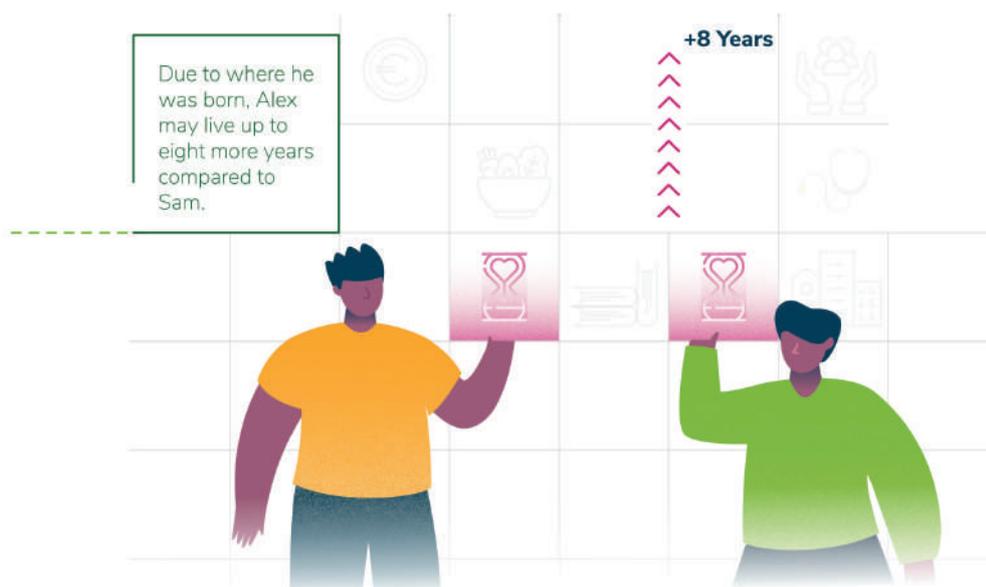
## Il gradiente sociale

Il gradiente sociale non è fisso. I miglioramenti nella salute nel tempo variano tra i gruppi socioeconomici, con disparità evidenti anche per genere, razza o etnia e disabilità. Queste differenze evidenziano che le disuguaglianze sanitarie sono sia evitabili che ingiuste.

Per ridurre queste disuguaglianze nell'UE, dobbiamo trovare modi per livellare il gradiente sociale salute, migliorando la salute per tutti, ma ancor di più per chi affronta situazioni socioeconomiche avverse.

### Conosci Alex e Sam

Alex potrebbe vivere fino a otto anni in più rispetto a Sam, semplicemente per il luogo in cui è nato.





## Perché dovremmo ridurre le disuguaglianze sociali nella salute?

La salute è un diritto fondamentale. I dati sulle disuguaglianze sociali nella salute mostrano fino a che punto le società riescano a rispettare questo diritto e a tutelare le loro popolazioni.

Le disuguaglianze sanitarie riguardano tutti. Quando manca la fiducia nelle istituzioni pubbliche e nell'impegno democratico, si mette a rischio la stabilità sociale e si indebolisce la salute. A sua volta, una cattiva salute può portare a una mancanza di fiducia, e di partecipazione sociale e coesione.

Al contrario, migliorare la salute per tutti rafforza le società. Le rende più inclusive, innovative e produttive, capaci di affrontare le sfide attuali e future. Affrontare le disuguaglianze sanitarie è quindi essenziale per la competitività, la sicurezza e la resilienza dell'Europa.

## Cosa causa le disuguaglianze sociali nella salute?

La nostra salute non dipende solo dalla genetica, dall'assistenza sanitaria o da comportamenti salutari come attività fisica, consumo di alcol o fumo.

Molti dei fattori che influenzano la salute si trovano al di fuori del sistema sanitario. Le ricerche mostrano che l'assistenza sanitaria è responsabile solo il 10% delle differenze nella salute. I fattori strutturali sono responsabili del resto:

- La sicurezza economica
- l'abitazione
- l'ambiente
- le reti sociali
- le condizioni di vita e di lavoro

Questi fattori riflettono disuguaglianze più profonde in termini di potere e opportunità. Determinano le condizioni in cui le persone vivono e limitano le scelte disponibili.

## Un problema sistemico più ampio

I sistemi politici ed economici influenzano questi fattori strutturali e determinano come le risorse vengono distribuite equamente. Questi sistemi stabiliscono le regole per la tassazione, i salari minimi, il welfare sociale e l'attività commerciale.



## Prodotti e pratiche commerciali

I prodotti e le pratiche commerciali causano quasi un quarto dei decessi (24,5%) nella regione europea.

Il problema va oltre i prodotti nocivi come tabacco e alcol. Le persone in gruppi socioeconomici più bassi sono spesso più esposte a pratiche industriali, come cibi ultra-processati economici o a fattori cancerogeni legati al lavoro, che possono aggravare le disuguaglianze sanitarie.

Ecco perché ridurre le disuguaglianze sanitarie richiede molto più delle sole politiche sanitarie. Serve un approccio sistemico, leadership e un'azione coordinata tra settori.

### **Vi presento Alex e Sam**

Alex e Sam partono da posizioni diseguali, non per loro scelta, ma per le condizioni che li circondano.

Alex ha fondamenta più solide, mentre Sam poggia su basi più deboli che non può sistemare da solo.

## Cosa mostrano i dati sulle disuguaglianze sociali nella salute?



Qual è la situazione attuale delle disuguaglianze sanitarie nell'UE e cosa è cambiato negli ultimi 10 anni?

Per rispondere a queste domande, il rapporto ha analizzato i dati dell'European Social Survey (ESS), un'indagine transnazionale di alta qualità.

L'ESS fornisce dati comparabili a livello di popolazione su atteggiamenti, comportamenti e condizioni di vita, inclusi i dati sulla salute e sui fattori che la influenzano. Sono stati analizzati i dati dei cicli ESS 7 (2014) e 11 (2024), che includevano un modulo sulla salute sviluppato da CHAIN.

I cicli di indagine hanno coinvolto 14 Stati membri dell'UE e 3 altri Paesi europei.

