

Salute e sicurezza sociale

SINTESI

Se, da un lato, la responsabilità per la salute e la sicurezza sociale spetta principalmente ai governi dei singoli Stati membri dell'Unione europea (UE), l'UE integra le politiche nazionali, soprattutto quelle che presentano una dimensione transfrontaliera. In un recente sondaggio condotto per il Parlamento europeo, oltre due terzi dei cittadini dell'UE si è dichiarato favorevole a un maggiore intervento dell'UE nell'ambito della salute e della sicurezza sociale.

La politica sanitaria dell'UE mira a promuovere una buona salute, a proteggere i cittadini da minacce sanitarie e a sostenere sistemi sanitari dinamici. Essa viene attuata fondamentalmente mediante i programmi d'azione dell'UE; quello attualmente in corso è il terzo programma per la salute (2014-2020). Affrontare le esigenze in materia di salute di una popolazione che invecchia e ridurre l'incidenza di malattie croniche prevenibili costituiscono alcune delle principali sfide. Dal 2014 sono stati compiuti passi in avanti in diversi settori, tra cui resistenza antimicrobica, obesità infantile, sistemi sanitari, dispositivi medici e vaccinazione.

L'intervento dell'UE in materia di sicurezza sociale nell'Unione è strettamente correlato all'attuazione del cosiddetto "pilastro europeo dei diritti sociali", nonché agli sviluppi sul mercato del lavoro. L'UE aiuta a promuovere la coesione sociale, cercando di incentivare l'uguaglianza e la solidarietà mediante sistemi di protezione sociale adeguati, accessibili e finanziariamente sostenibili e politiche di inclusione sociale. La spesa dell'UE destinata alla sicurezza sociale è legata a determinate misure sul mercato del lavoro. Si può osservare una serie di progressi riguardo a tematiche quali l'equilibrio tra vita privata e vita professionale e le pari opportunità, ma rimane ancora molto da fare. In futuro, i regimi di protezione sociale dovranno essere ulteriormente adattati alle nuove realtà sul mercato del lavoro (meno posti di lavoro nel settore manifatturiero, contratti atipici, "lavoro mediante piattaforme digitali" ecc.).

Nella proposta relativa al quadro finanziario pluriennale (QFP) per il periodo 2021-2027, la Commissione europea prevede di incrementare i finanziamenti volti a migliorare le opportunità di occupazione dei lavoratori e di rafforzare la coesione sociale mediante un "Fondo sociale europeo Plus" ampliato. Tale fondo comprenderebbe anche il finanziamento destinato al programma per la salute autonomo, con l'obiettivo di creare sinergie con gli altri elementi costitutivi del pilastro europeo dei diritti sociali: pari opportunità e accesso al mercato del lavoro; condizioni di lavoro eque; protezione sociale e inclusione.

Questo è un aggiornamento di un briefing precedente pubblicato in vista delle elezioni europee 2019.



In questo briefing

- > Quadro della situazione
- > Aspettative dei cittadini riguardo al coinvolgimento dell'UE
- > Quadro dell'UE
- > Risultati della legislatura 2014-2019
- > Potenzialità per il futuro

Quadro della situazione

L'UE presta particolare attenzione all'impatto di tutte le politiche sulla salute pubblica e la sicurezza sociale. L'obiettivo è promuovere un equo accesso per tutti a un'assistenza sanitaria e a servizi sociali di alta qualità e accessibili, a fronte di strutture della società in evoluzione e della necessità di rispondere a nuove esigenze.

Il ruolo principale che svolge l'UE nelle politiche sociali e in materia di salute consiste nel sostenere le attività degli Stati membri, aiutandoli a raggiungere gli obiettivi condivisi, e nell'incentivare la cooperazione tra i vari paesi. L'UE favorisce il coordinamento e produce economie di scala condividendo le risorse al fine di affrontare le sfide comuni, quali i fattori di rischio connessi alle malattie croniche o le questioni inerenti alla sicurezza sociale che potrebbero incontrare i lavoratori mobili.

La **politica sanitaria** dell'UE verte su [obiettivi strategici](#), tra cui:

- **promuovere un buono stato di salute:** prevenire le malattie e incoraggiare stili di vita sani, affrontando i fattori di rischio quali consumo di tabacco e alcool, regime alimentare malsano e sedentarietà, nonché danni alla salute dovuti al consumo di droghe e rischi ambientali; con l'invecchiamento della popolazione anche le esigenze sanitarie specifiche degli anziani richiedono particolare attenzione;
- **proteggere i cittadini dalle gravi minacce sanitarie transfrontaliere:** rafforzare la vigilanza nonché la preparazione alle epidemie e al bioterrorismo migliorando altresì la capacità di reagire alle nuove sfide per la salute;
- **sostenere sistemi sanitari dinamici:** contribuire a promuovere sistemi sanitari innovativi, efficienti e sostenibili e aiutare i sistemi sanitari degli Stati membri a rispondere alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione e dalle crescenti aspettative dei cittadini nonché dalla mobilità dei pazienti e degli operatori sanitari, ivi inclusi nuovi strumenti quali la [valutazione delle tecnologie sanitarie](#);
- **agevolare l'accesso a cure sanitarie migliori e più sicure per i cittadini dell'Unione:** sostenere la creazione di [reti di riferimento europee](#), che consentono di cooperare a livello transfrontaliero per affrontare casi di malattie rare, e l'adozione di misure concernenti, ad esempio, la sicurezza dei pazienti e la prevenzione della [resistenza antimicrobica](#).

Le misure dell'UE in materia di politica sanitaria vengono principalmente attuate mediante programmi di azione consecutivi; attualmente è in corso il [terzo programma per la salute](#) (2014-2020). I principali conseguimenti del programma rilevati nel quadro di una [valutazione intermedia](#) comprendono la creazione di reti di riferimento europee e il sostegno fornito agli Stati membri nello sviluppo di capacità per rispondere alle epidemie transfrontaliere.

La **politica sociale** a livello di UE è definita nella [strategia Europa 2020](#) e nel [metodo di coordinamento aperto in materia di protezione e integrazione sociale](#) (noto come "MCA sociale"), che consente di coordinare le politiche tra i paesi dell'UE al fine di promuovere la coesione sociale e l'uguaglianza. La [piattaforma europea contro la povertà e l'esclusione sociale](#) è concepita per aiutare i paesi dell'UE a raggiungere l'obiettivo principale nel quadro della strategia Europa 2020 di sottrarre 20 milioni di persone alla povertà e all'esclusione sociale. Proclamato e sottoscritto congiuntamente dalla Commissione europea, dal Parlamento europeo e dal Consiglio in occasione del vertice sociale di Göteborg, che si è tenuto nel novembre 2017, il **pilastro europeo dei diritti sociali** (o "pilastro sociale") ha costituito un risultato importante. Il pilastro sociale mira a sostenere [20 principi e diritti](#), strutturati in tre categorie: pari opportunità e accesso al mercato del lavoro; condizioni di lavoro eque; protezione sociale e inclusione. Un aspetto centrale del pilastro è costituito dall'azione volta a garantire l'accesso ai servizi essenziali di elevata qualità, tra cui l'assistenza all'infanzia, l'assistenza sanitaria e l'assistenza a lungo termine; garantire una vita dignitosa e la protezione contro i rischi; e

