



VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici – pag. 47

Stato di attuazione della direttiva europea sull'assistenza sanitaria transfrontaliera
a cura di Maurizio Campagna – Davide De Persis – Francesco Florindi

Cosa si intende per assistenza sanitaria transfrontaliera?

La **Direttiva 24/2011/UE** del Parlamento europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011, disciplina i diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, **vale a dire la possibilità di ricevere cure in un Paese membro dell'UE diverso da quello di residenza, con oneri a carico di quest'ultimo**. La disciplina presenta più di una peculiarità con riferimento al sistema delle libertà fondamentali dell'Unione. L'assistenza transfrontaliera si colloca, infatti, sul punto di intersezione tra la libertà di circolazione delle persone e la libertà di prestazione dei servizi. L'obiettivo ambizioso della Direttiva e delle norme nazionali di recepimento è disegnare un vero e proprio «statuto giuridico del paziente europeo», garantendo, in particolare, la concreta attuazione della libertà di circolazione delle persone, *sub specie* circolazione dei pazienti. Il sistema disegnato dalla Direttiva dovrebbe garantire al paziente assicurato in uno degli Stati membri dell'UE la scelta di ricevere cure, programmate o non programmate, in uno Stato diverso da quello di appartenenza. Sono esclusi espressamente dall'ambito di applicazione della Direttiva *i*) i servizi assistenziali di lunga durata, il cui scopo è sostenere le persone che necessitano di assistenza nello svolgimento di compiti quotidiani e di routine, *ii*) l'assegnazione e l'accesso agli organi ai fini dei trapianti, *iii*) i programmi pubblici di vaccinazione contro le malattie contagiose rivolti esclusivamente alla popolazione di un determinato Stato membro. La Direttiva delinea un sistema di assistenza indiretta che consente, solo a seguito di autorizzazione rilasciata dalle competenti autorità sanitarie, di ottenere il rimborso dei costi sostenuti dai pazienti transfrontalieri per prestazioni sanitarie erogate in un Paese diverso da quello di residenza. Gli Stati *possono* (non devono) prevedere un sistema di autorizzazione purché lo stesso non costituisca un mezzo di discriminazione arbitraria o un ostacolo ingiustificato alla libera circolazione dei pazienti. Nella pratica, le ipotesi in cui gli Stati possono prevedere la preventiva autorizzazione sembrano andare molto oltre i confini dell'eccezione.

A che punto è l'attuazione della Direttiva sull'assistenza sanitaria transfrontaliera in Italia?

Il ritardo con cui, sin dall'inizio, l'Italia ha recepito la Direttiva 24/2011/UE si è protratto e permane tuttora nella fase attuativa. Non sono stati ancora emanati gli atti regolamentari da parte del Ministero della Salute, necessari per dare piena attuazione alla Direttiva. Dopo l'emanazione del **d.lgs. n. 38 del 2014** con cui l'Italia ha recepito congiuntamente la Direttiva 24/2011/UE e la Direttiva 52/2012/UE, recante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro, il Ministero della salute non ha ancora provveduto ad adottare il

decreto che con cui devono essere individuate molte delle prestazioni sanitarie soggette ad autorizzazione. La piena operatività della Direttiva in Italia è, al momento, compromessa.

Quale è il ruolo dei Punti di Contatto Nazionali?

Nel complessivo disegno del sistema dell'assistenza transfrontaliera di fondamentale importanza è il ruolo del Punto di contatto nazionale (NCP) istituito presso il Ministero della salute. La *mission* del Punto di contatto nazionale è facilitare lo scambio delle informazioni rilevanti e necessarie per una scelta consapevole e informata di mobilità. Insieme agli analoghi centri regionali che ogni Regione può istituire, il NCP dovrebbe regolare un flusso di comunicazioni istituzionali interne ed esterne dirette anche verso la Commissione, ma soprattutto verso i pazienti che richiedono informazioni per l'esercizio del loro diritto alla mobilità sanitaria. La rete dei Punti di Contatto, Nazionali e regionali (o equivalenti) dovrebbe essere il motore dell'integrazione tra i sistemi sanitari dei Paesi membri in un'ottica di piena realizzazione di uno spazio sanitario unico europeo. Per il buon funzionamento dei Punti di contatto nazionali e regionali, è imprescindibile il **contributo delle associazioni di pazienti** e dei *provider*. Con l'apporto di tutti gli *stakeholder* coinvolti sarà possibile individuare la quantità e la qualità di informazioni necessarie per favorire l'autodeterminazione dei pazienti e la scelta consapevole del luogo di cura.

Quale futuro possibile per l'assistenza sanitaria transfrontaliera?

In una fase storica di crisi finanziaria e politica del modello sociale europeo, lo sviluppo concreto della Direttiva sarà legato ai profili compatibili con la ristrutturazione del welfare e con l'urgenza di una razionalizzazione della spesa sanitaria. Sarà così di fondamentale importanza, cogliere e sviluppare l'impulso che viene dal nuovo quadro normativo alla cooperazione al fine di sviluppare **le capacità di diagnosi e cura nell'ambito delle malattie rare**. Con riferimento a quest'ultimo tipo di patologie, infatti, la considerazione di un unico spazio europeo ai fini della programmazione e della costituzione di una rete di centri erogatori di prestazioni, potrebbe favorire una corretta allocazione delle risorse (scarse) evitando inutili e costose duplicazioni da un lato, e promuovendo la condivisione delle competenze acquisite e dei risultati raggiunti, nonché la circolazione delle *best practices* dall'altro. Pretendere sviluppi diversi del sistema della mobilità sanitaria significherebbe sancirne il fallimento totale. Anche il supporto alla costruzione di reti mediante l'introduzione di importanti strumenti di cooperazione tra gli Stati e sulla base di un quadro di regole chiare dettate dalla Commissione dovrà essere un pilastro per il futuro della mobilità sanitaria.