Nel rapporto, la salute auto-riferita e la salute mentale auto-riferita sono state utilizzate come indicatori della salute in Europa.

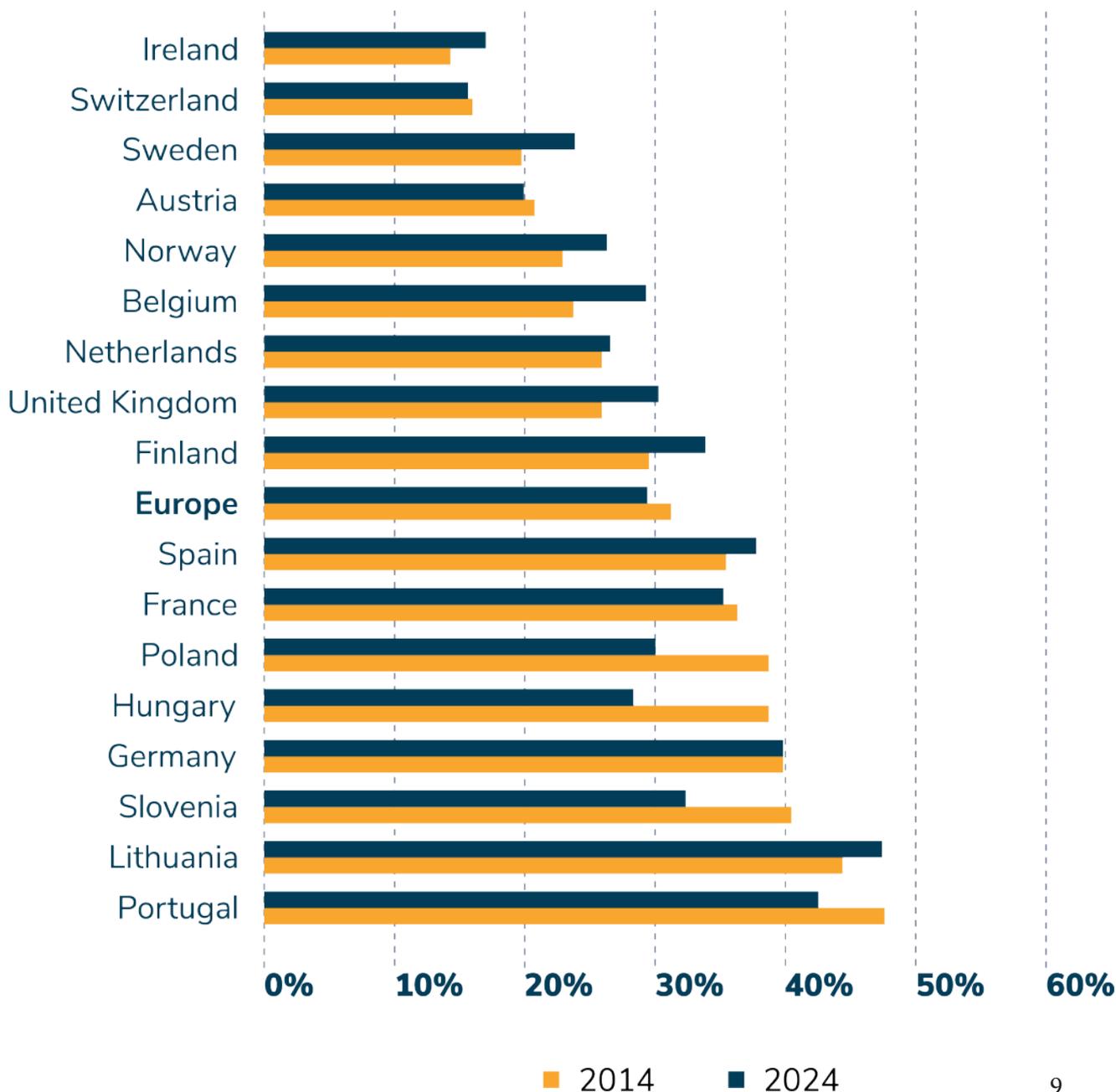


## Tendenze nella salute auto-riferita nei soggetti tra i 25–75 anni di età

La salute auto-riferita è stata determinata chiedendo alle persone di valutare la propria salute su una scala a cinque punti, da “molto buona” a “molto cattiva”.

Nel 2024, quasi un europeo su tre (30%) ha riferito una salute da discreta a molto cattiva. Questo rappresenta un leggero calo complessivo della cattiva salute (1,8%), sebbene vi siano stati grandi variazioni tra i Paesi.

Changes in poor health between 2014 and 2024





## Disuguaglianze nella salute auto-riferita tra gruppi con diversi gradi di istruzione

Il gruppo con il livello di istruzione più basso comprende persone che non hanno completato la scuola secondaria.

Il gruppo intermedio comprende chi ha terminato la scuola superiore o un programma tecnico/vocazionale (o professionale) equivalente.

Il gruppo con il livello di istruzione più alto comprende chi ha completato l'università o il college.