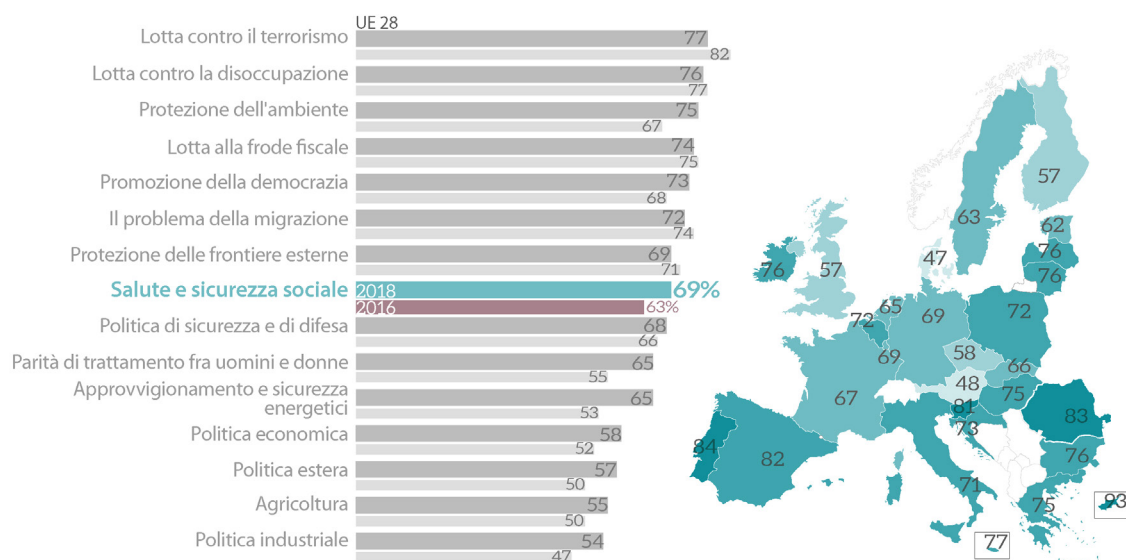
consentire alle persone di partecipare pienamente al mercato del lavoro e, più in generale, alla società.

Tra le [sfide](#) che restano da affrontare nell'ambito della politica sanitaria e di quella sociale figurano le seguenti:

- affrontare le esigenze sanitarie specifiche di una **popolazione che invecchia** e la crescente incidenza di determinate malattie, tra cui l'Alzheimer, con l'avanzare dell'età;
- adattarsi ai cambiamenti demografici e a una crescente richiesta di assistenza con riforme riguardanti il sistema sanitario che garantiscano **sostenibilità** e un accesso universale a servizi di assistenza di alta qualità;
- ridurre l'incidenza delle **malattie prevenibili**, quali cancro, malattie cardiache, respiratorie, mentali o altre patologie croniche;
- affrontare i problemi sanitari nuovi ed emergenti, nonché le gravi **minacce sanitarie** transfrontaliere quali l'aumento della resistenza antimicrobica;
- eliminare le **disuguaglianze sanitarie** in termini di differenze nella sanità e nell'assistenza sanitaria esistenti tra i paesi dell'UE e all'interno di essi;
- adoperarsi al fine di raggiungere un determinato livello di **armonizzazione tra i sistemi di sicurezza sociale** e il loro adeguamento agli sviluppi sul mercato del lavoro (automazione, nuove forme di occupazione);
- proseguire la lotta contro il **dumping sociale** (in particolare nel caso dei lavoratori inviati dai loro datori di lavoro in un altro paese, denominati anche "[lavoratori distaccati](#)");
- conseguire un migliore equilibrio tra vita professionale e vita familiare; nonché
- ridurre ulteriormente i **divari di genere** in termini di occupazione, retribuzione, redditi e pensioni.

Aspettative dei cittadini riguardo al coinvolgimento dell'UE¹

Figura 1 – Percentuale degli intervistati che desiderano un maggiore intervento da parte dell'UE rispetto a quanto avviene attualmente



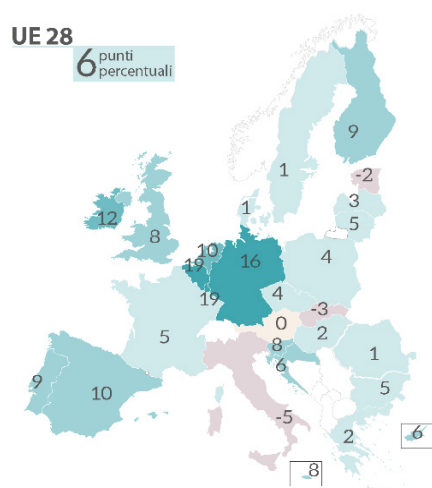
Fonte dei dati: Eurobarometro [85.1 - 2016](#); [89.2 - 2018](#).

Secondo una serie di indagini Eurobarometro svolte per conto del Parlamento europeo per sondare "percezioni e aspettative", il sostegno dei cittadini dell'UE nei confronti di un maggiore

coinvolgimento dell'Unione nell'ambito della politica sanitaria e di sicurezza sociale è salito dal 63 % nel 2016 al 69 % nel 2018.

Esistono differenze significative nel modo in cui questa politica viene percepita nei diversi Stati membri. Il sostegno più marcato a favore di un maggiore intervento dell'UE è stato rilevato a Cipro (93 %) e quello meno accentuato in Danimarca (47 %) e Austria (48 %). Nel corso del tempo si è anche osservato un aumento del sostegno dei cittadini a favore della spesa dell'UE destinata alla salute pubblica. Circa il 32 % degli intervistati riteneva tale settore una categoria di spesa prioritaria nel [2008](#), il 36 % nel [2011](#) e il 41 % in [2015](#) (dati Eurobarometro). Nel 2015 la sanità pubblica era il secondo settore di intervento che godeva del maggiore supporto da parte dei cittadini in termini di spesa dell'UE (dopo affari sociali e occupazione).

Figura 2 – Aspettative di un maggiore intervento dell'UE rispetto alla situazione attuale: differenze in termini di punti percentuali tra il 2016 e il 2018

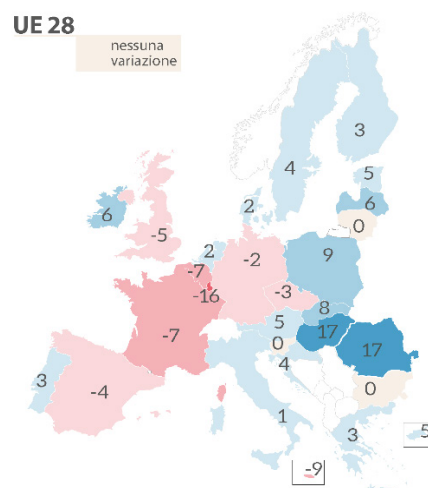


Fonte dei dati: Eurobarometro [85.1 - 2016](#); [89.2 - 2018](#).

