

L'assistenza sanitaria transfrontaliera: problematiche e prospettive*

Giulio M. Salerno**

Salute e sanità nella prospettiva europea

L'emergenza causata dalla pandemia da Covid-19 ha sempre più posto al centro dell'attenzione del dibattito pubblico il tema dell'assistenza sanitaria, nel mondo intero e in Europa. In particolare, nell'Unione europea è divenuta ancor più delicata e cruciale la questione dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, questione che costituisce un importante tassello della cooperazione tra i diversi ordinamenti statuali al fine di tutelare la salute individuale e la salute pubblica.

Va ricordato che la cooperazione in ambito sanitario si inserisce nel più generale quadro fornito dall'Unione Europea in materia. Sebbene, infatti, la tutela della salute sia una competenza degli Stati membri (ciascuno con i rispettivi diversi livelli di decentramento), l'Unione Europea, secondo l'art. 168, primo paragrafo, del TFUE, "completa le politiche nazionali". In questo ambito e, più precisamente, tra i molteplici compiti assegnati all'Unione europea in materia di cooperazione sanitaria a carattere transfrontaliero ai sensi del secondo paragrafo dell'art. 168 del TFUE, va ricordato che l'Unione "incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri (...) e, ove necessario, appoggia la loro azione. In particolare incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri per migliorare la complementarietà dei loro servizi sanitari nelle regioni di frontiera"¹.

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. Il saggio riprende i contenuti della relazione svolta al XIX Convegno nazionale di diritto sanitario "Salute e sanità nella prospettiva europea. Oltre l'art. 168 TFUE?", Milano, 5-6 novembre 2021.

** Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico presso l'Università di Macerata e Direttore ISSIRFA-CNR, Roma, giulio.salerno@cnr.it.

¹ Questo è il testo dei primi tre paragrafi dell'art. 168 TFUE che appaiono rilevanti, per molteplici e diversi aspetti, in tema di cooperazione sanitaria transfrontaliera: "1. 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, che completa le politiche nazionali, si indirizza al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute fisica e mentale. Tale azione comprende la lotta contro i grandi flagelli, favorendo la ricerca sulle loro cause, la loro propagazione e la loro prevenzione, nonché l'informazione e l'educazione in materia

Questi principi hanno trovato attuazione in una molteplicità di atti di diritto derivato, che, a loro volta, hanno dato luogo, qualora necessario, alle conseguenti discipline nazionale di recepimento. Più esattamente, attraverso la direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera (recepita in Italia con d.lgs. 4 marzo 2014, n. 38), l'UE ha disciplinato la mobilità dei pazienti nel territorio comunitario. La direttiva mira a tutelare i diritti dei cittadini europei ad accedere all'assistenza sanitaria transfrontaliera ed al relativo rimborso, garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni di assistenza sanitaria fornite in un altro Stato membro e promuovere la cooperazione in materia di assistenza sanitaria tra Stati membri. Su queste basi, dunque, è possibile il trasferimento dei pazienti attraverso le frontiere. A questa disciplina, va aggiunto, si affianca quanto è stato disposto, proprio in tema di cure sanitarie all'estero, nell'esercizio della competenza – prima della Comunità e poi – dell'Unione europea in materia di coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Più precisamente, ciò è avvenuto con il Regolamento (CE) n. 883 del 29 aprile 2004 – in cui è confluito l'originario Regolamento (CEE) n. 1408/71 – e con il successivo Regolamento (CE) n. 987/2009.

Si è così determinato, in relazione all'assistenza sanitaria transfrontaliera, un articolato e complesso apparato regolatorio – in parte posto direttamente dal diritto dell'Unione, e in parte definito nei principi e obiettivi dall'Unione e conseguentemente recepito in sede nazionale – di strumenti, modalità, procedure e garanzie. Si tratta, in vero, di un apparato regolatorio in cui non è facile districarsi né per i destinatari delle politiche pubbliche, né per le stesse amministrazioni, né per gli stessi esperti – europei e nazionali – del diritto. Tanto più che, proprio in relazione all'efficacia complessiva della normativa italiana rivolta al recepimento della predetta direttiva, si è espressamente parlato della necessità di superare alcuni evidenti “ostacoli” che si incontrano là dove si intenda effettivamente e compiutamente consentire la mobilità sanitaria transfrontaliera nel rispetto dei principi stabiliti in sede europea².