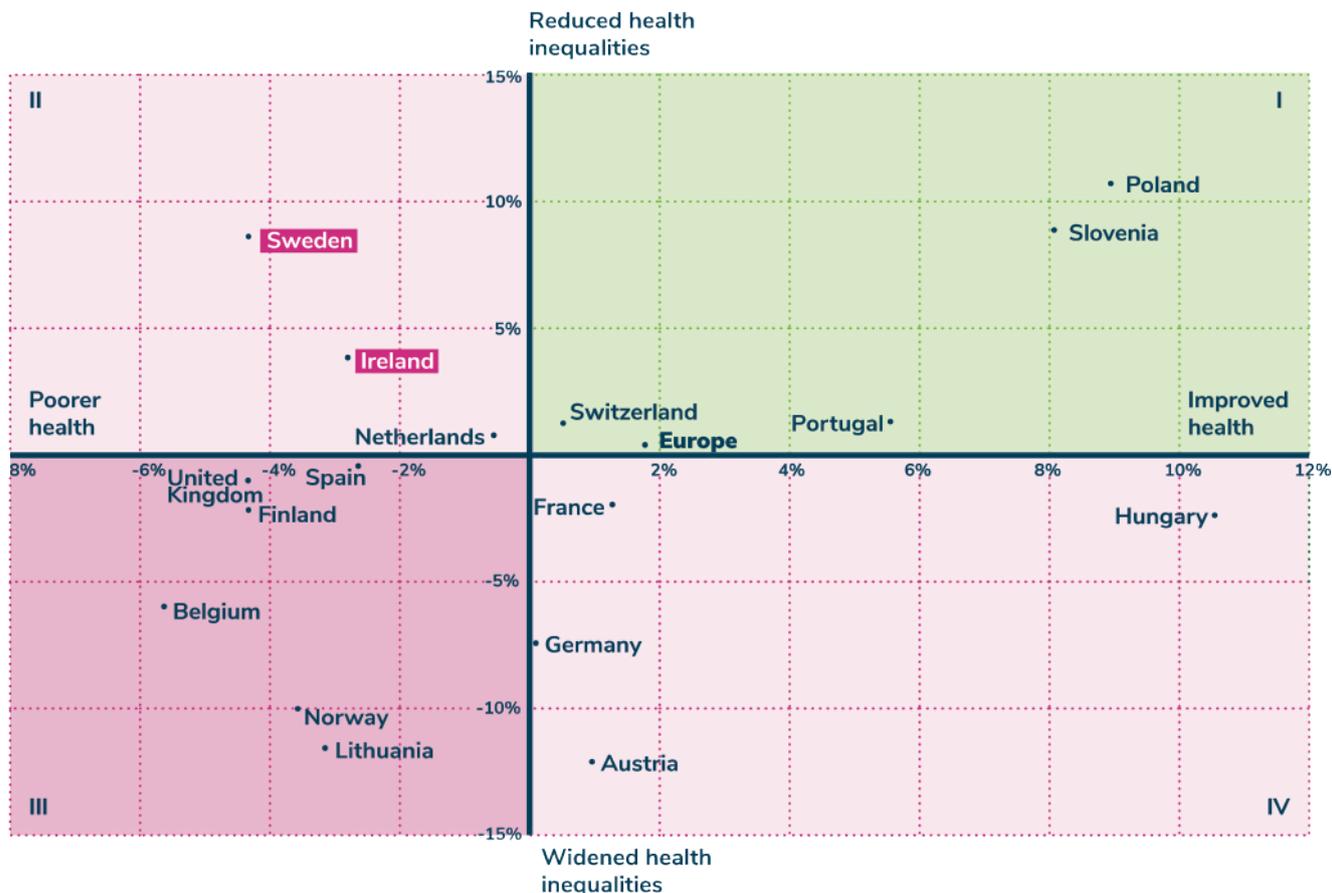
In tutta Europa, le persone con il livello di istruzione più basso hanno circa il doppio delle probabilità di riferire cattiva salute (40%) rispetto a quelle con il livello più alto (20%).

Inoltre, esiste un ampio divario sanitario tra gruppi con un grado di istruzione comparabile in diversi Paesi:

- Nel 2024, il 20% delle persone con istruzione bassa in Svizzera ha riferito cattiva salute, rispetto al 58% in Lituania.
- L'8% delle persone con istruzione alta in Svizzera ha riferito cattiva salute, rispetto al 29% in Spagna.



### Self-reported health matrix



La matrice mostra i diversi percorsi intrapresi dai Paesi in termini di salute:

- **Quadrante I:** Paesi dove si osserva un miglioramento della salute e una riduzione delle disuguaglianze sanitarie – il percorso più favorevole.
- **Quadrante II:** Paesi dove le disuguaglianze sanitarie stanno diminuendo, ma la salute generale peggiora.
- **Quadrante III:** Paesi dove sia la salute che le disuguaglianze sanitarie peggiorano – il percorso più preoccupante.
- **Quadrante IV:** Paesi dove la salute è stabile o migliora, ma le disuguaglianze aumentano.

*Nota: non tutte le riduzioni assolute delle disuguaglianze nei quadranti I e II riflettono un progresso reale. Le disuguaglianze possono anche ridursi se la salute dei gruppi socioeconomici più elevati peggiora (livellamento verso il basso), il che non rappresenta un successo. I Paesi che sperimentano il livellamento verso il basso sono evidenziati nella matrice.*



## I Paesi stanno colmando i divari nelle disuguaglianze sociali nella salute?



**Slovenia e Polonia si sono distinti come gli unici Paesi** in cui i divari sanitari tra i gruppi di istruzione si stanno riducendo, mentre la salute generale migliora significativamente per tutti.



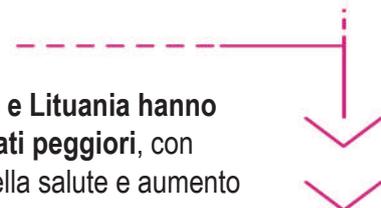
**Irlanda e Svezia hanno mostrato un quadro diverso.** Sebbene ci sia una riduzione delle disuguaglianze, questo è avvenuto solo in parte a causa del peggioramento della salute nei gruppi più istruiti.



**Ungheria, Austria e Germania hanno migliorato la salute, ma le disuguaglianze sono aumentate.** In Austria e Germania, i miglioramenti si sono verificati solo tra i più istruiti, lasciando indietro chi ha meno istruzione. In Ungheria, la salute è migliorata per tutti, ma i benefici sono stati leggermente maggiori per i più istruiti.



**Belgio, Norvegia e Lituania hanno riportato i risultati peggiori,** con peggioramento della salute e aumento delle disuguaglianze.