L'aumento generale del supporto a favore di un maggiore intervento dell'UE nel settore di intervento della salute e della sicurezza sociale era pari a 6 punti percentuali; tale tendenza che indica crescenti aspettative era comune pressoché a tutti gli Stati membri. Gli aumenti più marcati sono stati registrati in Lussemburgo, Belgio (aumento di 19 punti percentuali in ciascun dei due paesi) e Germania (aumento di 16 punti percentuali). Le uniche eccezioni a suddetta tendenza generale sono state rilevate in Italia (calo di 5 punti percentuali), Slovacchia (calo di 3 punti percentuali) ed Estonia (calo di 2 punti percentuali).

Nel 2016 questo costituiva uno dei pochissimi settori di intervento che presentava una divergenza di opinioni considerevole tra i generi. Un numero notevolmente superiore di donne (74 %) rispetto agli uomini (61 %) era a favore di un maggiore intervento dell'UE nell'ambito della salute e della sicurezza sociale. Nel 2018, tuttavia, tale differenza tra le aspettative di uomini e donne era pressoché svanita, con il 70 % delle donne e il 68 % degli uomini a sostegno di un'azione più marcata da parte dell'UE.

Figura 3 – Percezione dell'intervento dell'UE ritenuto adeguato al momento: differenze in termini di punti percentuali tra il 2016 e il 2018



Fonte dei dati: Eurobarometro [85.1 - 2016](#); [89.2 - 2018](#).

Come nel 2016, nel 2018 il 38 % dei cittadini reputava adeguato l'intervento dell'UE nell'ambito della politica sanitaria e di sicurezza sociale. Sebbene non vi sia stato alcun cambiamento nella proporzione delle persone che giudicano positivamente l'azione dell'UE, si è osservato un lieve calo della percentuale dei cittadini dell'UE che ritengono che l'attuale intervento dell'Unione nel settore

della sanità e della sicurezza sociale sia insufficiente: un calo dal 50 % nel 2016 al 48 % nel 2018. Per quanto a livello di UE le opinioni risultino costanti nel corso del tempo, vi sono stati mutamenti significativi in determinati Stati membri. La variazione più rilevante è rappresentata dalla riduzione della percentuale di cittadini in Lussemburgo che ritengono adeguata l'azione dell'UE (un calo di 16 punti percentuali) e dall'aumento relativo alla valutazione dell'intervento dell'UE come adeguato in Romania e Ungheria (un aumento di 17 punti percentuali in ciascuno di questi due Stati membri).

Complessivamente, a livello dell'UE, il divario tra le aspettative dei cittadini riguardo al coinvolgimento dell'UE e la loro valutazione sull'attuale azione dell'UE in materia di salute e sicurezza sociale sta aumentando a causa della maggiore pressione delle aspettative dei cittadini.

Quadro dell'UE

Quadro giuridico

In base al principio di sussidiarietà, secondo il quale l'UE interviene solo nei settori in cui i governi nazionali non sono in grado di farlo, l'UE ha una competenza di **sostegno nel settore della salute**. La base giuridica per la politica sanitaria dell'UE è costituita dall'articolo 168 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE), che sancisce che nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana. L'azione dell'Unione è complementare rispetto alle politiche nazionali e promuove la cooperazione tra gli Stati membri, rispettando al contempo le **responsabilità dei governi nazionali** per la definizione delle loro politiche sanitarie e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica, incluse la gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate. L'UE dispone di un ampio corpus di **disposizioni e norme a livello europeo** che tutelano i cittadini, sia in merito ai prodotti e servizi sanitari (ad esempio [medicinali](#), [dispositivi medici](#) o [sanità elettronica \(eHealth\)](#)) sia per quanto riguarda i pazienti (come la [direttiva concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera](#), che incentiva altresì la cooperazione tra i vari sistemi sanitari nazionali).

La **sicurezza sociale e la protezione sociale** costituiscono una sottocategoria della politica sociale, per la quale sussiste una competenza concorrente tra l'UE e gli Stati membri conformemente all'articolo 4 del TFUE. Tale ambito è disciplinato principalmente negli articoli da 151 a 161 del TFUE. L'articolo 151 del TFUE definisce l'obiettivo dell'UE e degli Stati membri di promuovere una "protezione sociale adeguata". L'articolo 153 del TFUE stabilisce che l'UE "sostiene e completa" l'azione degli Stati membri nel settore della sicurezza sociale e protezione sociale dei lavoratori, ad esempio, incoraggiando la cooperazione e le migliori prassi. I **sistemi di sicurezza sociale** possono differire considerevolmente tra uno Stato membro e l'altro. I governi nazionali sono liberi di determinare le specificità dei propri sistemi di sicurezza sociale (prestazioni erogate, condizioni di ammissibilità, calcolo delle prestazioni, contributi da versare). Tali sistemi sono disciplinati dal [regolamento \(CE\) n. 883/2004](#) (attualmente in [fase di revisione](#)) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale per quanto riguarda le prestazioni di malattia, di maternità e di paternità, familiari, di invalidità, pensioni ai superstiti, indennità di disoccupazione e prestazioni di prepensionamento, e in merito alle prestazioni per infortunio sul lavoro e malattie professionali, pensioni di vecchiaia e assegni in caso di morte, nonché dal [regolamento \(CE\) n. 987/2009](#) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento precedente.

Quadro finanziario

La spesa dell'UE destinata alle politiche in materia di salute e sicurezza sociale è definita nel quadro finanziario pluriennale (QFP) per il periodo 2014-2020. La **salute** rientra nella [rubrica 3](#) (sicurezza e cittadinanza), che dispone di un bilancio totale di 17,7 miliardi di EUR. Nell'ambito del QFP 2014-2020, il [programma per la salute](#) costituisce l'unico programma appositamente creato per le misure di politica sanitaria; ad esso è stato assegnato un bilancio settennale di 449,39 milioni di EUR (equivalente allo 0,04 % del QFP totale). L'attuale programma per la salute (2014-2020) ha fatto

seguito al primo programma per la salute (2003-2007) e al secondo programma per la salute (2008-2013), che disponevano rispettivamente di una dotazione di 312 milioni di EUR e di 321,5 milioni di EUR. Nel periodo compreso tra il 2014 e il 2016, oltre 539 azioni sono state finanziate nel quadro del terzo programma per la salute, per un importo totale pari a 165,6 milioni di EUR. Anche altri programmi contribuiscono al conseguimento degli obiettivi di politica sanitaria, tra cui:

- i Fondi strutturali e d'investimento europei ([fondi SIE](#)): la salute è ammissibile al sostegno nel quadro delle priorità tematiche del Fondo di coesione per il periodo 2014-2020, ossia tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC), PMI, occupazione, inclusione sociale e capacità istituzionale;
- il Fondo europeo di sviluppo regionale ([FESR](#)), che può essere utilizzato per finanziare le infrastrutture e le attrezzature sanitarie, la sanità elettronica e la ricerca e il supporto alle PMI; nonché
- il Fondo sociale europeo ([FSE](#)), con cui si possono finanziare attività legate all'invecchiamento attivo e sano, alla promozione della salute e all'eliminazione delle disuguaglianze sanitarie, al sostegno fornito al personale sanitario e al rafforzamento della capacità delle amministrazioni pubbliche.

