C/2025/5142

28.10.2025

Parere del Comitato economico e sociale europeo

Affrontare le disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria

(parere d'iniziativa)

(C/2025/5142)

Relatore: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Consigliere	Carlo GIACOBINI (per il relatore)
Decisione dell'Assemblea plenaria	23.1.2025
Base regolamentare	Articolo 52, paragrafo. 2, del Regolamento interno (parere d'iniziativa)
Sezione competente	Occupazione, affari sociali e cittadinanza
Adozione in sezione	27.6.2025
Adozione in sessione plenaria	16.6.2025
Sessione plenaria n.	598
Esito della votazione (favorevoli/contrari/astenuti)	176/0/4

1. Conclusioni e raccomandazioni

1.1. Il Comitato economico e sociale europeo (CESE) sottolinea l'urgente necessità di affrontare le crescenti disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria all'interno dell'UE, esacerbate dall'attuale crisi del costo della vita, dagli effetti dell'inflazione elevata e dal rischio di povertà.

1.2. Il CESE evidenzia come le difficoltà economiche si traducano in un accesso limitato all'assistenza sanitaria, con un impatto sproporzionato sulle fasce più vulnerabili della popolazione, tra cui le persone con disabilità, i minori e gli anziani. Da questo deriva la necessità di avviare misure per ridurre o compensare i costi sanitari e di assistenza a lungo termine a carico degli individui e delle famiglie a basso reddito secondo le norme nazionali.

1.3. Il CESE ribadisce l'importanza di garantire e supportare la reale attuazione dei principi 16 e 18 del pilastro europeo dei diritti sociali, che sanciscono il diritto all'accesso a cure sanitarie tempestive di prevenzione e cura e a un'assistenza a lungo termine di qualità e a costi accessibili, diritto che va supportato con un adeguato finanziamento pubblico.

1.4. Il CESE ritiene che il diritto alle cure sia un diritto fondamentale, che l'accesso alla protezione sociale sia intrinsecamente correlato alla garanzia dei diritti fondamentali e che tale accesso vada assicurato attraverso la maggiore trasparenza dei diritti e delle prestazioni nazionali.

1.5. Il CESE accoglie con favore le iniziative e le strategie dell'UE, quali il programma «UE per la salute» e la strategia farmaceutica per l'Europa, volte a rafforzare i sistemi sanitari e a garantire l'accesso ai medicinali, ma suggerisce azioni di monitoraggio della reale ed omogenea applicazione nell'Unione europea, oltre alla revisione della legislazione farmaceutica, alla cooperazione sulle politiche dei prezzi e ad una maggiore trasparenza per mitigare i costi elevati dei farmaci.

1.6. Il CESE sottolinea l'importanza di garantire un quadro più chiaro, efficace e trasparente per le prestazioni di assistenza sanitaria transfrontaliera, conciliando la sussidiarietà in materia di assistenza sanitaria basata sulle rispettive normative con l'esigenza di un modus operandi coerente per i trattamenti transfrontalieri.

1.7. Il CESE raccomanda la promozione di iniziative utili allo scambio di buone pratiche in materia di politiche sanitarie e di assistenza sociale inclusive, anche valutando l'ipotesi di elaborare una nomenclatura di base comune dei servizi sanitari e sociali per superare le difficoltà semantiche, consentire una più agevole comparazione e porre le basi per analisi comuni, premesse all'elaborazione di indirizzi condivisi.

1.8. Il CESE sottolinea la necessità di un'azione più incisiva per tradurre principi e strategie in risultati concreti, proponendo nuovamente in particolare il lancio di una Garanzia europea per l'assistenza per assicurare a tutti i residenti nell'UE un accesso permanente a servizi sanitari e di assistenza di qualità a prezzi accessibili, affrontare le carenze di assistenza e promuovere condizioni di lavoro dignitose e opportunità di formazione.

