

LA DIRETTIVA 2011/24/UE SUI DIRITTI DEI PAZIENTI RELATIVI ALL'ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA. VERSO UN DIRITTO ALLA SALUTE EUROPEO?*

Di Alessandro Errante Parrino

| 379

La direttiva 2011/24/UE sui diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Verso un diritto alla salute europeo? (Alessandro Errante Parrino)

SOMMARIO: *Introduzione: salute e coesione sociale. – 2. La salute nelle fonti del diritto europeo. – 3. Il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. – 4. La libera circolazione dei servizi sanitari. – 5. La direttiva sui diritti dei pazienti nelle cure transfrontaliere. – 5.1. Il fenomeno delle cure transfrontaliere e la base giuridica della direttiva. – 5.2. Il mercato e la libera circolazione dei servizi sanitari. – 5.3. Struttura della direttiva: il diritto al rimborso. – 5.4. Trasparenza nelle informazioni e diritti dei pazienti. – 6. Conclusioni*

1. Introduzione: salute e coesione sociale

In un momento storico tanto travagliato per gli Stati europei, e per l'intero mondo occidentale¹, sono molteplici gli interrogativi che emergono sulla sostenibilità economica del modello sociale europeo.

Se, da una parte, una maggiore coesione sociale tra gli Stati membri appare l'unica soluzione in grado di consentire un rilancio dell'Unione stessa, dall'altra, le recenti politiche di austerità hanno provocato una sostanziale contrazione nella spesa degli Stati per la prestazione di servizi volti alla realizzazione dei diritti dei cittadini.

La spesa sanitaria costituisce uno dei capitoli più onerosi per i bilanci nazionali e il dibattito politico è attento alla possibilità di razionalizzare tale spesa sia rimuovendo gli sprechi che ottimizzando l'organizzazione delle risorse e l'erogazione dei servizi.

Nelle politiche dell'Unione Europea essa non costituisce un semplice costo, in quanto la stessa Commissione considera la spesa sanitaria un investimento, dato che *“una popolazione in buona salute è anche una condizione essenziale per la produttività e la prosperità economica”*²; secondo il Consiglio i sistemi sanitari costituiscono *“uno degli elementi essenziali dell'alto livello di protezione sociale dell'Europa e contribuiscono notevolmente alla coesione e giustizia sociali”*³.

La salute è importante per il benessere dei singoli e della società; essa va tutelata *“come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”*⁴.

Il diritto dei privati ha contribuito alla tutela di tale diritto fondamentale che ha rappresentato un presidio per la protezione della persona nel suo

* Il presente scritto riproduce l'intervento al convegno *“Diritti e Coesione Sociale. I diversi modelli di giustizia sociale nell'Unione Europea”*, tenutosi a Firenze l'8 maggio 2013.

¹ P. SCHLESINGER, *La globalizzazione nel sistema finanziario*, in *Persona e merc.*, 2011, 4, 245.

² Libro bianco della Commissione dal titolo *“Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013”* (COM (2007) 630).

³ Conclusioni del Consiglio sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione Europea, del 22 giugno 2006, (2006/C 146/01); in <http://ec.europa.eu/>.

⁴ Art. 32 Costituzione.



complessivo stato psico-fisico e dinamico-relazionale⁵.

Oltre ciò la salute è stata oggetto di un impegno positivo dello Stato che, con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, si è fatto carico direttamente degli oneri necessari *“alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”*⁶.

In altri termini la salute dei cittadini europei non può che rivestire un ruolo fondamentale nel divenire del progetto europeo; sia per esigenze economiche, legate alla necessità di riuscire a sostenerne i costi, che per esigenze di giustizia e coesione sociale, poiché il diritto ad essere curati è divenuto un corollario del diritto fondamentale alla salute; assicurarne la realizzazione effettiva nell'ordinamento europeo potrebbe rappresentare un primo passo verso un Europa dei diritti, meno rivolta al mercato e più attenta alla persona.