Sono inoltre previsti investimenti relativi alla salute nel quadro del FESR e del FSE pari a oltre [9 miliardi di EUR](#) in tutti i paesi dell'UE nel periodo finanziario 2014-2020, compresi investimenti correlati all'invecchiamento attivo e ai servizi sociali.

I programmi dell'UE relativi alla **sicurezza sociale** sono strettamente connessi all'azione in materia di occupazione mediante il programma per l'occupazione e l'innovazione sociale ([EaSI](#)) (2014-2020: 919,47 milioni di EUR); il FSE (86,43 miliardi di EUR, con il 20% degli investimenti destinati a tematiche inerenti all'inclusione sociale); il Fondo di aiuti europei agli indigenti ([FEAD](#)) (3,8 miliardi di EUR); e il Fondo europeo di adeguamento alla globalizzazione ([FEG](#)) (bilancio annuale massimo di 150 milioni di EUR). La Banca europea per gli investimenti ([BEI](#)), che è proprietà comune di tutti i paesi dell'UE ma è gestita al di fuori del bilancio dell'Unione, sostiene progetti volti a migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria e a promuovere la coesione economica e sociale. Essa opera in tal senso in parte mediante il Fondo europeo per gli investimenti strategici ([FESI](#)), un'iniziativa congiunta della Commissione europea e della BEI finalizzata a fornire assistenza per risolvere la carenza di investimenti nell'UE. Il FESI, ad esempio, mobilita i finanziamenti privati per gli investimenti in soluzioni sanitarie innovative, nuovi medicinali efficaci e nuove infrastrutture sociali, quali [strutture ospedaliere](#). Inoltre, il programma dell'UE per la ricerca e l'innovazione, [Orizzonte 2020](#), affronta una serie di **sfide per la società**, tra cui "[salute, cambiamento demografico e benessere](#)" e "[l'Europa in un mondo che cambia - società inclusive, innovative e riflessive](#)". L'iniziativa sui medicinali innovativi ([IMI](#)), un partenariato pubblico-privato, dispone di un bilancio pari a [3,3 miliardi di EUR](#) per il periodo 2014-2020, metà del quale proviene dal programma Orizzonte 2020.

Risultati della legislatura 2014-2019

Nel settore della politica sanitaria

Dalla metà del 2014, sono state messe in risalto determinate tematiche e sono stati conseguiti risultati concreti in una serie di settori, tra i quali figurano quelli di seguito illustrati.

- **Accesso ai medicinali:** l'accesso per i pazienti tempestivo e a costi contenuti a medicinali innovativi, sicuri, efficaci e di qualità ha rappresentato l'elemento centrale delle [conclusioni del Consiglio](#) del giugno 2016 sul rafforzamento dell'equilibrio tra l'autorizzazione di nuovi medicinali e l'innovazione, il mercato farmaceutico e gli approcci nazionali in merito a fissazione dei prezzi, rimborso e valutazione dei medicinali nell'UE. Nella stessa ottica, la [risoluzione](#) del Parlamento del marzo 2017 sulle opzioni per un migliore accesso ai medicinali si è incentrata sul mercato farmaceutico,

sulla concorrenza, sulla fissazione dei prezzi e la trasparenza, sulla cooperazione nell'UE, sulla proprietà intellettuale, sulla ricerca e lo sviluppo.

- **Resistenza antimicrobica:** l'UE ha contribuito agli [sforzi globali](#) tesi ad affrontare la resistenza antimicrobica adottando, nel 2017, un [piano d'azione europeo "One Health"](#), assieme alle [linee guida dell'UE](#) sull'uso prudente degli agenti antimicrobici nella medicina umana. Nel settembre 2018 il Parlamento ha approvato una [risoluzione](#) in cui ha raccomandato una serie di misure volte a ridurre l'uso degli antibiotici, tra cui l'introduzione di restrizioni sulle loro vendite da parte degli operatori sanitari, nonché requisiti sull'etichettatura.
- **Obesità infantile:** il [piano d'azione dell'UE sull'obesità infantile](#) (2014-2020) mira a contribuire ad arrestare l'aumento di sovrappeso e obesità tra i bambini e i giovani entro il 2020. Le [conclusioni del Consiglio](#) del giugno 2017 sulla tematica hanno sollecitato l'adozione di un approccio efficace che integri l'aspetto sanitario in tutte le politiche e promuova riflessioni sulla salute, la prevenzione e l'alimentazione in tutti i settori e le iniziative.
- **Reti di riferimento europee:** nell'ambito delle malattie [rare o complesse](#), l'UE ha contribuito a mettere insieme le risorse limitate, attualmente disseminate tra gli Stati membri, istituendo [reti di riferimento europee](#), ossia reti virtuali che mettono in collegamento gli operatori sanitari in tutta Europa. L'obiettivo è riunire le competenze e ottimizzare le sinergie tra gli Stati membri per una migliore diagnosi e un trattamento più efficace di tali malattie. Dal marzo 2017 sono state istituite 24 reti di riferimento europee, che includono 300 strutture ospedaliere in 26 paesi dell'UE.
- **Sistemi sanitari:** le misure a sostegno delle riforme dei sistemi sanitari degli Stati membri comprendono quelle definite nella [comunicazione della Commissione](#) del 2014 relativa a sistemi sanitari efficaci, accessibili e resilienti e nell'iniziativa "[Lo stato della salute nell'UE](#)", lanciata nel 2016, al fine di rafforzare le conoscenze specifiche per paese e a livello di UE e di esaminare in che modo i sistemi sanitari possono rimanere adeguati al loro scopo e aiutare le persone a migliorare la loro salute. Il pilastro sociale riconosce che ogni persona ha il diritto di accedere tempestivamente a un'assistenza sanitaria di buona qualità e a costi accessibili. La [comunicazione della Commissione](#) relativa alla trasformazione digitale della sanità e dell'assistenza nel mercato unico digitale dell'aprile 2018 definisce piani per accrescere la digitalizzazione nel settore sanitario e dell'assistenza, nell'ottica della responsabilizzazione dei cittadini e di un'assistenza incentrata sulle persone.
- **Dispositivi medici:** nell'aprile 2017 il Parlamento e il Consiglio hanno adottato due nuovi regolamenti, uno sui [dispositivi medici](#) e l'altro sui [dispositivi medico-diagnostici in vitro](#), con l'obiettivo di modernizzare il quadro normativo e di migliorare la sicurezza dei pazienti. Essi contemplano, rispettivamente, norme più rigide per garantire la tracciabilità dei dispositivi medici e la conformità ai requisiti dell'UE sulla sicurezza dei pazienti, e requisiti etici e relativi alle informazioni riguardanti i dispositivi medico-diagnostici. Il primo sarà applicato dal maggio 2020 e il secondo dal maggio 2022.
- **Vaccinazione:** la [proposta della Commissione](#), dell'aprile 2018, di una raccomandazione del Consiglio relativa al rafforzamento della cooperazione nella lotta contro le malattie prevenibili da vaccino mira ad aumentare la copertura vaccinale, a migliorare il coordinamento per l'approvvigionamento di vaccini, a sostenere la ricerca e l'innovazione e a rafforzare la cooperazione. La [risoluzione](#) del Parlamento dell'aprile 2018 sulla riluttanza nei confronti dei vaccini e il calo del tasso di vaccinazione in Europa ha invitato i governi degli Stati membri e la Commissione a rafforzare la base giuridica per la copertura vaccinale, a favorire l'elaborazione di un calendario più armonizzato e allineato in modo migliore per la vaccinazione nell'UE, e a vagliare opzioni per istituire una piattaforma UE per il monitoraggio della sicurezza e dell'efficacia dei vaccini. Nel settembre 2018 è stata lanciata un'azione congiunta in materia di vaccinazione ([EU-JAV](#)), cofinanziata dal terzo programma per la salute.