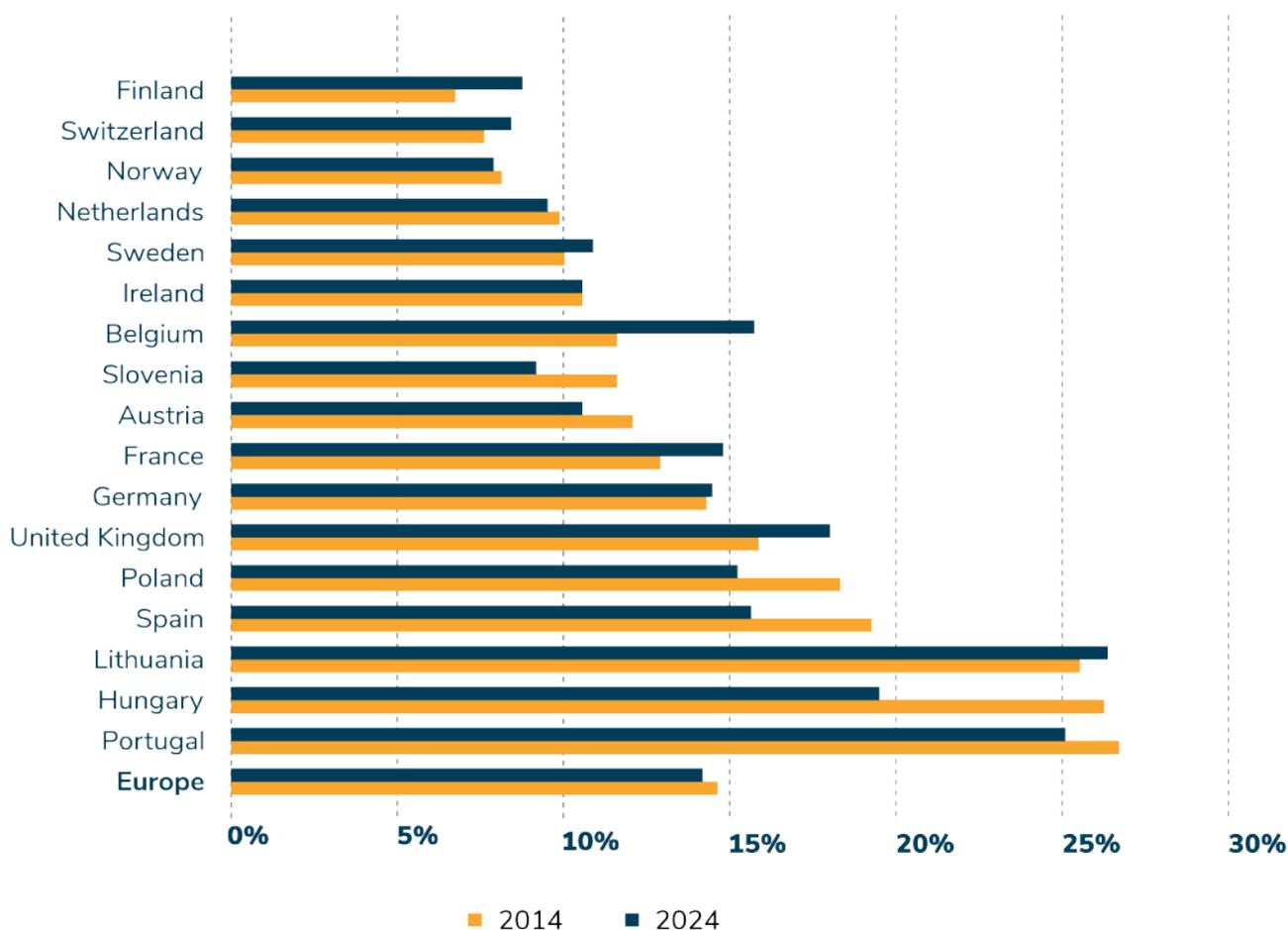


## Tendenze nella salute mentale auto-riferita nei soggetti tra i 25–75 anni di età

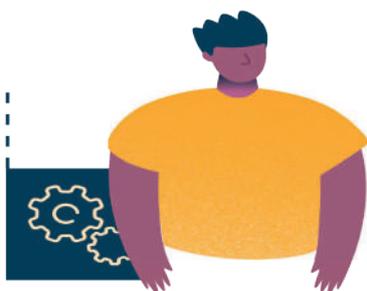
La salute mentale auto-riferita è stata misurata attraverso otto domande, tra cui: se si sentivano depressi, tristi, soli, se godevano della vita e la frequenza di queste sensazioni.

Nel 2024, un adulto su otto (12%) ha riferito una cattiva salute mentale. Questo dato è rimasto pressoché invariato rispetto al 2014, nonostante i cambiamenti all'interno e tra i vari Paesi.

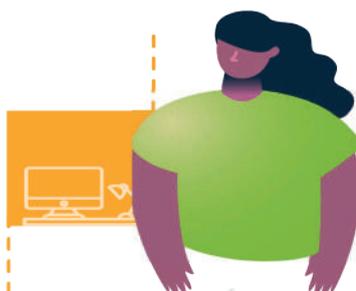
### Changes in poor mental health between 2014 and 2024



## Disuguaglianze nella salute mentale auto-riferita tra gruppi occupazionali



Il **gruppo occupazionale più basso** comprende persone in lavori di vendita, servizi, manuali o di routine.



Il **gruppo intermedio** include personale amministrativo, tecnici, piccoli imprenditori e lavoratori autonomi.



Il **gruppo più alto** comprende imprenditori, dirigenti, professionisti e supervisori senior.