2. La salute nelle fonti del diritto europeo.

Sulla base del principio delle competenze di attribuzione, l'Unione Europea può agire soltanto nei settori in cui ciò sia contemplato dai trattati e soltanto per gli obiettivi che i trattati stessi indicano⁷.

La *“tutela e il miglioramento della salute umana”* rientrano tra le competenze c.d. del *“terzo tipo”* ovvero, quelle in cui l'Unione *“svolge azioni intese a sostenere, coordinare o completare l'azione degli Stati membri, senza tuttavia sostituirsi alla loro competenza”*⁸, come risulta dall'art. 6 lett. a) dello stesso TFUE.

Tuttavia il ruolo della salute nelle politiche ed azioni europee non può essere relegato alla sola politica sanitaria, poiché sono le stesse disposizioni di applicazione generale, di cui al titolo II dello stesso TFUE, a prevedere che, nell'attuazione di esse, l'Unione debba garantire un'elevata tutela della salute umana⁹.

Una specificazione dell'importanza di tale tutela si ha con riferimento alla politica sociale di cui al

⁵ Trib. Genova, 25 maggio 1974, in *Giur.It.*, 1975, I, 54; Trib. Genova, 20 ottobre 1975, in *Giur. It.*, 1976, I, 443; Corte cost., sent. 14 luglio 1986, n. 184; Corte cost., sent. 27 ottobre 1994, n. 372.

⁶ L. 23 dicembre 1978, n. 833: "Istituzione del servizio sanitario nazionale".

⁷ L. DANIELE, *Diritto dell'Unione Europea*, Giuffrè, 2010, p. 356.

⁸ Ai sensi dell'art. 2, comma 5, del TFUE.

⁹ Art. 9 TFUE.

titolo X del TFUE; l'art. 153 lett. a) prevede che l'Unione sostenga e completi l'azione degli Stati per *“il miglioramento, in particolare, dell'ambiente di lavoro, per proteggere la sicurezza e la salute dei lavoratori”*.

Allo stesso modo il titolo XV, protezione dei consumatori, all'art. 169 inserisce la tutela della salute dei consumatori tra le finalità dell'azione dell'Unione in tale materia.

Infine il titolo XX, all'art. 191, statuisce che, nell'attuazione della politica in materia ambientale, l'Unione debba perseguire la protezione della salute umana.

Le ultime disposizioni citate specificano quanto il TFUE prevede in termini generali nel titolo XIV dedicato alla sanità pubblica; infatti il primo comma dell'art. 168 espone il principio conosciuto come HIAP, ovvero *Health in all policies*:

“Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana”.

Malgrado emerga vigorosamente l'importanza della tutela della salute nell'ordinamento europeo, l'azione dell'Unione in tale materia appare relegata al completamento e coordinamento delle politiche nazionali. Ciò emerge con chiarezza dal prosieguo dell'art. 168 che fa riferimento alla prevenzione delle malattie e dei grandi flagelli, alla sorveglianza sulle minacce di carattere transfrontaliero; alla prevenzione circa l'uso di sostanze stupefacenti; al miglioramento della complementarità dei servizi nelle zone transfrontaliere.

Il rigido riparto di competenze tra Unione e Stati membri si palesa nell'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea relativo alla protezione della salute. Tale disposizione nel prevedere il diritto di ogni persona *“di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche”* ne ha subordinato la realizzazione al fatto che ciò possa avvenire *“alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali”*.

In altri termini viene confermato il riparto di competenze previsto dal TFUE secondo il quale spetta agli Stati l'organizzazione della prestazione dei servizi di assistenza sanitaria mentre l'Unione può solo esercitare poteri di completamento e coordinamento.