1.9. Il CESE raccomanda di:

— monitorare l'attuazione dei principi del pilastro europeo dei diritti sociali e responsabilizzare gli Stati membri;

— garantire che vi siano investimenti adeguati nei sistemi sanitari pubblici e che i finanziamenti e le iniziative dell'UE siano specificamente indirizzati alla riduzione delle barriere economiche all'accesso all'assistenza sanitaria;

— condurre ricerche per comprendere le differenze territoriali nell'efficacia delle politiche sanitarie;

— elaborare orientamenti a livello dell'UE per affrontare le barriere specifiche all'accesso, tra cui quelle finanziarie, organizzative e discriminatorie;

— promuovere l'economia sociale e l'innovazione sociale per migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria.

1.10. Il CESE è pronto a contribuire attivamente alla realizzazione di questi obiettivi, coinvolgendo le parti sociali e le organizzazioni della società civile.

2. **Osservazioni generali**

2.1. L'inflazione elevata e la crisi del costo della vita hanno eroso il potere d'acquisto delle famiglie dell'UE, aumentando del 10 % il costo della vita. Questo rende difficile coprire le spese essenziali, inclusa l'assistenza sanitaria, sia per i costi diretti (ticket, farmaci) e indiretti (trasporto, perdita di salario) sia per la difficoltà a cui si aggiunge la scarsità di personale sanitario preparato. I dati Eurostat 2023 mostrano che il 3,8 % della popolazione UE ha bisogni sanitari insoddisfatti, con il costo che figura come causa principale per il 2,4 %, in particolare nei paesi dove il trattamento deve essere pagato dal paziente e viene rimborsato successivamente dalla previdenza sociale ([1]). Ciò può portare a ritardi nella ricerca di cure o alla rinuncia a trattamenti necessari, con conseguenze negative a lungo termine per la salute ([2]).

2.2. Esiste una chiara correlazione tra reddito e accesso alla sanità: nel 2023 il 2,2 % del quintile di reddito più basso ha riportato bisogni medici insoddisfatti a causa delle maggiori spese, contro lo 0,2 % del quintile più alto. Questo evidenzia come i sistemi sanitari non proteggano adeguatamente le fasce più vulnerabili, e l'inflazione peggiora ulteriormente questa situazione, portando a ritardi o rinunce alle cure ([3]).

([1]) Eurostat, 2024, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics.
([2]) Eurohealthnet.eu, https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/publications/2023/2305_policyprecis_col.pdf.
([3]) Eurostat, 2024, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics.

2.3. Le persone con disabilità sono particolarmente a rischio: nel 2023 il 28,8 % era a rischio di povertà o esclusione sociale, contro il 18 % delle persone senza disabilità. Devono affrontare costi aggiuntivi per la loro condizione, e la crisi del costo della vita aggrava queste disuguaglianze, compromettendo il loro accesso all'assistenza e peggiorando le loro condizioni di salute ([4]).

2.4. L'inflazione pesa anche sui bilanci dei sistemi sanitari, con il rischio che i fornitori aumentino i prezzi o riducano la disponibilità di cure pubbliche. È fondamentale che gli Stati membri sviluppino strategie a lungo termine per affrontare gli effetti dell'inflazione sui sistemi sanitari e garantire la qualità e l'accessibilità dei servizi, altrimenti l'accessibilità economica sarà compromessa ([5]).

2.5. Nel 2022 quasi il 25 % delle persone a rischio di povertà nell'UE ha riferito di avere difficoltà motorie moderate o gravi, e il 19 % ha avuto problemi ad affrontare le spese mediche. Questa statistica evidenzia come le persone in condizioni socioeconomiche precarie siano colpite in modo sproporzionato da problemi di salute e incontrino maggiori ostacoli finanziari nell'ottenere l'assistenza necessaria ([6]).

