

Levico Terme, 19/10/2013

**Convegno su LE NUOVE FRONTIERE DEL SISTEMA
SANITARIO EUROPEO**

**L'applicazione della direttiva sui diritti dei pazienti all'assistenza
transfrontaliera nella medicina tradizionale ed in quella termale**

Intervento su:

**"Lo stato di attuazione della direttiva europea sui diritti dei pazienti
all'assistenza sanitaria transfrontaliera"**

L'Unione Europea nasce per condividere invece che per egemonizzare: era questo il sogno di De Gasperi, Schumann e degli altri padri fondatori. Si è iniziato con il carbone e l'acciaio, per i quali si erano combattute ben tre lunghe e sanguinosissime guerre tra il 1870 e il 1945, due delle quali sono state chiamate "mondiali", partendo sempre dallo stesso conflitto tra Francia e Germania. Alle politiche relative alla gestione del carbone e dell'acciaio si sono uniti molti altri settori, e ai sei Paesi fondatori (Francia, Germania, Italia, Belgio, Olanda e Lussemburgo) se ne sono aggiunti altri 22, ma lo spirito è sempre quello: se un Paese ha qualcosa che serve anche agli altri, ci accordiamo per cercare un modo per condividere e non pretendiamo l'utilizzo esclusivo. Applicando questo principio alla sanità, la Corte di Giustizia Europea ha dovuto in qualche modo sopperire a questa mancanza di "uniformità" attraverso le sue sentenze interpretative **sull'estensione del diritto europeo anche materie, come quella sanitaria, che, per scelta, sono rimaste di competenza nazionale (per lo più regionale nel caso italiano)**. Dato che manca una competenza primaria dell'UE in materia di "tutela dalla salute" e **non essendovi un unico modello di welfare a**

livello europeo, risulta difficile anche assicurare l'effettività della tutela del diritto alla salute. Per quanto riguarda le politiche sanitarie, l'**Unione europea ha, infatti, solo competenze complementari e di coordinamento rispetto agli Stati Membri**. Si è reso dunque necessario un impianto normativo per ristabilire la certezza del diritto, e quindi si è giunti a questa **direttiva, approvata dal Parlamento Europeo e dal Consiglio nel 2011, che ora è in vigore e che deve essere recepita nei 28 Stati Membri entro venerdì prossimo, 25 ottobre.**

Il punto di partenza è questo: se un paziente di Trieste trova meno coda in un ospedale sloveno (e viceversa), perché deve attendere di più per ottenere le stesse cure? Oppure: se un paziente italiano ha un problema estremamente specifico che potrebbe essere curato al meglio a Parigi, perché negargli quelle cure? Ricordiamoci che non stiamo parlando di un servizio qualunque, ma del diritto alla salute che a tutti deve essere garantito! **L'art. 32 della Costituzione italiana sancisce il diritto alla salute come un bene tutelato dallo Stato**, guardando invece **al diritto europeo**, il vero nodo da sciogliere è quello di **trovare una sintesi tra la visione del servizio sanitario visto come servizio universale che protegge il diritto alla salute e il principio giuridico di concorrenza**, nonché il **carattere economico di molte prestazioni sanitarie**. Dall'altro lato, si pongono anche dei problemi organizzativi: se per un motivo qualunque ho bisogno di cure quando sono a Bruxelles, chi deve pagare per queste cure? Inoltre, se il medico parigino dell'esempio fatto poc'anzi prescrive dei farmaci che in Italia non ci sono, come fa il paziente a curarsi quando torna a casa? A queste domande di ordine pratico deve rispondere la legislazione nazionale emanata per recepire la direttiva, che ha fissato dei paletti ben precisi. Ci sono dunque tre aspetti principali sotto la lente d'ingrandimento della Commissione Europea, che ha, tra gli altri, il compito di verificare che le direttive siano recepite correttamente:

il primo è rappresentato dalla **possibilità di accedere** a cure negli altri Stati Membri dell'UE; il secondo riguarda la **riconoscibilità delle prescrizioni** da uno Stato all'altro; il terzo, e ultimo, è relativo alla **ripartizione dei costi**.