3. Il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale.

Coerentemente alle disposizioni enunciate nel paragrafo precedente si è sviluppata l'azione delle istituzioni comunitarie che si sono limitate a coor-





dinare le politiche degli Stati membri guardandosi bene dall'oltrepassare le competenze spettanti ad essi. Pertanto il traino della politica comunitaria, anche nella tutela della salute, è stato il mercato unico.

L'esercizio della libertà di circolazione dei lavoratori richiedeva che fosse loro prestata assistenza sanitaria in altri Stati e così si è sviluppato il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, prima, con il regolamento 1408/71¹⁰, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità; successivamente, con il regolamento 883/04¹¹, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, che ha inglobato il primo.

Questi regolamenti fanno sì che i cittadini europei, che si spostano in altri Stati per svolgere prestazioni lavorative o per brevi soggiorni turistici, possano ricevere assistenza sanitaria come se fossero soggetti di quel sistema di protezione sociale; i costi per l'assistenza saranno, però, rifusi dallo Stato di origine del paziente. Inoltre, previa autorizzazione è possibile programmare delle cure in un altro Stato a spese del proprio sistema sanitario nazionale.

Come dice il nome del regolamento 883/04 si tratta di un mero coordinamento dei sistemi nazionali che non implica per gli Stati oneri economici né giuridici di grande rilievo.

4. La libera circolazione dei servizi sanitari.

Tale approccio, legato al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, è stato, però, sconvolto dalla giurisprudenza della Corte di Giustizia che con due sentenze del 1998, Kohll¹² e Decker¹³, ha creato un sistema parallelo per l'accesso alle cure in altri paesi dell'Unione.

Il sig. Kohll e il sig. Decker, cittadini lussemburghesi, si erano spostati in Germania per acquistare, rispettivamente, un apparecchio orto-dentistico e delle lenti da vista, beni la cui fornitura era coperta dal servizio sanitario lussemburghese; quest'ultimo si era rifiutato di rimborsare queste spese, sostenendo che avrebbero dovuto essere previamente autorizzate. La C.G. ritenne che tali prestazioni fossero

oggetto della disciplina sulla libera circolazione di beni e servizi, di cui all'art. 56 TFUE, e che subordinarne il rimborso a previa autorizzazione costituisca un ostacolo ingiustificato a tale libertà, incompatibile col diritto comunitario, in quanto fungeva da deterrente alla ricezione del servizio in uno stato diverso da quello di affiliazione. Solo "ragioni superiori di interesse generale" avrebbero potuto giustificare limitazioni alla libera circolazione dei servizi e dei pazienti, basate su criteri oggettivi e non discriminatori, previamente disposti e soggetti ad un test di proporzionalità rispetto agli interessi tutelati.

Con queste decisioni la C.G. inaugurava un sistema alternativo a quello dei regolamenti sulla sicurezza sociale; un sistema che conduce la salute e le prestazioni sanitarie nell'ambito delle quattro libertà fondamentali e nel diritto del mercato unico.

Su questa scia vari casi¹⁴ sono stati decisi dalla C.G., la quale ha applicato la disciplina sulla circolazione dei servizi ad ogni tipologia di prestazione sanitaria, prescindendo dall'erogazione in strutture pubbliche o private e dal fatto che fossero prestate gratuitamente (cioè a spese del servizio sanitario dello Stato di provenienza) o a spese totali o parziali del paziente.

In via giurisprudenziale la C.G. ha elaborato un vero e proprio sistema di accesso alle cure transfrontaliere, fondato sul diritto dei cittadini di scegliere i prestatori di assistenza sanitaria all'interno del mercato unico e sulla libertà dei prestatori di svolgere la loro attività nei confronti di tutti gli utenti potenziali di quel mercato.