2.6. La situazione varia ampiamente tra gli Stati membri. Nel 2022 la percentuale di persone a rischio di povertà con difficoltà ad affrontare le spese mediche variava dal 43 % in Bulgaria al 3,4 % in Estonia. Queste disparità sottolineano il ruolo cruciale delle politiche e dei sistemi sanitari nazionali nel mitigare o esacerbare l'impatto della povertà sull'accesso all'assistenza ([7]).

3. **I principi e gli orientamenti**

3.1. Il principio 16 del pilastro europeo dei diritti sociali garantisce a ogni persona l'accesso tempestivo a un'assistenza sanitaria preventiva e terapeutica di buona qualità e a costi accessibili. Ciò implica che costi e liste d'attesa non devono impedire l'accesso alle cure, e fornisce una base per le politiche sanitarie a livello UE e nazionale.

3.2. Il principio 18 del pilastro europeo garantisce il diritto a servizi di assistenza a lungo termine di qualità e a prezzi accessibili, in particolare a domicilio e locali. Questi servizi supportano persone con disabilità, malattie croniche o fragilità che necessitano di un sostegno intensivo per le attività quotidiane, i cui costi non devono essere un ostacolo grazie a un adeguato finanziamento pubblico.

3.3. Il programma «UE per la salute» (EU4Health) (2021-2027) mira a costruire sistemi sanitari più forti, resilienti e accessibili, fornisce sostegno finanziario nel settore sanitario e contribuisce ad affrontare le sfide sanitarie a lungo termine. Il programma dimostra l'impegno dell'UE a investire nei sistemi sanitari, migliorando anche l'accessibilità ([8]).

3.4. La strategia farmaceutica per l'Europa ha come obiettivi primari quelli di garantire l'accesso ai medicinali a prezzi accessibili e di assicurare la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari. La strategia riconosce la crescente sfida rappresentata dai farmaci costosi e propone azioni come la revisione della legislazione farmaceutica, la cooperazione sulle politiche dei prezzi e una maggiore trasparenza per mitigare i costi elevati dei farmaci ([9]).

([4]) Statistiche sulla disabilità - povertà e disuguaglianze di reddito (Eurostat, 2024), https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_poverty_and_income_inequalities.
([5]) EuroHealth Observatory, 2024, https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-system-effects-of-economy-wide-inflation-how-resilient-are-european-health-systems.
([6]) Eurostat, 2024, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_problems_and_financial_burden_of_care.
([7]) Eurostat, 2024, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_problems_and_financial_burden_of_care.
([8]) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2021.107.01.0001.01.ITA.
([9]) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:52020DC0761.

3.5. La raccomandazione del Consiglio sull'accesso a un'assistenza a lungo termine di elevata qualità e a prezzi accessibili (2022) affronta l'idoneità e la qualità dei servizi di assistenza a lungo termine, ma – data la sua natura giuridica – non stabilisce una definizione comune per tali servizi. Anche in ambiti specifici come l'assistenza a lungo termine, dove esistono questioni transfrontaliere come la mobilità del lavoro, l'attenzione rimane sulla qualità e sull'accessibilità economica. Questo è spiegato dalla divisione delle competenze e dalle differenze nel modo in cui l'assistenza a lungo termine è organizzata e fornita negli Stati membri, influenzato da fattori culturali e demografici. Tuttavia, il CESE osserva che, ai fini della raccomandazione, per «assistenza a lungo termine» si intende una «serie di servizi e assistenza a persone che, a causa di fragilità mentale e/o fisica, di malattia e/o di disabilità per un periodo di tempo prolungato, dipendono dal sostegno altrui per svolgere le attività della vita quotidiana e/o necessitano di cure infermieristiche permanenti. Le attività della vita quotidiana per le quali è necessario ricevere sostegno possono essere le attività di cura personale che una persona deve svolgere quotidianamente, vale a dire attività della vita quotidiana come lavarsi, vestirsi, mangiare, mettersi a letto o alzarsi dal letto, sedersi o alzarsi da una sedia, spostarsi, andare in bagno e controllare le funzioni della vescica e dell'intestino, o possono riguardare la vita indipendente, vale a dire attività strumentali della vita quotidiana, come farsi da mangiare, gestire il denaro, fare la spesa o acquistare effetti personali, svolgere faccende domestiche più o meno pesanti, e telefonare» ([10]).