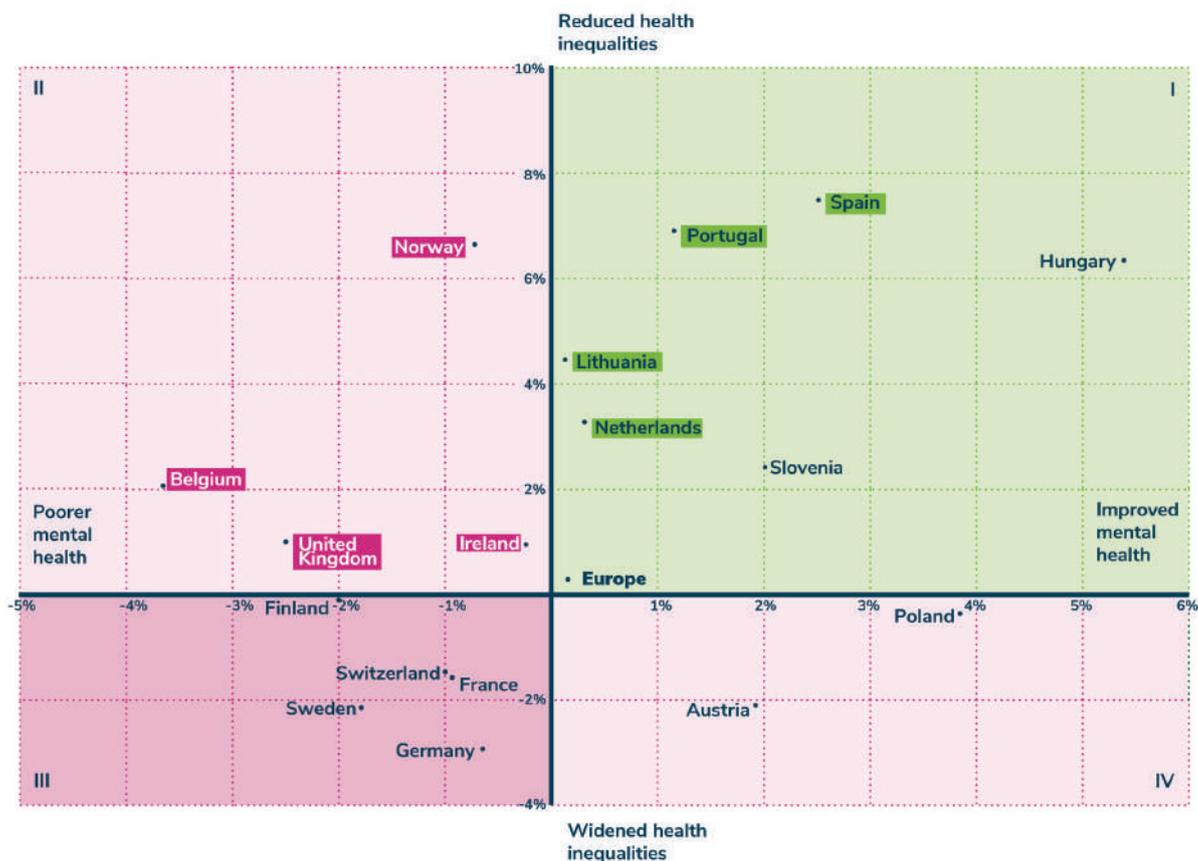
**Ci sono grandi divari tra i gruppi occupazionali.** Nel 2024, in media, solo l'8% delle persone nei gruppi occupazionali più alti ha riferito cattiva salute mentale, rispetto al 18% nei gruppi più bassi.

Grandi divari si osservano anche tra Paesi per gli stessi gruppi:

- Nel 2024, il 9% delle persone nel gruppo più basso in Norvegia ha riferito cattiva salute mentale, rispetto al 27% in Portogallo.
- Il 5% delle persone nel gruppo più alto in Svizzera ha riferito una cattiva salute mentale, rispetto al 17% in Lituania.



## Self-reported mental health matrix



## Matrice della salute mentale auto-riferita

### I paesi stanno colmando il divario nelle disuguaglianze sociali in termini di salute mentale?

La matrice mostra i percorsi dei Paesi in termini di salute mentale:

- **Ungheria e Slovenia** si distinguono come gli unici Paesi in cui la salute mentale migliora o è stabile per tutti, e il divario tra gruppi occupazionali si sta riducendo.
- In **Spagna, Portogallo e Lituania**, la salute mentale è peggiorata nei gruppi occupazionali più alti, ma migliorata in quelli più bassi, portando a una media migliore e a una riduzione delle disuguaglianze.
- In **Belgio, Regno Unito, Norvegia e Irlanda**, le disuguaglianze si sono ridotte, ma nel contesto di un peggioramento generale della salute mentale.
- In Norvegia, le disuguaglianze sono diminuite grazie al peggioramento della salute mentale nei gruppi più alti e al miglioramento in quelli più bassi.
- In **Polonia e Austria**, la salute mentale è migliorata per tutti in generale, ma le disuguaglianze sono aumentate a causa di maggiori miglioramenti nei gruppi più alti.
- **Germania, Francia, Svezia, Svizzera e Finlandia** mostrano la tendenza più preoccupante: peggioramento generale della salute mentale e aumento delle disuguaglianze tra gruppi occupazionali.

## Tendenze chiave che influenzano la salute e le disuguaglianze in Europa

Per comprendere i fattori che modellano la salute fisica e mentale delle persone, il rapporto ha esaminato i dati dell'ESS su malattie croniche (incluse le malattie non trasmissibili), esperienze sanitarie, comportamenti salutari e condizioni di vita e di lavoro.

I risultati mostrano un aumento delle malattie croniche nell'Europa settentrionale e occidentale, con più persone che convivono con più condizioni croniche contemporaneamente. Al contrario, le malattie croniche sono in diminuzione nell'Europa orientale, eccetto in Lituania, dove continuano a crescere.

Le seguenti tendenze positive e negative aiutano a spiegare gli andamenti di salute e delle disuguaglianze nei Paesi analizzati:

### **Cambiamenti nelle condizioni di vita e di lavoro:**

- Più persone hanno affrontato problemi abitativi, eccetto nei Paesi dell'Europa centrale e orientale.
- Più persone hanno avuto responsabilità di assistenza non retribuita.
- In metà dei Paesi, più persone hanno vissuto conflitti durante l'infanzia.
- I luoghi di lavoro sono diventati più sicuri, con minore esposizione a condizioni dannose come rischi ergonomici e materiali.

### **Cambiamenti nello stile di vita:**

- L'alimentazione sana è diminuita, con meno persone che consumano frutta e verdura.
- Il fumo è diminuito in quasi tutti i Paesi.
- Il consumo di alcol è diminuito nella maggior parte dei Paesi.
- Leggero aumento delle persone che praticano attività fisica regolare.

### **Cambiamenti nell'accesso all'assistenza sanitaria:**

- Più persone hanno affrontato lunghi tempi di attesa e difficoltà nel fissare appuntamenti.
- Meno persone hanno visto soddisfatte le proprie esigenze sanitarie.
- Meno persone hanno consultato medici di base, mentre sono aumentate gli accessi alle visite specialistiche.