Il sistema che ne è risultato è molto complesso e frammentato ed ha scatenato un dibattito presso le Istituzioni politiche europee e presso gli Stati membri. Ad essi si sono poste due alternative che sono state contemperate: ordinare il sistema nato con la giurisprudenza Kohll&Decker per ottimizzarne i risultati e renderlo maggiormente fruibile ai cittadini dell'Unione; circoscriverlo, riabilitando i poteri degli Stati (soprattutto autorizzativi), per evitare che possano lievitarne i costi e la portata applicativa con

¹⁰ Regolamento (CEE) n. 1408/71 del 14 giugno 1971, del Consiglio, "relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità".

¹¹ Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, "relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale".

¹² Case C-158/96, Kohll v Union des caisses de maladie, [1998] ECR I-1931.

¹³ Case C-120/95, Decker v Caisse de maladie des employés privés, [1998] ECR I-1831.

¹⁴ Case C-368/98, Vanbraekel and others v Alliance nationale des mutualités chrétiennes, [2001] ECR I-5363; Case C-157/99, Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds and Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, [2001] ECR I-547; Case C-385/99, Müller-Fauré v Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen and van Riet v Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, [2003] ECR I-4509; Case C-56/01, Inizan v Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, [2003] ECR I-12403; Case C-372/04, The Queen ex parte Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health, [2006] ECR I-4325.

la conseguente espansione della competenza dell'Unione.

L'idea iniziale era di disciplinare la materia inserendola nella direttiva sui servizi¹⁵ ma a seguito dei problemi nella ratifica della Costituzione Europea e per la sua delicatezza si optò per una disciplina specifica. La parte dedicata alle cure transfrontaliere fu stralciata e il Consiglio formulò le Conclusioni sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea, contenenti la "dichiarazione sui valori e principi comuni"¹⁶, che dovevano costituire i presupposti per l'avvio di un dibattito istituzionale sul tema; ad essa seguì la Comunicazione della Commissione riguardante l'azione comune sui servizi sanitari¹⁷ ed il libro bianco "Un impegno comune per la salute"¹⁸, che condusse alla proposta di direttiva della Commissione del 2008, confluita nella Direttiva 2011/24/UE del Parlamento e del Consiglio, del 9 marzo 2011, "concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera"¹⁹.

5. La direttiva sui diritti dei pazienti nelle cure transfrontaliere.

Dopo un lungo e tormentato dibattito, il 9 marzo 2011 si è giunti all'approvazione della direttiva 2011/24/UE il cui termine di attuazione scadrà il 25 ottobre 2013. Il testo in buona parte consolida la citata giurisprudenza della Corte di Giustizia, che è seguita ai casi Kohll e Decker²⁰, ma tenta altresì di ordinare quel sistema potenziando i diritti dei pazienti e chiarendo i termini di giustificate limitazioni degli stessi.

¹⁵ Direttiva 2006/123/CE, del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 dicembre 2006, "relativa ai servizi nel mercato interno".

¹⁶ Conclusioni del Consiglio sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione Europea, cit.

¹⁷ Comunicazione della Commissione "Consultazione riguardante l'azione comune sui servizi sanitari" (SEC(2006) 1195/4 del 26.9.2006).

¹⁸ Libro bianco della Commissione dal titolo "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013", cit.

¹⁹ 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"; consultabile in <http://ec.europa.eu/>.

²⁰ Case C-158/96, Kohll v Union des caisses de maladie, cit.; Case C-120/95, Decker v Caisse de maladie des employés privés, cit.

5.1. Il fenomeno delle cure transfrontaliere e la base giuridica della direttiva.

La direttiva disciplina il fenomeno delle cure transfrontaliere ovvero la possibilità per i pazienti di spostarsi in altri paesi per ricevere assistenza sanitaria. Tale fenomeno, finora disciplinato dai citati regolamenti sul coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, riguarda circa l'1% della spesa sanitaria dell'intera Unione e, prevalentemente, è riferibile a zone di confine o a particolari tipi di cure da fruirsi in centri specializzati, oltre che ai lavoratori recatisi presso altri Stati membri con le relative famiglie. L'idea che sta alla base di tale normativa è la cooperazione tra sistemi sanitari, ciascuno operante nel proprio sistema normativo, e non l'integrazione di essi in un unico ordinamento.