3.6. Il parere del CESE sul tema *Il personale sanitario e la strategia per l'assistenza per il futuro dell'Europa* ([11]) ha proposto una garanzia europea per l'assistenza intesa ad assicurare a tutti i residenti dell'UE l'accesso a servizi sanitari e di assistenza di qualità e a prezzi accessibili, affrontando le carenze e promuovendo condizioni di lavoro dignitose.

3.7. Il parere del CESE sul tema *Combattere la povertà e l'esclusione sociale sfruttando il potere dell'economia sociale e delle innovazioni socioeconomiche* ([12]) evidenzia l'interconnessione tra lotta alla povertà e accesso all'assistenza sanitaria, sottolineando la necessità di soluzioni integrate. Affrontare la povertà e il rischio di povertà è un prerequisito per garantire un accesso equo a servizi quali l'assistenza sanitaria ([13]).

3.8. Il parere del CESE sul tema *Elaborare un'iniziativa faro europea per la salute* ([14]) chiede un'iniziativa basata sui principi di universalità, qualità, accessibilità, solidarietà e inclusività, proponendo l'istituzione di una garanzia europea per l'assistenza sanitaria e la salute.

3.9. Il parere del CESE in merito alla *Proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera* ([15]) ha accolto l'obiettivo di un quadro chiaro per l'assistenza transfrontaliera, ma ha sottolineato la necessità di conciliare la sussidiarietà con l'esigenza di un modus operandi coerente e l'integrazione di una carta europea dei diritti dei pazienti nelle normative nazionali. La conseguente direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio ([16]) è stata adottata tenendo conto dei pareri istituzionali, incluso quello del CESE.

3.10. La direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio (PE-CONS 49/24) ([17]) che istituisce la carta europea della disabilità e il contrassegno europeo di parcheggio per le persone con disabilità stabilisce la trasportabilità del diritto «a servizi specifici sulla base di una disabilità nello Stato membro in cui sono in viaggio o in visita», denominandolo «assistenza personale».

([10]) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32022H1215(01).

([11]) Parere del Comitato economico e sociale europeo sulla forza lavoro nel settore sanitario e sulla strategia dell'assistenza per il futuro dell'Europa (parere d'iniziativa) (GU C 486 del 21.12.2022, pag. 37).

([12]) Parere del Comitato economico e sociale europeo sulla lotta contro la povertà e l'esclusione sociale: sfruttare il potere dell'economia sociale e delle innovazioni socioeconomiche (parere esplorativo) (GU C, C/2024/2097, 26.3.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([13]) Parere del Comitato economico e sociale europeo sulla lotta contro la povertà e l'esclusione sociale: sfruttare il potere dell'economia sociale e delle innovazioni socioeconomiche (parere esplorativo) (GU C, C/2024/2097, 26.3.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/2097/oj).

([14]) Parere del Comitato economico e sociale europeo – Verso un'iniziativa faro europea per la salute (parere d'iniziativa) (GU C, C/2025/105, 10.1.2025, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2025/105/oj).

([15]) Parere del Comitato economico e sociale europeo sulla proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio relativa all'applicazione dei diritti dei pazienti in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera (GU C 175 del 28.7.2009, pag. 116), https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008AE1927t.

([16]) Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera (GU L 88 del 4.4.2011, pag. 45), https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&rid=1.

([17]) https://data.consilium.europa.eu/doc/document/PE-49-2024-INIT/it/pdf.