## I fattori principali che causano disuguaglianze sociali nella salute

Il rapporto ha analizzato quali fattori influenzano le differenze nella salute e nella salute mentale per ciascun Paese nel sondaggio ESS 2024.

Il fattore predominante che spiega le disuguaglianze nella salute e nella salute mentale è la percezione della propria situazione economica, ovvero se le persone ritengono di avere abbastanza denaro per vivere comodamente. Per le disuguaglianze nella salute, il peso corporeo (l'indice di massa corporea - BMI) è stato il secondo fattore più importante, seguito dalle condizioni lavorative, dai comportamenti come il fumo e dalle difficoltà economiche vissute durante l'infanzia.

Per le disuguaglianze nella salute mentale, il controllo sul lavoro è stato il secondo fattore più importante. Altri fattori, come lo stress, gli stili di vita e il grado di controllo percepito sulla propria vita, hanno avuto un ruolo, ma di entità minore.

### **Vi presento Alex e Sam**

In tutta Europa, il 20% delle persone con un alto grado di istruzione riferisce di avere una cattiva salute, rispetto al 40% di quelle con un basso grado di istruzione.

Alex gode di buona salute, mentre Sam fatica. Le azioni dell'UE e la solidarietà potrebbero aiutare Sam a raggiungere lo stesso livello di salute di Alex.

## Politiche e iniziative nazionali



Ridurre le disuguaglianze sociali nella salute richiede un “approccio da parte di tutto il governo”. Ciò significa che più settori politici – inclusi sanità e servizi sociali, istruzione, le abitazioni, occupazione e politica economica – devono collaborare.

### 1. Approcci orientati al benessere

L’approccio dell’Economia del Benessere allinea tutte le aree del governo attorno all’obiettivo di migliorare il benessere della popolazione. Fornisce strumenti ai diversi settori per stabilire priorità, bilanciare compromessi e coordinare azioni per raggiungere questo obiettivo condiviso.



#### Finlandia – Economia del Benessere

Il Piano d’Azione Nazionale per l’Economia del Benessere (2023–2025) ha creato nuovi indicatori e strumenti per integrare il benessere nei processi decisionali. Il piano stabilisce una visione a lungo termine per il 2050, bilanciando obiettivi sociali, economici e ambientali. Nonostante i dibattiti politici degli ultimi anni, la Finlandia ha dato priorità al benessere come politica nazionale e lo ha posto all’ordine del giorno dell’UE, portando alle Conclusioni del Consiglio europeo del 2019.





## Approcci universali e universalismo proporzionato

In generale, le iniziative che beneficiano l'intera popolazione ma hanno un impatto proporzionalmente maggiore su chi affronta situazioni socioeconomiche avverse sono le più efficaci per affrontare le disuguaglianze sociali nella salute.

L'universalismo proporzionato si riferisce all'erogazione di servizi universali con intensità e scala proporzionate al grado di bisogno.

### **Polonia – Tassa sullo zucchero**

Attraverso un emendamento alla Legge sulla Salute Pubblica del 2015, la Polonia ha introdotto una tassa sullo zucchero per ridurre il consumo di bevande ad alto contenuto di zucchero e incoraggiare la riformulazione da parte dei produttori. La misura affronta i rischi sanitari legati alla dieta in tutta la popolazione, con il maggiore impatto su chi ha redditi più bassi.



### **Belgio – Sostegno all'universalismo proporzionato**

L'Istituto Fiammingo per la Vita Sana supporta le organizzazioni del settore della prevenzione nell'applicazione del principio dell'universalismo proporzionato, che combina azioni universali con il supporto ai gruppi più svantaggiati. Questo avviene tramite guide, scambi di buone pratiche e formazione.



## **Approcci mirati**

Alcune azioni devono essere progettate appositamente per aiutare determinati gruppi vulnerabili. Per garantire l'efficacia di queste azioni, i gruppi o le comunità target devono essere coinvolti nella loro elaborazione.

### **Grecia – Migliorare la salute delle donne Rom**

Ad Atene, l'Istituto Prolepsis gestisce un programma di promozione della salute che rafforza le donne Rom attraverso l'alfabetizzazione sanitaria, la promozione di comportamenti più sani e il miglioramento dell'accesso ai servizi. La formazione comprende la salute sessuale e riproduttiva, prevenzione del cancro e vaccinazioni, con contenuti sviluppati insieme a donne Rom e mediatori.





## Il ruolo guida del settore sanitario

Sebbene il settore sanitario non possa influenzare tutte le cause sociali ed economiche della salute, svolge un ruolo guida nell'aiutare i governi a rendere la salute, il benessere e l'equità centrali in tutte le politiche. Questo significa anche spiegare che la salute non è solo il risultato di comportamenti individuali.

I sistemi sanitari possono contribuire a ridurre le disuguaglianze sociali:

- Raccogliendo informazioni armonizzate per orientare i decisori politici.
- Garantendo l'equità, la qualità, l'accessibilità e la sostenibilità dei sistemi sanitari.
- Monitorando la distribuzione dei risultati sanitari e valutando i programmi.

### **Norvegia – Legge sulla Salute Pubblica**

La legge rende la promozione della salute e la riduzione delle disuguaglianze una responsabilità a tutti i livelli di governo. Le autorità nazionali forniscono alle Municipalità i Profili di Salute Pubblica e i Profili dell'Infanzia, che evidenziano le sfide sanitarie locali e aiutano a orientare l'azione.



### **Spagna – Lista di controllo per l'equità sanitaria**

Il Ministero della Salute in Spagna ha pubblicato una lista di controllo (checklist) per aiutare professionisti e decisori a integrare l'equità nelle strategie, nei programmi e nelle attività sanitarie. Lo strumento supporta anche gli sforzi più ampi per migliorare le valutazioni dell'impatto sulla salute nel Paese.