Completamente diversa è l'idea alla base della giurisprudenza della Corte di Giustizia²¹, in quanto, costituendo l'assistenza sanitaria un servizio ai sensi dell'art. 56 del TFUE, il corretto riferimento normativo per intervenire in materia di salute e sanità diviene l'art. 26 del TFUE, sul funzionamento del mercato interno²².

In quest'ottica il concetto di cure transfrontaliere si dilata fino a comprendere la circolazione non solo dei pazienti ma anche dei prestatori di servizi sanitari, dei prodotti sanitari, degli stessi professionisti sanitari. Se i servizi sanitari costituiscono un mercato non possono che applicarsi le disposizioni europee relative al mercato e alla concorrenza.

Per questi motivi la base giuridica della direttiva, sebbene il primo considerando richiami l'art. 168 TFUE, è costituita dall'art. 114, richiamato dal secondo considerando, in ragione del fatto che "la maggior parte delle disposizioni della direttiva hanno lo scopo di migliorare il funzionamento del mercato interno e la libera circolazione di merci, persone, servizi".

5.2. Il mercato e la libera circolazione dei servizi sanitari.

Il paziente, in questo modo, diventa, nel mercato dei servizi sanitari, l'equivalente del consumatore nel mercato dei beni di consumo. Il paziente è il soggetto deputato alla selezione dell'offerta dei servizi sanitari nel mercato unico.

Tuttavia il mercato dei servizi sanitari è un mercato singolare, poiché questi ultimi rientrano tra i servizi di interesse generale e inoltre, nella tradizio-

²¹ V. sopra nt 12-13-14.

²² Direttiva 2011/24/UE, cit., considerando n. 2.



ne europea del *welfare state*, il diritto alla salute è un diritto sociale, per cui lo Stato assume su di sé l'onere di prestare l'assistenza sanitaria ai propri cittadini, sopportandone in tutto o in parte i costi che vengono trasferiti sulla collettività attraverso il prelievo fiscale.

I soggetti del mercato non sono meri privati che operano attraverso i tradizionali strumenti contrattuali ma soggetti sia pubblici che privati che operano attraverso sovvenzioni pubbliche, somministrate attraverso strumenti negoziali di varia natura, sicché spesso il paziente fruisce delle prestazioni gratuitamente o a seguito di un contributo minimo, mentre la maggior parte del costo è coperta dal sistema di tutela, pubblico o assicurativo che sia.

Seppur tenendo conto di queste peculiarità, la Corte di Giustizia²³ è intervenuta sulla materia statuendo che i sistemi di autorizzazione finalizzati al rimborso delle spese sanitarie sostenute in un altro stato membro costituiscano delle limitazioni alla libera circolazione dei servizi sanitari stessi, a meno che siano giustificati da motivi di interesse generale.

La direttiva fa proprie quelle statuizioni e prevede un vero e proprio diritto al rimborso delle spese sostenute per le cure transfrontaliere, creando in tal modo un nuovo diritto alla salute europeo. Tuttavia questo diritto esige una regolamentazione puntuale in quanto gli Stati devono tenere sotto controllo la spesa sanitaria; inoltre l'erogazione del rimborso a spese dei contribuenti esige un controllo pubblico sui soggetti eroganti i servizi sanitari stessi che dovranno assicurare degli standard qualitativi e di sicurezza adeguati.

La direttiva delinea un sistema di regole idonee a consentire e potenziare la circolazione dei pazienti nel mercato dei servizi sanitari, tentando di *“pervenire a una più generale, nonché efficace, applicazione dei principi elaborati dalla Corte di Giustizia”*²⁴ e offrendo *“ai cittadini dell'Unione chiarezza sui loro diritti allorché si spostano da uno Stato membro all'altro, per assicurare la certezza del diritto”*²⁵.