Nel settore della politica di sicurezza sociale

- Il Parlamento chiede da tempo una **protezione sociale adeguata** in numerosi contesti, in particolare per i gruppi vulnerabili. Nel gennaio 2017 ha approvato una [risoluzione](#) sul pilastro dei diritti sociali in cui invitava a presentare una proposta di direttiva quadro volta a garantire condizioni di lavoro dignitose in tutte le forme di occupazione, nonché sistemi di protezione sociale adeguati, accessibili e sostenibili a livello finanziario per tutti, ivi inclusi i lavoratori autonomi e i lavoratori in forme di occupazione atipiche, che operano ad esempio attraverso piattaforme online.
- Come pianificato nel [programma di lavoro per il 2018](#), nel marzo 2018 la Commissione ha successivamente presentato un [pacchetto sull'equità sociale](#), contenente una [proposta](#) di raccomandazione sull'accesso alla **protezione sociale per i lavoratori subordinati e autonomi**. La proposta era volta a fornire supporto ai paesi dell'UE nel settore dell'accesso alla protezione sociale. La raccomandazione comprendeva i seguenti punti principali: colmare i divari nella copertura formale, in modo tale da consentire ai lavoratori subordinati e autonomi di aderire ai sistemi di protezione sociale corrispondenti; offrire loro una copertura adeguata in modo tale che possano maturare ed esercitare diritti a prestazioni adeguate in materia di sicurezza sociale; facilitare la trasferibilità dei diritti a prestazioni di protezione sociale da un lavoro a quello successivo; fornire ai lavoratori subordinati e autonomi informazioni trasparenti riguardo ai diritti e agli obblighi in materia di sicurezza sociale. Il 6 dicembre 2018 il Consiglio "Occupazione, politica sociale, salute e consumatori" (EPSCO) ha raggiunto un accordo politico sulla proposta della Commissione, in base al quale gli Stati membri si sono impegnati a elaborare i rispettivi piani nazionali entro due anni dalla pubblicazione della raccomandazione del Consiglio. In tale contesto, il Consiglio ha adottato le [conclusioni](#) sul futuro del lavoro, chiedendo una protezione sociale per tutti i lavoratori, indipendentemente dalla forma di occupazione. In tali conclusioni si è sottolineato che le modifiche devono essere apportate nel rispetto delle competenze nazionali, tenendo conto delle circostanze nazionali e rispettando le parti sociali, e che è necessario garantire un adeguato finanziamento e soluzioni elettroniche. La [raccomandazione del Consiglio](#) del 2018 sulla politica economica della zona euro ha incoraggiato, in relazione alle politiche del mercato del lavoro, riforme che sostengano la protezione e l'inclusione sociali.
- L'aumento del numero di lavoratori transfrontalieri e di lavoratori con forme di lavoro atipiche, nonché la maggiore mobilità del lavoro nell'UE richiedono una cooperazione transfrontaliera rafforzata. Il Parlamento ha chiesto ripetutamente **ispezioni del lavoro** più severe a livello di UE al fine di evitare il dumping sociale. In una [risoluzione](#) del gennaio 2014, ha invitato a creare una piattaforma europea per gli ispettori del lavoro preposti al monitoraggio del lavoro sommerso, ha chiesto il rafforzamento della cooperazione transfrontaliera e l'identificazione e il monitoraggio di [società di comodo](#) e operazioni similari. In linea con il [discorso sullo stato dell'Unione del 2017 e la lettera d'intenti](#), la Commissione ha lanciato una [proposta](#) nel marzo 2018 per istituire l'**Autorità europea del lavoro**, con l'obiettivo di rafforzare la cooperazione tra le autorità competenti nell'ambito del mercato del lavoro a tutti i livelli e di gestire con maggiore efficacia le situazioni transfrontaliere. Il Parlamento e il Consiglio hanno raggiunto un accordo provvisorio nel febbraio 2019 e il testo è stato formalmente adottato alla fine della legislatura.
- La [direttiva relativa al distacco dei lavoratori](#), che fornisce un quadro volto a proteggere i diritti sociali dei **lavoratori distaccati** e a prevenire il dumping sociale, è stata completamente [rivista](#) nel 2018. La revisione ha introdotto una serie di modifiche nei tre settori principali: a) la retribuzione dei lavoratori distaccati, che è ora equiparata a quella dei lavoratori locali, anche in caso di subappalto; b) le norme riguardanti i lavoratori assunti tramite agenzia interinale, che sono ora più coerenti; e c) il distacco

per periodi di lunga durata: in caso di un distacco per un periodo superiore a 12 mesi, le norme valide per i paesi ospitanti iniziano ad essere applicate ai lavoratori distaccati. I paesi dell'UE saranno in grado di garantire che i lavoratori distaccati siano coperti da contratti collettivi rappresentativi in tutti i settori. Secondo il principio della "stessa retribuzione per lo stesso lavoro nello stesso luogo di lavoro", i lavoratori distaccati possono ora godere delle stesse norme di cui beneficiano i lavoratori locali, non appena accettano l'impiego.