È evidente, anzi, che su questa tematica dell'assistenza e quindi della cooperazione sanitaria transfrontaliera incide in senso critico – per non dire, contraddittorio rispetto alla stessa finalità di incoraggiamento ed appoggio che caratterizza l'azione dell'Unione – anche

sanitaria, nonché la sorveglianza, *l'allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero*. L'Unione completa l'azione degli Stati membri volta a ridurre gli effetti nocivi per la salute umana derivanti dall'uso di stupefacenti, comprese l'informazione e la prevenzione. 2. *L'Unione incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri nei settori di cui al presente articolo e, ove necessario, appoggia la loro azione. In particolare incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri per migliorare la complementarità dei loro servizi sanitari nelle regioni di frontiera*. Gli Stati membri coordinano tra loro, in collegamento con la Commissione, le rispettive politiche ed i rispettivi programmi nei settori di cui al paragrafo 1. La Commissione può prendere, in stretto contatto con gli Stati membri, ogni iniziativa utile a promuovere detto coordinamento, in particolare iniziative finalizzate alla definizione di orientamenti e indicatori, all'organizzazione di scambi delle migliori pratiche e alla preparazione di elementi necessari per il controllo e la valutazione periodici. Il Parlamento europeo è pienamente informato. 3. *L'Unione e gli Stati membri favoriscono la cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica.*” (corsivi nostri).

² Su questa lettura cfr. G. BOGGERO, *Gli ostacoli alla mobilità sanitaria transfrontaliera in Italia*, in questa *Rivista*, 2018, n. 2, pp. 377 ss.

l'inevitabile differenziazione sussistente tra le singole discipline nazionali poste in sede di recepimento dai singoli Stati, a maggior ragione allorché tali distinte “declinazioni” comportino sostanziali diversità nelle procedure e nelle modalità operative che devono essere rispettate in ciascuno degli ordinamenti statuali coinvolti dalla cooperazione sanitaria.

In altri termini, è piuttosto difficile che si abbia vera cooperazione sanitaria transfrontaliera – e dunque effettiva tutela del diritto alla salute delle persone in ciò coinvolte – allorquando gli individui siano contemporaneamente sottoposti a discipline non del tutto omogenee (quella del Paese di appartenenza, cioè del cosiddetto “Stato di competenza”, e quella del Paese ove si fruisce o si intende fruire della prestazione sanitaria, cioè dello “Stato di assistenza”), e allorquando ciascuna delle stesse amministrazioni nazionali che sono dirette protagoniste del rapporto di cooperazione sanitaria, sia soggetta a regole così distinte da non poter essere razionalmente componibili in un processo – amministrativo e gestionale – uniformemente disciplinato.

Anche soltanto da queste prime considerazioni, dunque, si potrebbe muovere qualche riflessione sull'opportunità che le funzioni spettanti all'Unione europea in materia di cooperazione sanitaria transfrontaliera, possano essere complessivamente interpretate, in sede di applicazione dell'art. 168 TFUE, in senso “forte”, cioè in una logica di completamento teleologicamente orientato a dare piena effettività all'azione degli Stati membri, in quanto è evidente che non vi è può essere vera cooperazione sanitaria e dunque effettiva realizzazione del diritto all'assistenza sanitaria al di là dei confini nazionali in assenza di un' incisiva azione europea di coordinamento degli interventi – anche normativi – posti in essere a livello nazionale.

Peraltro, l'orientamento del nostro legislatore appare senz'altro rivolto non soltanto a favorire, ma anche ad assicurare effettivamente il diritto alle cure sanitarie all'estero. Infatti, le predette norme dei regolamenti europei sono state richiamate – ovviamente soltanto a fini ricognitivi, sussistendo il divieto di riproduzione delle norme europee in atti fonti di diritto nazionale – nell'art. 61, commi 1 e 2, del d.p.c.m. 12 gennaio 2017 in tema di definizione e di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza. Infatti, nel primo comma dell'art. 61, si precisa che il SSN garantisce l'assistenza sanitaria in forma diretta agli assistiti residenti in Italia che si trovano in temporaneo soggiorno in uno Stato membro UE o EFTA o agli assistiti residenti in altro Stato membro UE o EFTA alle medesime condizioni previste per i cittadini di tale Stato; parimenti, nel secondo comma dell'art. 61, si afferma che il SSN garantisce agli assistiti residenti in Italia e agli assistiti residenti in altro Stato membro UE o EFTA, previa autorizzazione dell'ASL di residenza o dell'istituzione competente nell'ordinamento di residenza, l'erogazione in forma diretta delle prestazioni sanitarie incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA), qualora queste ultime non possano essere erogate in Italia entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dello stato di salute del paziente e della probabile evoluzione della malattia.

Peraltro, sebbene esista un corposo quadro di riferimento giuridico per il trasferimento dei pazienti, non mancano gli aspetti problematici. A tal proposito, in una valutazione

del 2019 sulla direttiva del 2011³, la Corte dei Conti europea ha sì riconosciuto gli sforzi messi in campo in ambito di assistenza sanitaria transfrontaliera, ma ha anche evidenziato l'opportunità di migliorare le azioni intraprese, per incrementare e migliorare l'impatto sui pazienti. L'organo europeo di vigilanza ha sottolineato come la maggior parte delle richieste di trasferimenti di pazienti – circa 200.000 nell'anno che ha preceduto l'emergenza sanitaria dovuta all'epidemia determinata dal COVID-19⁴ – avvenga effettivamente tra Stati membri confinanti. Tuttavia, è stato sottolineato che esistono significative differenze tra una frontiera e l'altra dell'Unione. Per di più, il tema del trasferimento dei pazienti si inserisce nel più ampio quadro dalle relazioni bilaterali, sicché la Corte dei conti europea ha correttamente sottolineato che l'efficienza e l'operatività di tale meccanismo sono concretamente influenzate anche dalla qualità e intensità delle pratiche di cooperazione non soltanto a livello nazionale, ma anche a livello subnazionale.