5.3. Struttura della direttiva: il diritto al rimborso.

Analizzare puntualmente le disposizioni della direttiva e le relative implicazioni esulerebbe dallo scopo di questo contributo, pertanto mi limiterò ad indicarne sinteticamente alcuni aspetti che offrano un'idea essenziale del suo funzionamento.

La direttiva intende *“agevolare l'accesso ad un'assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità (...) nel pieno rispetto delle competenze nazionali relative all'organizzazione e alla prestazione dell'assistenza sanitaria”*²⁶.

Per realizzare quest'obiettivo l'art. 7.1. della direttiva prevede che lo Stato membro di affiliazione²⁷ del paziente *“assicura che i costi sostenuti da una persona assicurata che si è avvalsa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera siano rimborsati, se l'assistenza sanitaria in questione è compresa tra le prestazioni cui la persona assicurata ha diritto nello Stato membro di affiliazione”*²⁸.

La direttiva non impone agli Stati l'ampliamento delle prestazioni sanitarie a cui i loro cittadini hanno diritto ma che, laddove una prestazione sia stata inserita tra quelle assicurate, essi sostengano quei costi anche per prestazioni erogate a livello transfrontaliero.

Ai sensi dell'art. 7.4 l'obbligo di rimborso dovrà essere adempiuto *“in misura corrispondente ai costi che il sistema avrebbe coperto se tale assistenza sanitaria fosse stata prestata nello Stato membro di affiliazione, senza che tale copertura superi il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta”*²⁹. Dunque nessun maggior costo per gli Stati rispetto a quello che avrebbero coperto se la prestazione fosse stata erogata presso una struttura nazionale.

Nonostante ciò agli Stati restano dei poteri di controllo che si sostanziano nella possibilità di sottoporre ad autorizzazione preventiva il suddetto rimborso; tuttavia tale possibilità viene circoscritta a specifiche ipotesi previste nell'art. 8 che individua le ragioni che possono consentire il controllo autorizzativo dello Stato di affiliazione e i criteri ai quali esso è subordinato³⁰.

Ad ogni modo, secondo l'art. 7.8, la regola generale resta il diritto al rimborso non subordinato ad alcuna autorizzazione e l'art. 8 ne costituisce un'eccezione; sul punto illuminante è il considerando n. 38, secondo il quale *“come regola generale, lo Stato membro di affiliazione non dovrebbe subordinare*

²⁶ Direttiva 2011/24/UE, cit., art. 1.

²⁷ Che è *“lo Stato membro competente a concedere alla persona assicurata un'autorizzazione preventiva a ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato membro di residenza”*. Direttiva 2011/24/UE, cit., art. 3, lett. c).

²⁸ Direttiva 2011/24/UE, cit., art. 7.1.

²⁹ Direttiva 2011/24/UE, cit., art. 7.4; v. anche considerando n. 13.

³⁰ Si rimanda alla lettura dell'art. 8, per tali indicazioni che sviluppano in maniera organica la giurisprudenza con la quale la Corte di Giustizia ha individuato i c.d. motivi di interesse generale che consentono di ostacolare la libera circolazione dei servizi; si vedano le sentenze citate nella nota 14.

²³ V. la giurisprudenza citata nelle note 12-13-14.

²⁴ Direttiva 2011/24/UE, cit., considerando n. 8.