Andiamo dunque con ordine: **l'articolo 35 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea** recita, testualmente, "*Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana*". Questa è la base giuridica che copre il primo aspetto. Ogni atto contrario, che si tratti di un atto normativo o di un'azione commessa in una struttura sanitaria, è dunque perseguibile.

Passiamo al secondo aspetto, vale a dire la riconoscibilità delle prescrizioni: la Commissione ha già emanato la **Direttiva di Esecuzione 2012/52/UE del 20 dicembre 2012 comportante "Misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro"**. Anch'essa deve essere recepita entro venerdì prossimo, e prevede, soprattutto per le **ricette che devono essere presentate ad un farmacista di un altro Stato dell'UE, che il medicinale prescritto sia indicato secondo la denominazione generica o meglio del principio generico**(per questo l'Organizzazione Mondiale della Sanità aiuta con le sue tabelle) e che i riferimenti del medico prescrivente siano ben evidenti perché il farmacista possa contattarlo in caso di dubbio.

Il terzo aspetto è indubbiamente quello più delicato e più complicato: assicurare che i pazienti abbiano **diritto al rimborso** e lo ottengano, per **prestazioni di elevata qualità**, stabilendo una **cooperazione formale** fra i sistemi sanitari dei diversi Paesi. Nelle nostre intenzioni, il paziente deve innanzitutto **informarsi in anticipo** attraverso i **Punti di Contatto Nazionali**

per sapere se è necessaria un'autorizzazione preventiva, le eventuali ragioni per un rifiuto, qual è il livello del rimborso, e se è necessario pagare in anticipo. In questo modo, i pazienti beneficiano di un'attribuzione chiara delle responsabilità, e dei diritti previsti dalla legislazione per la revisione di una decisione amministrativa nonché per adire le vie legali in caso di errore. La direttiva prevede inoltre casi specifici per la necessità di chiedere un'autorizzazione preventiva e per evitare speculazioni a spese del sistema sanitario nazionale (una prestazione all'estero non verrà comunque pagata - a meno che non intervenga il paziente aggiungendo il resto - più di quanto sarebbe pagata all'interno dello Stato).

La Commissione Europea ha condotto un lavoro bilaterale con gli allora 27 Paesi per agevolare il processo di recepimento. Inoltre, ha aperto sul proprio sito un portale per permettere a chiunque di trovare i riferimenti e le informazioni necessarie. Al momento, non tutti gli Stati hanno predisposto un portale per queste informazioni, e molti lo hanno fatto, ovviamente, nella propria lingua. La Commissione, con i suoi servizi linguistici, ha tutti gli strumenti per monitorare e, nel caso in cui il Parlamento invii delle sollecitazioni a tal proposito, proporre delle correzioni alla normativa esistente.

Chiaramente, è ancora presto per poter valutare come questa direttiva viene applicata. Tuttavia, si rilevano due importanti passi in avanti: **innanzitutto l'introduzione della tessera europea di assicurazione malattia, che permette di ottenere cure mediche per chi si trova temporaneamente nei 28 Stati dell'UE e nei 4 Paesi dell'EFTA** (Norvegia, Islanda, Svizzera e Liechtenstein). Non vale per chi va all'estero con lo scopo di ottenere cure mediche, non si sostituisce ad un'eventuale assicurazione di viaggio nel senso che non copre alcuni costi (spesa sanitaria privata, oggetti persi o rubati, ecc.) e non garantisce

servizi gratuiti perché questo dipende dal Paese in cui ci si trova. Inoltre si è provveduto a dotare l'UE di un numero unico di emergenza: il 112. In Italia, in realtà, con il 112 si chiamano i carabinieri mentre, come tutti sanno, è il 118 il numero per chiamare le ambulanze. Tuttavia, viene comunque considerato come numero di emergenza ovunque ci si trovi. **Ho anche presentato un'interrogazione alla Commissione, tempo fa, per chiedere conto della capacità di risposta in diverse lingue e il risultato è piuttosto soddisfacente** (per quanto migliorabile) nel senso che nella stragrande maggioranza dei Paesi Europei gli operatori sanno rispondere anche in inglese se non anche in altre lingue.