- La [piattaforma europea per il rafforzamento della cooperazione volta a contrastare il lavoro non dichiarato](#), come richiesto dal Parlamento, è operativa dal 2016 e ha il compito di prevenire, scoraggiare e combattere il lavoro non dichiarato. In ragione della natura specifica del lavoro non dichiarato, gli Stati membri possono decidere il loro grado di partecipazione alle attività della piattaforma, le misure da adottare a livello nazionale e le autorità che li rappresentano. Oltre ai 28 paesi dell'UE, sono membri della piattaforma quattro rappresentanti delle organizzazioni della società civile a livello intersettoriale, eletti dalle parti sociali stesse.
- Nell'agosto 2015 la Commissione ha elaborato una [tabella di marcia](#) per **conciliare vita professionale e vita privata**, che contemplava misure legislative e azioni non legislative. In tale contesto, il Parlamento ha approvato una [risoluzione](#) sull'applicazione della direttiva in materia di congedo parentale nel maggio 2016, sollecitando l'attivazione della clausola di riesame contenuta nella legislazione UE sul congedo parentale e l'estensione della durata minima del congedo parentale a sei mesi. Una [risoluzione](#) sulla creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all'**equilibrio tra vita privata e vita professionale**, approvata nel settembre 2016, ha esortato la Commissione a rivedere la direttiva sul congedo di maternità e ad estenderne la durata contemplando una diversa forma di versamento per consentire l'adattamento alle esigenze specifiche e alla transizione nei diversi Stati membri. Nell'aprile 2017 la Commissione ha presentato una [proposta](#) per promuovere l'equilibrio tra vita professionale e vita privata, contenente misure legislative e non legislative. Le **misure legislative** proposte comprendono l'introduzione di un congedo di paternità di 10 giorni lavorativi; il rafforzamento del congedo parentale in modo tale che il periodo di quattro mesi possa essere retribuito almeno al livello di indennità di malattia e non possa essere trasferito tra i genitori; l'introduzione di un diritto al congedo di assistenza per i lavoratori che forniscono assistenza a familiari gravemente malati o non autosufficienti; e l'estensione del diritto di richiedere modalità di lavoro flessibili per tutti i genitori di bambini fino a 12 anni e i prestatori di assistenza con parenti a carico. Le misure non legislative comprendono la garanzia della protezione contro la discriminazione e il licenziamento per genitori e prestatori di assistenza; la promozione di un ricorso equilibrato sotto il profilo di genere al congedo dal lavoro per motivi familiari e a modalità di lavoro flessibili; un utilizzo più efficace dei fondi europei per migliorare i servizi di assistenza all'infanzia e a lungo termine; e l'eliminazione di disincentivi economici per le persone che costituiscono la seconda fonte di reddito familiare. L'accordo tra il Parlamento e il Consiglio sulle misure legislative è stato adottato in Aula il 4 aprile 2019 e il testo legislativo è stato formalmente adottato alla fine della legislatura.

Potenzialità per il futuro

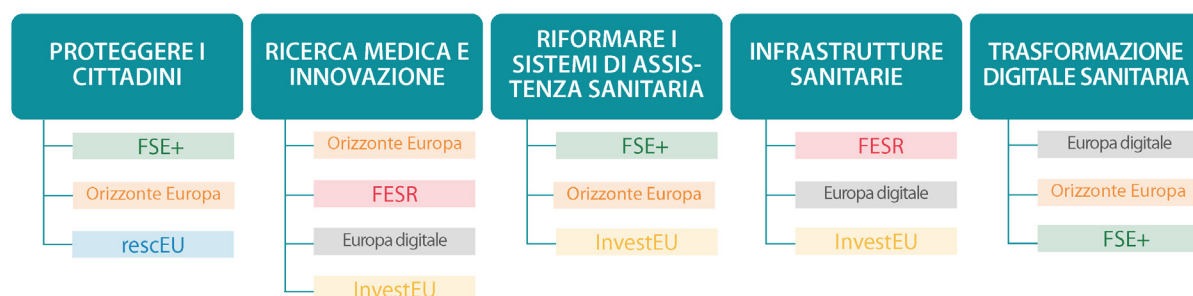
Il 2 maggio 2018 la Commissione europea ha pubblicato una [proposta](#) per un nuovo quadro finanziario pluriennale (QFP) per il periodo 2021-2027 e per un nuovo sistema di risorse proprie. Nel quadro della nuova proposta, il [Fondo sociale europeo Plus \(FSE+\)](#) fungerebbe da principale strumento finanziario dell'UE per l'attuazione del pilastro sociale e convoglierebbe gli investimenti nell'**istruzione, l'occupazione e l'inclusione sociale, ivi inclusa l'assistenza sanitaria**. Nel FSE+ dovrebbero convergere il FSE esistente, l'iniziativa a favore dell'occupazione giovanile, il FEAD, il

programma dell'Unione europea per l'occupazione e l'innovazione sociale (EaSI) e il programma per la salute. La Commissione propone di destinare al FSE+ 101,2 miliardi di EUR a prezzi correnti (89,7 miliardi di EUR nel 2018 a prezzi costanti) nel quadro del bilancio dell'UE.

Nel settore della politica sanitaria

L'attuale programma per la salute sarà inglobato nel FSE+ e costituirà la "**componente Salute**", con una dotazione specifica di 413 milioni di EUR. Secondo la Commissione, si prevede che l'[integrazione della salute nel FSE+](#) andrà a integrare altre attività finanziate da tale fondo che trattano le [sfide individuate nel semestre europeo](#) e renderà possibili delle sinergie con gli altri elementi costitutivi del pilastro sociale. Un finanziamento per le attività relative alla salute sarebbe disponibile anche mediante altri strumenti finanziari dell'UE, in particolare [Orizzonte Europa](#) (nel quadro del polo tematico "[Sanità](#)"), il [programma Europa digitale](#) (in uno dei cinque "[settori prioritari](#)"), il Fondo europeo di sviluppo regionale ([FESR](#)), il [programma InvestEU](#) e il sistema europeo di risposta alle catastrofi naturali ([rescEU](#)). Secondo la Commissione, la componente Salute nel FSE+ fornirà le risorse per testare [soluzioni innovative](#) con un **approccio transfrontaliero**. Tale componente sarà incentrata sulle aree in cui la cooperazione dell'UE apporta un [vantaggio comprovato](#): **migliorare la preparazione e la risposta alle crisi** per proteggere i cittadini da minacce sanitarie transfrontaliere; **rafforzare i sistemi sanitari** assistendo le autorità sanitarie nell'ambito della trasformazione digitale di salute e assistenza e dei processi di riforme nazionali; **sostenere la legislazione dell'UE in materia di salute**, ivi inclusa la normativa su medicinali, valutazione delle tecnologie sanitarie, consumo di tabacco e assistenza transfrontaliera; e **sostenere il lavoro integrato**, ad esempio per quanto concerne le malattie rare (mediante le reti di riferimento europee) o l'attuazione delle migliori pratiche per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie.

Figura 4 – Futuro bilancio dell'UE destinato alla salute nel QFP 2021-2027



Fonte dei dati: Commissione europea, [Newsletter Salute-UE](#), 5 luglio 2018.

Per quanto concerne le previsioni strategiche, occorre rammentare che, se da un lato vi è un margine per un ulteriore coordinamento tra i paesi dell'UE in materia di salute, dall'altro i poteri dell'UE sono limitati dal fatto che la responsabilità per l'organizzazione e l'erogazione dei servizi di assistenza rimane degli Stati membri. In considerazione di ciò, si potrebbero eventualmente elaborare nuove **iniziative** oppure quelle esistenti potrebbero essere portate a compimento nei settori di seguito indicati.