## Azioni a livello dell'UE



### Il valore aggiunto dell'UE

L'UE ha un ruolo unico nel modellare le condizioni che influenzano la salute. Ha il potere di sviluppare regolamenti che gli Stati membri devono applicare negli ambiti legati all'economia. Al contrario, altri ambiti come l'istruzione, la sanità e le politiche sociali specifiche rimangono principalmente di competenza dei governi nazionali.

L'UE può anche stabilire standard comuni e incoraggiare gli Stati membri a seguirli attraverso iniziative e programmi di finanziamento. Questo conferisce alle istituzioni europee un'influenza reale nel contrastare le disuguaglianze sociali nella salute.

La pubblicazione del rapporto dell'OMS intitolato I Determinanti Sociali della Salute (2008) ha avuto un impatto significativo nell'aumentare l'attenzione su questo tema. Ha portato alla pubblicazione, nel 2009, della Comunicazione della Commissione Europea sulla Solidarietà nella Salute. A questa sono seguite le Conclusioni del Consiglio e un riferimento nella strategia UE 2020 (2010–2020) sulla “necessità di combattere la povertà e l'esclusione sociale e ridurre le disuguaglianze sanitarie per garantire che tutti possano beneficiare della crescita”.

Tuttavia, queste iniziative non sono riuscite a portare un vero approccio governativo unitario per ridurre le disuguaglianze sanitarie, né all'interno né al di fuori della Commissione Europea.

L'UE dispone comunque di numerosi strumenti che influenzano direttamente le disuguaglianze sociali nella salute, in particolare attraverso politiche occupazionali che affrontano temi come orari di lavoro, salari minimi, salute e sicurezza sul lavoro, insieme ad altre iniziative sociali.



## Determinanti commerciali e Pilastro europeo dei diritti sociali

L'UE ha anche il potere di regolamentare i determinanti commerciali della salute, come il fumo, l'alcol e alimenti poco salutari, che contribuiscono alle disuguaglianze sanitarie. Tuttavia, questi poteri sono stati spesso sottoutilizzati, causando ritardi nella legislazione proposta. Il prossimo Piano UE per la Salute Cardiovascolare rappresenta un'opportunità per agire e promuovere il benessere, obiettivo centrale dell'articolo 3 del Trattato sull'Unione Europea.

### Il Pilastro europeo dei diritti sociali

L'impatto delle misure di austerità successive alla crisi finanziaria del 2008, la pandemia da COVID-19 e le transizioni verde e digitale hanno aumentato l'attenzione dell'UE su equità, giustizia sociale e inclusione, sebbene in modo non sempre coerente.

Nel 2017 è stato istituito il Pilastro Europeo dei Diritti Sociali, considerato un quadro fondamentale per affrontare i principali determinanti della salute. È in corso un nuovo Piano d'Azione per rafforzare questo impegno.

Il Pilastro Europeo dei Diritti Sociali include 20 principi, suddivisi in tre categorie:

1. Pari opportunità e accesso al mercato del lavoro
2. Condizioni di lavoro eque
3. Previdenza sociale e inclusione

**Il principio 16 del Pilastro** è direttamente correlato alla salute:  
"Tutti hanno diritto a un accesso puntuale a cure sanitarie preventive e curative di buona qualità e a prezzi accessibili."





## Strumenti e iniziative dell'UE per l'equità sanitaria

Il **Quadro di valutazione sociale europeo** è uno strumento utilizzato dall'UE per monitorare e confrontare le performance sociali degli Stati membri, tracciando i progressi su indicatori chiave relativi ai 20 principi.

L'UE non può imporre pienamente questi principi, ma ne monitora l'attuazione attraverso il Quadro di valutazione sociale e il processo di coordinamento delle politiche del Semestre europeo.

EuroHealthNet ha sviluppato uno strumento chiamato Flashcard del Pilastro europeo dei diritti sociali, che traduce ogni principio in azioni per ridurre le disuguaglianze sanitarie.

Il Pilastro Europeo dei Diritti Sociali sostiene l'equità sanitaria attraverso iniziative chiave:

- **Garanzia europea per l'infanzia:** assicura ai bambini bisognosi l'accesso a servizi essenziali, tra cui assistenza sanitaria, istruzione primaria gratuita, almeno un pasto sano al giorno a scuola, nutrizione e un alloggio.
- **Strategia europea contro la povertà** (in discussione): affronta le molteplici dimensioni della povertà lungo tutto l'arco della vita.
- **Piano per abitazioni accessibile** (in discussione): mira a migliorare le condizioni abitative, riconoscendo che condizioni abitative scadenti contribuiscono a problemi di salute cronici e a disuguaglianze sanitarie più ampie.

## Programmi di finanziamento dell'UE

L'obiettivo della **Politica di coesione dell'UE** è di ridurre le disparità tra le regioni e promuovere uno sviluppo equilibrato in tutta l'Unione europea. Gli Stati membri e le autorità regionali possono, insieme alla Commissione Europea, allocare e utilizzare i fondi di coesione per raggiungere questo obiettivo.

Al momento della stesura del rapporto, era troppo presto per analizzare come il nuovo **Quadro finanziario pluriennale (2028–2034)** potesse influenzare gli investimenti sociali e sanitari. Il nuovo bilancio a lungo termine dell'UE seguirà le Linee guida politiche 2024–2029, che si concentrano su competitività, prontezza, e sicurezza. Per raggiungere efficacemente questi obiettivi, sarà essenziale includere un forte focus sull'equità sanitaria.



## Azioni congiunte e strumenti dell'UE sulle disuguaglianze sanitarie

L'UE ha sostenuto diversi progetti e azioni congiunte mirate alle disuguaglianze sanitarie attraverso i suoi Piani per la Salute, come la **Joint Action Health Equity Europe (2018–2021)**.

Esempi recenti includono:

- **Joint Action PreventNCD**
- **Joint Action sulle malattie cardiovascolari e il diabete (JACARDI)**

Entrambe mirano a integrare le disuguaglianze sanitarie come elemento centrale del loro lavoro.