Una questione ancora aperta è quella che riguarda la mobilità dei lavoratori. Il Mercato Unico esiste e la Commissione parlamentare di cui sono membro fa tutto il possibile per migliorarlo: se da un lato si vuole facilitare la mobilità dei pazienti, è giusto che anche i professionisti possano spostarsi, sia che ciò accada per ragioni personali, sia per specializzarsi ulteriormente (ricordate l'esempio del problema che si può curare al meglio a Parigi? Se un giovane medico vuole acquisire expertise su quel problema, perché non deve poter andare a specializzarsi a Parigi?). Per questo motivo, durante la scorsa sessione plenaria abbiamo approvato alcune modifiche alla direttiva sul riconoscimento delle qualifiche professionali. Sicuramente c'è la questione linguistica da non sottovalutare, ma superata questa barriera abbiamo cercato di fare in modo che una qualifica conseguita in uno Stato membro possa essere agevolmente riconosciuta anche altrove. In linea di principio fila tutto liscio, ma in realtà ci sono diversi aspetti problematici: innanzitutto, cosa accade se, ad esempio, un infermiere che ha seguito un corso di due anni a partire dai sedici anni va in uno Stato in cui per ottenere questo titolo si deve seguire un corso universitario (post-diploma di scuola superiore) di tre anni? Per questo genere di casi abbiamo previsto la possibilità di

"accesso parziale", vale a dire di poter esercitare la professione soltanto limitatamente alle mansioni che si potevano svolgere nel proprio Paese di provenienza. Un altro aspetto importante, di cui abbiamo dovuto discutere a lungo, riguarda la **Carta Professionale Europea, vale a dire l'apertura di un fascicolo informatico in cui sono inserite tutte le caratteristiche professionali del lavoratore, in modo da facilitare lo scambio di informazioni all'interno del Sistema Informativo europeo.**

Sono sicuramente tante le resistenze al cambiamento, ma siamo convinti che, essendo noi tutti clienti, l'esperienza di abbattimento dei costi e di innalzamento della qualità derivanti dalla concorrenza convincerà anche i più scettici.

Infine, voglio sfatare un luogo comune che potrebbe insorgere ascoltando di tutte queste facilitazioni all'acquisto transfrontaliero di servizi medici: cosa succederebbe se gli ospedali del Trentino-Alto Adige si riempissero di Croati che vengono a farsi curare qui? Sicuramente i trentini e gli altoatesini sarebbero svantaggiati perché dovrebbero subire liste d'attesa più lunghe e servizi più intasati. Tuttavia, **io credo fermamente nel mercato**, e penso che all'aumentare della domanda le aziende sanitarie potrebbero pensare di investire per espandersi, riportando le liste d'attesa al livello precedente ma allo stesso tempo creando maggiore occupazione. Trovarsi, dunque, in un'area in cui il livello professionale dei medici è elevato e le strutture sono all'avanguardia può essere un vantaggio sia per i medici stessi che per tutto l'indotto. Se, dall'altro lato, il sistema sanitario locale fosse scadente, i pazienti migrerebbero in un'altra zona, finendo per punire gli amministrativi per gli investimenti non fatti e i medici per la professionalità non acquisita. E il risultato, in italiano, si definisce "efficienza".

Questo è uno dei difetti della nostra Italia, e una delle direzioni su cui puntiamo quando, a Bruxelles e a Strasburgo, proponiamo regolamenti e

direttive: **premiare il merito, mettere in condizione di poter crescere chi lavora bene ma allo stesso tempo prevedere reti di protezione sociale per coloro che non riescono a stare a galla.** Io mi batto per questi principii, e ho visto che laddove sono applicati, tutto funziona meglio. Non sarà mica un caso?