- **Accesso ai medicinali:** l'incentivazione di un coordinamento più ampio e articolato a livello di UE sull'accessibilità ai medicinali, in particolare quelli innovativi ad alto costo, continuerà probabilmente ad essere in primo piano. Il gruppo di esperti incaricato di individuare maniere efficaci di investire nella salute, che fornisce alla Commissione europea una consulenza indipendente su mandati specifici, ha recentemente pubblicato un [parere](#) su modelli di pagamento innovativi per medicinali innovativi di costo elevato, in cui individua un'opportunità per creare una comunità di apprendimento europea nell'ambito dei modelli di pagamento.

- **Promuovere un'alimentazione sana per i bambini:** nel più ampio contesto della lotta contro l'obesità infantile e della promozione di stili di vita sani, le [conclusioni del Consiglio](#) del luglio 2018 sul tema "Un'alimentazione sana per i bambini: il futuro sano dell'Europa" vertono sulla promozione di regimi alimentari più sani per i bambini, considerano tale aspetto come uno dei migliori investimenti per una giovane generazione europea in buona salute. Le conclusioni invitano specificatamente gli Stati membri e la Commissione a "porre al centro di tutte le politiche e azioni le persone e la loro salute, anche discutendo in modo trasparente del ruolo attuale e futuro dell'UE nel difendere la salute pubblica nel contesto della discussione sul futuro dell'Europa".
- **Il modello basato sulle reti di riferimento europee nell'ambito dell'assistenza transfrontaliera** per le malattie rare potrebbe essere esteso ad altri settori: nel [parere](#) formulato nel settembre 2018, il gruppo di esperti incaricato di individuare maniere efficaci di investire nella salute suggerisce che sussistono potenzialità di adattare il campo di applicazione delle reti di riferimento europee a ruoli supplementari, quali la ricerca e lo sviluppo di orientamenti, che vanno oltre l'immediato obiettivo di fornire consulenza sui singoli pazienti. Tuttavia, tale gruppo ritiene che l'estensione di suddetto modello ad altre malattie sia prematuro.
- **Valutazione della tecnologia sanitaria:** la [proposta](#) di regolamento della Commissione del gennaio 2018 punta a consolidare la cooperazione tra gli Stati membri nell'ambito della valutazione delle tecnologie sanitarie. Essa mira, tra l'altro, a evitare duplicazioni delle valutazioni nazionali per individuare il valore aggiunto di un medicinale (che aiutano i paesi dell'UE ad adottare decisioni in materia di fissazione dei prezzi e di rimborso). Il [fascicolo](#) è in corso: il Parlamento ha adottato la sua [posizione in prima lettura](#) il 14 febbraio 2019, ma gli Stati membri in seno al Consiglio sono ancora divisi sulla proposta.
- **Promozione della vaccinazione:** grazie alla proposta della Commissione di una raccomandazione del Consiglio e in linea con le richieste del Parlamento, è stato possibile rafforzare gli approcci coordinati a tale tematica. Ciò potrebbe includere la possibilità di istituire un sistema europeo di condivisione delle informazioni sui vaccini, nell'ottica di elaborare orientamenti su uno schema di vaccinazione dell'UE, una tessera di vaccinazione europea e un portale web con informazioni affidabili sui benefici e la sicurezza delle vaccinazioni; la possibilità di creare un deposito di dati virtuale sulle esigenze e le riserve in termini di vaccini al fine di affrontare le carenze di vaccini e aumentare la fornitura; e la possibilità di riunire una "coalizione per la vaccinazione" con gli operatori sanitari.

Nel settore della politica di sicurezza sociale

Nella nuova proposta per il QFP 2021-2027, le **politiche sociali** rientrano nella rubrica 2 "Coesione e valori", programma 7 "Investire nelle persone, nella coesione sociale e nei valori", che rappresenta il 34,5 % del nuovo QFP e a cui è assegnata la maggiore dotazione. Almeno il 25 % del FSE+ dovrebbe essere destinato ad azioni volte a migliorare l'inclusione sociale e almeno il 4 % a misure finalizzate a combattere la privazione materiale per perseguire le attuali attività del FEAD. Inoltre, nel 2019 gli Stati membri che presentano un tasso superiore alla media dell'UE di giovani che non hanno un lavoro, né seguono un percorso scolastico o formativo (NEET), saranno tenuti a dedicare almeno il 10 % di tale percentuale a misure di sostegno capaci di affrontare la disoccupazione giovanile, con un importo di 1,2 miliardi di EUR in regime di gestione diretta, di cui 761 milioni di EUR dovranno essere spesi nell'ambito dell'occupazione e dell'innovazione sociale. Insieme al settore della salute, tale finanziamento fornirà i mezzi per testare soluzioni innovative con un approccio transfrontaliero.

In vista delle proposte di bilancio della Commissione, nel marzo 2018 il Parlamento ha approvato una [risoluzione](#) in cui ha sottolineato che il prossimo QFP dovrebbe rientrare nell'ambito di una più ampia strategia sul futuro dell'Europa e dovrebbe affrontare alcune sfide prioritarie quali la

disoccupazione giovanile, la **povertà persistente e l'esclusione sociale**, o il fenomeno della **migrazione e dei rifugiati**.

Nella [lettera d'intenti](#) pubblicata nel settembre 2018, il presidente della Commissione Jean-Claude Juncker esorta ad adottare le proposte sulla dimensione sociale dell'UE, ivi incluse le proposte relative all'**autorità europea del lavoro**, l'aggiornamento della normativa sul **coordinamento dei sistemi di sicurezza sociali** e le proposte per migliorare la **trasparenza e la prevedibilità giuridica delle condizioni di lavoro**.

Un'ulteriore tematica su cui si rivolgerà l'attenzione nei prossimi anni è l'**adattamento dei regimi di protezione sociale**, concepiti per contratti di lavoro ordinari, alla nuova realtà nel mondo del lavoro. Sarebbe necessaria una [riforma](#) dei sistemi di sicurezza sociale che contempli i **lavoratori delle piattaforme digitali e altri lavoratori atipici**, al fine di ridurre le differenze di trattamento per le varie forme di lavoro e di estendere i regimi di protezione sociale esistenti, tra l'altro:

- rendendo obbligatoria per tutti i lavoratori l'adesione a sistemi previdenziali basati sulle prestazioni di vecchiaia statali, indipendentemente dallo status formale secondo la normativa in materia di occupazione;
- garantendo una continuità dell'assicurazione sociale e dei diritti dei lavoratori nel passaggio da un lavoro all'altro;
- riducendo o abolendo le soglie di reddito minimo per l'accesso ai regimi di protezione sociale (quali l'assicurazione sanitaria) e sostituendoli con il versamento di una percentuale del reddito;
- riducendo o abolendo i requisiti di continuità dell'occupazione per l'ammissibilità alla protezione sociale;
- promuovendo modalità di passaggio da sistemi contributivi a sistemi basati sull'imposizione generale;
- migliorando l'efficacia dell'accesso a sistemi di sicurezza sociale (non limitandosi all'accesso previsto per legge).