4. **Conoscere e affrontare le disuguaglianze**

4.1. È fondamentale monitorare l'attuazione dei principi 16 e 18 del pilastro e responsabilizzare gli Stati membri affinché garantiscano un accesso economicamente sostenibile alla salute e all'assistenza di lungo termine. A tal fine è necessario un finanziamento adeguato dell'assistenza sanitaria pubblica e delle relative infrastrutture.

4.2. Promuovere l'economia sociale e l'innovazione sociale potrebbe offrire approcci nuovi per migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria per le parti più vulnerabili della popolazione. È necessario garantire investimenti pubblici adeguati; tuttavia, esplorare modelli alternativi di fornitura e finanziamento dell'assistenza sanitaria potrebbe aiutare a superare le barriere tradizionali.

4.3. Le risorse finanziarie sono un elemento chiave per migliorare le infrastrutture e i servizi sanitari. È importante garantire che i finanziamenti e le iniziative del programma EU4Health (2021-2027) siano indirizzati alla riduzione delle barriere economiche all'accesso all'assistenza sanitaria e alle soluzioni che ne garantiscano la congruente sostenibilità.

4.4. Considerando le profonde differenze territoriali, appare importante sviluppare ricerche per comprenderne le cause e per capire i motivi per i quali in alcuni paesi le politiche sono più efficaci anche in presenza di pari fenomeni di impoverimento.

4.5. Appare utile promuovere lo scambio di buone pratiche in materia di sviluppo e attuazione di politiche sanitarie e di assistenza sociale inclusive. In tal senso va anche valutata l'ipotesi di elaborare una nomenclatura di base comune dei servizi sanitari e sociali per superare le difficoltà semantiche, consentire una più agevole comparazione e porre le basi per analisi comuni, premesse all'elaborazione di indirizzi condivisi.

4.6. Il modello di riferimento per giungere ad una nomenclatura omogenea e comune potrebbe essere il PES Network, la rete europea dei servizi pubblici per l'impiego (*Public Employment Services Network*) che, per rafforzare l'efficienza dei servizi pubblici per l'impiego, promuove il confronto tra i diversi paesi, individua buone pratiche sulla base di evidenze scientifiche e promuove l'apprendimento reciproco tra i PES europei. Di questa rete fanno parte tutti gli Stati membri, la Norvegia, l'Islanda e la Commissione europea.

4.7. È utile sviluppare orientamenti o raccomandazioni a livello dell'UE per affrontare barriere specifiche all'accesso, come le difficoltà finanziarie, gli ostacoli organizzativi e discriminatori e le circostanze personali. Con l'intervento della Commissione, è opportuno orientare gli Stati verso politiche intese a:

— garantire investimenti adeguati nei sistemi sanitari pubblici per assicurare un accesso universale e a prezzi accessibili a un'assistenza di qualità;

— rafforzare le reti di sicurezza sociale, compresi i regimi di reddito minimo e le indennità di disoccupazione, per ridurre la povertà e il rischio di povertà, che hanno un impatto sull'accesso ai servizi sanitari e assistenziali;

— attuare misure per ridurre o compensare i costi sanitari e di assistenza a lungo termine a carico degli individui e delle famiglie a basso reddito secondo le norme nazionali;

— migliorare l'accessibilità e la disponibilità dei servizi sociali, tra cui l'assistenza a lungo termine, il sostegno abitativo e i servizi per le famiglie con bambini;

— affrontare le barriere all'accesso all'assistenza sanitaria, come i lunghi tempi di attesa, la carenza di forza lavoro e la mancanza di coordinamento tra i diversi livelli di assistenza;

— attuare programmi di sensibilizzazione mirati, al fine di mettere in contatto le popolazioni vulnerabili con i servizi sanitari e sociali disponibili.

4.8. Per contribuire a tali obiettivi, il CESE può usare la sua funzione di facilitatore di processi positivi coinvolgendo la società civile nella promozione di approfondimenti e ricerche.

Bruxelles, 16 luglio 2025

Il presidente
del Comitato economico e sociale europeo
Oliver RÖPKE