²⁵ Direttiva 2011/24/UE, cit., considerando n. 9.



ad autorizzazione preventiva l'assunzione dei costi dell'assistenza sanitaria prestata in un altro Stato membro quando il suo sistema obbligatorio di sicurezza sociale o il suo sistema sanitario nazionale si sarebbe fatto carico dei costi di queste cure, se esse fossero state prestate sul suo territorio”.

| 384

La direttiva 2011/24/UE sui diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Verso un diritto alla salute europeo? (Alessandro Errante Parrino)

5.4. Trasparenza nelle informazioni e diritti dei pazienti.

La direttiva sulle cure transfrontaliere arricchisce i cittadini europei di un nuovo diritto alla salute che è il diritto all'accesso al mercato dei servizi sanitari a spese del proprio servizio sanitario nazionale. In tal modo si offre ai cittadini la possibilità di raccogliere i benefici del mercato unico e agli Stati membri di poter ottimizzare le risorse in questo settore, con un'auspicata riduzione dei costi e un miglioramento della qualità e specializzazione delle cure.

Affinché ciò sia possibile è però necessaria una maggiore informazione e trasparenza sui costi e i prezzi delle prestazioni sanitarie e sulla qualità dei servizi sanitari stessi. Pertanto gli Stati dovranno cooperare in tal senso istituendo dei punti di contatto nazionale³¹ e garantire che i prestatori di assistenza sanitaria presenti sul loro territorio rispettino le prescrizioni della direttiva³².

Infine la direttiva individua nel riconoscimento e nella tutela dei diritti dei pazienti la condizione indispensabile affinché essi abbiano fiducia nell'assistenza sanitaria transfrontaliera. Non è possibile la circolazione dei pazienti senza che essi siano tutelati nei loro diritti; sicurezza dei pazienti e certezza dei diritti sono due requisiti fondamentali della direttiva.

Ai pazienti deve essere garantito³³:

- a) che gli siano fornite informazioni sugli standard qualitativi delle cure;
- b) che i prestatori di assistenza sanitaria gli forniscano informazioni pertinenti al compimento di una scelta informata;
- c) che esistano procedure trasparenti per le denunce e mezzi di ricorso nel caso in cui i pazienti subiscano un danno;
- d) che per le cure prestate esistano sistemi di assicurazione professionale o garanzie o analoghi meccanismi commisurati alla natura e alla portata del rischio;
- e) la protezione della privacy in ambito medico conformemente alle direttive 95/46 e 2002/58;

- f) il diritto alla cartella clinica e all'accesso ad essa.

6. Conclusioni.

La direttiva 2011/24 meriterebbe un'analisi completa del suo contenuto ma ciò comporterebbe una lunga trattazione; si è cercato, in queste poche righe, di indicarne alcuni dei punti cardine, in particolare il meccanismo del rimborso delle cure ricevute all'estero che costituisce il motore del sistema che la direttiva vuole razionalizzare e che la Corte di Giustizia ha creato con la sua giurisprudenza.

L'aspetto fondamentale del fenomeno è costituito dalla commistione tra aspetti legati al mercato unico ed all'esplicazione dell'autonomia privata dei pazienti e aspetti legati ai diritti dei pazienti come persone e come cittadini oggetti dei sistemi nazionali di protezione sociale.

Sebbene la direttiva sia prudente nel disciplinare i diritti dei pazienti e obblighi degli Stati è evidente che un'efficace attuazione di essa implicherà un'armonizzazione dei diritti dei pazienti, dei sistemi di tutela di tali diritti, e un confronto sul diritto alla salute come diritto “sociale”.

Nell'ordinamento giuridico italiano la salute è stata una delle prerogative fondamentali della persona costituzionalizzata; occorre interrogarsi sul ruolo della persona nel diritto europeo e sullo statuto del diritto alla salute europea.

Il metodo della libera circolazione dei servizi, che la Corte di Giustizia ha indicato, conferisce ai cittadini-pazienti europei il compito di attivare il sistema e plasmarlo col potere delle proprie scelte individuali; questi soggetti sono privati e dunque di essi dovrà occuparsi il diritto privato europeo.

³¹ Direttiva 2011/24/UE, cit., art. 6.

³² Direttiva 2011/24/UE, cit., art. 4.2.

³³ Direttiva 2011/24/UE, cit., art. 4.2.