**Il Registro europeo delle disuguaglianze in ambito Oncologico**, lanciato nel 2021 come parte del Piano europeo contro il cancro, monitora la prevenzione e l'assistenza nei vari Paesi e regioni. Evidenzia le disparità e le tendenze nei risultati oncologici, ma il suo impatto dipende da come gli Stati membri dell'UE utilizzano e agiscono sui dati.

**Vi presento Alex e Sam**  
(illustrazione visiva nel documento)





## Conclusioni e raccomandazioni



Le disuguaglianze sanitarie sono profondamente ingiuste e strettamente legate allo svantaggio sociale.

Lo studio ha rilevato che la situazione generale in Europa, in termini di salute e benessere, è preoccupante. In media, un terzo delle persone ha riferito di avere una salute mediocre, mentre il 13% degli adulti ha riferito una salute mentale mediocre. Le persone in gruppi socioeconomici più bassi, misurati in base al grado di istruzione o al tipo di occupazione, avevano il doppio delle probabilità di riferire una salute o una salute mentale mediocre.

Negli ultimi dieci anni, le disuguaglianze sanitarie tra gli Stati membri dell'UE hanno mostrato una tendenza alla convergenza, con i Paesi che "si incontrano a metà strada". I Paesi dell'Europa settentrionale e occidentale, come Belgio, Svezia e Finlandia, hanno registrato piccoli cali nella salute auto-riferita, mentre diversi Paesi dell'Europa centrale, orientale e meridionale hanno mostrato dei miglioramenti.

La salute mentale degli adulti è rimasta complessivamente stabile, nonostante i cambiamenti tra gruppi all'interno dei singoli Paesi.

Il rapporto evidenzia anche disuguaglianze sociali preoccupanti nella salute all'interno dei Paesi: le disuguaglianze sono persistite o aumentate, nonostante i miglioramenti in Slovenia e Polonia. Laddove le disuguaglianze sono diminuite, è essenziale considerare il contesto, poiché ciò potrebbe riflettere un peggioramento della salute nei gruppi sociali più elevati.

Le difficoltà economiche sono risultate essere un fattore determinante di scarsa salute e di scarsa salute mentale.

Il fatto che i gruppi socioeconomici più bassi continuino a sperimentare alti tassi di scarsa salute, mentre in alcuni Paesi anche i gruppi più elevati vedono un peggioramento della salute o della salute mentale, riflette una perdita di potenziale per l'Europa, influenzando la qualità della vita, il progresso e la competitività.

Ridurre queste disuguaglianze richiede un approccio intergovernativo, con una leadership a livello dell'UE, nazionale e (sub)nazionale. Il settore della sanità pubblica svolge un ruolo chiave nel garantire che l'equità sanitaria sia una priorità.



## Come possiamo colmare i divari nelle disuguaglianze sociali nella salute?

Le raccomandazioni del rapporto si suddividono in due categorie:

### **1. Affrontare le cause che sono alla radice delle disuguaglianze sociali nella salute**

- Garantire un reddito minimo e salari adeguati
- Migliorare le condizioni di lavoro e il controllo sul lavoro
- Affrontare i fattori emergenti delle malattie croniche, come i problemi delle abitazioni
- Regolamentare i determinanti commerciali della salute
- Dare priorità alla disponibilità di cibi sani
- Riorientare i sistemi sanitari verso la prevenzione e l'equità
- Investire nella promozione e prevenzione della salute mentale



## Aumentare l'attenzione e la governance delle disuguaglianze sociali nella salute a livello UE e (sub)nazionale

### **Integrare le disuguaglianze sociali nella salute in tutte le politiche**

- Includere le disuguaglianze sociali nella salute nella Strategia UE contro la povertà e nel Piano d'Azione del Pilastro europeo dei diritti sociali
- Aggiungere la dimensione di equità sanitaria al Piano UE per le abitazioni accessibili e alla Garanzia europea per l'infanzia
- Incrementare gli investimenti sociali nella salute attraverso il Semestre europeo
- Garantire finanziamenti dedicati alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nel Quadro Finanziario Pluriennale (QFP) dell'UE
- Tenere riunioni congiunte del Consiglio UE tra ministri della salute, ministri per le politiche sociali e ministri delle finanze

### **Rendere le disuguaglianze sociali nella salute una priorità per il settore sanitario**

- Rafforzare il ruolo di leadership del settore sanitario nel lavoro intersettoriale
- Istituire meccanismi intersettoriali di alto livello sulle disuguaglianze sociali nella salute
- Coinvolgere cittadini, ONG e imprese nelle politiche e nell'attuazione. Migliorare il coinvolgimento degli stakeholder, in particolare delle voci marginalizzate

### **Investire nella raccolta dati e nelle evidenze**

- Migliorare la frequenza, la granularità e la comparabilità dei dati sulle disuguaglianze sanitarie tra i Paesi UE e armonizzare la modalità di raccolta
- Colmare le lacune nei dati longitudinali, soprattutto quelli riguardanti i bambini, poiché la maggior parte delle indagini esistenti si concentra solo sugli adulti
- Rendicontare regolarmente le disuguaglianze sociali nella salute e i progressi fatti verso gli obiettivi



### **Incrementare gli strumenti per promuovere l'equità sanitaria**

- Utilizzare il Semestre europeo, il Quadro per la convergenza sociale e il Quadro per la valutazione sociale per orientare le politiche
- Applicare valutazioni d'impatto sull'equità sanitaria e altri strumenti alle politiche principali e comunicare i risultati in modo chiaro per favorire la collaborazione e il coinvolgimento pubblico
- Migliorare le regole e gli indicatori di finanziamento dell'UE e (sub)nazionali per garantire risorse che affrontino realmente i bisogni sanitari e sociali, raggiungendo le persone e le comunità svantaggiate



Co-funded by  
the European Union

**EuroHealthNet  
HAIN**

**Centre for Health Equity Analytics**

**Partenariato europeo per la salute, l'equità e il benessere**

Co-finanziato dall'Unione Europea. Le opinioni espresse sono tuttavia esclusivamente di EuroHealthNet e non riflettono necessariamente quelle dell'Unione Europea o della Commissione Europea. Né l'Unione Europea né l'autorità concedente possono esserne ritenute responsabili.



Settembre 2025