Il Parlamento ha altresì chiesto alla Commissione di considerare l'introduzione di una **tessera di previdenza sociale europea** o di un altro documento a livello di UE, soggetto a norme rigide in termini di protezione dei dati, per facilitare lo scambio di dati, e di svolgere un progetto pilota per un sistema di allarme preventivo relativo al lavoro sommerso.

Riguardo al **coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale**, la Commissione ha formulato una [proposta](#) nel 2016 al fine di rivedere la legislazione dell'UE vigente. Essa mira, tra l'altro, a chiarire le circostanze in cui gli Stati membri possono limitare l'accesso alle prestazioni sociali per i cittadini mobili dell'UE economicamente inattivi; a istituire un regime coerente per il coordinamento delle prestazioni per l'assistenza di lungo periodo; a proporre nuove modalità per il coordinamento delle prestazioni di disoccupazione nei casi transfrontalieri; a definire nuove disposizioni per il coordinamento delle prestazioni familiari; e a riconciliare le norme contrastanti contenute nella legislazione pertinente. In seguito alle riunioni di trilogia la Presidenza del Consiglio e il Parlamento europeo hanno raggiunto un accordo provvisorio, che però è stato respinto alla riunione del Comitato dei rappresentanti permanenti (Coreper) del 29 marzo 2019. Il Parlamento ha deciso di non chiudere la procedura di prima lettura, ma di lasciarla per la nuova legislatura.

Si prevede che la Commissione presenterà altre iniziative a sostegno della **mobilità equa**, tra cui un [numero di sicurezza sociale europeo](#), al fine di rendere i diritti di sicurezza sociale più visibili e (digitalmente) accessibili.

Nel giugno 2017 il Parlamento ha approvato una [risoluzione](#) su un'agenda europea per l'economia collaborativa, in cui sottolinea l'importanza di garantire i diritti fondamentali e un'adeguata protezione sociale dei **lavoratori nell'economia collaborativa**, incluso il diritto di azione e di contrattazione collettive.

Un'ulteriore tematica in corso è costituita dalla normativa riguardante il principio della **parità di retribuzione per uno stesso lavoro**. Nel novembre 2017 la Commissione ha pubblicato un nuovo [piano d'azione](#) sul divario retributivo di genere, corredato di una [valutazione](#) della raccomandazione della Commissione del 2014 sulla trasparenza delle retribuzioni. Il Consiglio ha esortato la Commissione a intensificare gli sforzi volti a ridurre il divario di genere nell'occupazione, nelle retribuzioni, nei guadagni e nelle pensioni. Nel giugno 2017 il Consiglio ha adottato [conclusioni](#) relative alle strategie per rendere il lavoro proficuo, in cui evidenzia che il divario retributivo di genere è un problema fondamentale, sottolinea la necessità di garantire che le donne siano in grado di partecipare pienamente al mercato del lavoro e propone misure per promuovere la parità di genere nelle retribuzioni e politiche inclusive del mercato del lavoro. Nelle [conclusioni](#) del dicembre 2017, il Consiglio ha proposto misure finalizzate a ridurre la segregazione di genere nell'istruzione e nel lavoro, una delle cause profonde del [divario retributivo di genere](#).

Nel marzo 2018 il Consiglio ha svolto un dibattito sul [futuro dell'Europa sociale post 2020](#). È stato sottolineato che i cittadini europei dovrebbero avere opportunità in termini di progresso sociale e crescita economica, focalizzando l'attenzione sull'occupazione, le esigenze del mercato del lavoro, la convergenza sociale, l'integrazione di migranti e profughi, l'inclusione delle persone più vulnerabili e la lotta contro la povertà. Il conseguimento di tali obiettivi richiederà programmi e fondi rinnovati, ad esempio il FSE, il FEAD e il FEG.

RIFERIMENTI PRINCIPALI

Kiss M., [Revising the social security coordination regulations](#) (Revisione dei regolamenti di coordinamento della sicurezza sociale), EPRS, aprile 2019.

Kiss M., [Understanding social dumping in the European Union](#) (Comprendere il dumping sociale nell'Unione europea), EPRS, marzo 2017.

Kiss M., [European Labour Authority](#) (Autorità europea del lavoro), EPRS, aprile 2019.

Lecerf M., [European Social Fund Plus \(ESF+\) 2021-2027](#) (Fondo sociale europeo Plus (FSE+) 2021-2027), EPRS, agosto 2019.

Milotay, N., [A new directive on work-life balance](#) (Una nuova direttiva sull'equilibrio tra vita professionale e vita privata), EPRS, settembre 2019.

Milotay, N., [Social governance in the European Union: Governing complex systems](#) (Governance sociale nell'Unione europea: governare sistemi complessi), EPRS, novembre 2017.

Parry M. e Sapala M., [2021-2027 multiannual financial framework and new own resources: Analysis of the Commission's proposal](#) (Quadro finanziario pluriennale 2021-2027 e nuove risorse proprie: analisi della proposta della Commissione), EPRS, luglio 2018.

Parry M. e Scholz N., [How the EU budget is spent: Health Programme](#) (Come è speso il bilancio dell'UE: programma per la salute), EPRS, dicembre 2015.

Scholz N., [Boosting cooperation on health technology assessment](#) (Incentivare la cooperazione sulla valutazione della tecnologia sanitaria), EPRS, marzo 2019.

Scholz N., [Medical devices and in vitro diagnostic medical devices](#) (Dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro), EPRS, maggio 2017.

Scholz N., [Understanding European Reference Networks: Cooperation on rare diseases across Europe](#) (Comprendere le reti di riferimento europee: cooperazione in materia di malattie rare in Europa), EPRS, giugno 2017.

Scholz N. et al., [Public expectations and EU policies: Health and social security](#) (Aspettative pubbliche e politiche dell'UE: salute e sicurezza sociale), EPRS, luglio 2016.

NOTE FINALI

¹ La presente sezione è stata elaborata da Alina Dobрева, con i grafici realizzati da Nadejda Kresnichka-Nikolchova.

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DELLA RESPONSABILITÀ E DIRITTO D'AUTORE

Il presente documento costituisce materiale informativo destinato ai deputati e al personale del Parlamento europeo ed è stato preparato per assisterli nelle loro attività parlamentari. Il contenuto del documento è di esclusiva responsabilità dell'autore/degli autori e le opinioni ivi espresse non devono essere considerate come espressione della posizione ufficiale del Parlamento europeo.

La riproduzione e la traduzione a fini non commerciali sono autorizzate, purché sia citata la fonte e il Parlamento europeo abbia ricevuto una nota di preavviso e una copia.

© Unione europea, 2019.

Fotografie: © 9dreamstudio / Fotolia.

eprs@ep.europa.eu (contatto)

www.eprs.ep.parl.union.eu (intranet)

www.europarl.europa.eu/thinktank (internet)

<http://epthinktank.eu> (blog)