La stessa crisi pandemica, del resto, ha così reso ancor più evidente l'esigenza di intervenire sulla direttiva per migliorarne l'efficacia; una consultazione pubblica è stata aperta in tal senso dal 4 maggio al 27 luglio 2021. La relazione di sintesi pubblicata sul sito della Commissione europea ha sottolineato la presenza di alcune problematiche, legate in particolare al tema dei rimborsi. Più in generale, i partecipanti alla consultazione hanno riferito di percepire barriere alle cure transfrontaliere in più della metà dei casi. Per quanto riguarda le aree transfrontaliere, va segnalato che la maggior parte dei rispondenti ha individuato limiti alla cooperazione nelle differenze tra i sistemi sanitari e nelle risorse a disposizione⁵. La pandemia ha inoltre stimolato un rafforzamento del ruolo dell'UE in materia sanitaria, che si è concretizzato con il lancio dell'iniziativa "EU4Health": un programma autonomo in materia sanitaria per il periodo 2021-2027 finalizzato a migliorare la salute della popolazione, rafforzare i sistemi ospedalieri per far fronte a ulteriori minacce sanitarie, promuovere l'innovazione e la ricerca nell'ambito medico. Occorrerà verificare come questa iniziativa si collegherà ai programmi già presenti, e attraverso quali modalità e forme si rafforzeranno gli impegni europei volti a favorire la cooperazione tra gli Stati membri, e in particolare tra quelli confinanti, nell'ambito sanitario.

Più in generale, non va trascurato che nelle aree di frontiera, che come detto rappresentano quelle in cui la direttiva sulla *cross-border health* trova maggiore applicazione, la tematica della salute si intreccia con le pratiche e politiche di cooperazione transfrontaliera. La cooperazione transfrontaliera ha rappresentato un importante investimento da parte dell'Unione Europea negli ultimi trent'anni, nel quadro del programma "Interreg" della

³ Si tratta della "Relazione speciale" della Corte dei conti europea, dal titolo "Le azioni intraprese dall'UE in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera sono molto ambiziose, ma devono essere gestite meglio", Bruxelles, 2019.

⁴ Tra l'altro, questo dato va confrontato con quello assai più consistente – circa 2 milioni di domande all'anno – per le cure all'estero non programmate che sono richieste dai cittadini europei in base al sopra citato Regolamento sul coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale.

⁵ La relazione di sintesi è reperibile in https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12844-Evaluation-of-patient-rights-in-cross-border-healthcare/public-consultation_it.

politica di coesione. Il sostegno a questa forma di cooperazione deriva dalla volontà di sostenere il processo di integrazione europea anche dal basso, nonché di superare gli ostacoli posti dalla condizione frontaliere ad un pieno sviluppo dei territori e ad una adeguata qualità della vita per i cittadini transfrontalieri. La cooperazione alle frontiere dovrebbe consentire di superare le barriere imposte dai confini nazionali, permettendo così ai cittadini che risiedono nei territori di frontiera di non essere penalizzati da questa condizione. L'Italia nella programmazione 2014-2020 ha partecipato a 19 programmi Interreg: 10 di cooperazione transfrontaliera, 5 di cooperazione transnazionale e 4 di cooperazione interregionale.

Vi sono numerosi esempi rilevanti di cooperazione transfrontaliera in ambito sanitario, spesso sostenuti con fondi Interreg, e il tema è destinato ad assumere rilevanza crescente nella programmazione 2021-27, anche a seguito della crisi sanitaria. Alcune iniziative sono particolarmente interessanti e strutturate, come l'ospedale transfrontaliero di Cerdanya, alla frontiera tra Francia e Spagna, la cooperazione alla frontiera tra Francia e Belgio, o anche il "Gruppo Europeo di Cooperazione Territoriale-GECT GO", tra Italia e Slovenia, che ha tra i suoi obiettivi la condivisione dei servizi sanitari. D'altro canto vi sono anche aree frontaliere in cui la pratica di cooperazione in ambito sanitario è meno diffusa e sviluppata. Le differenze tra territori sono emerse chiaramente anche nella risposta alla crisi sanitaria determinata dal COVID-19. Tali differenze possono essere spiegate facendo riferimento a vari elementi, inclusi la mancanza di conoscenza sulle specifiche esigenze della frontiera, la limitata esperienza di cooperazione, la debolezza delle reti interpersonali transfrontaliere. È rilevante anche l'esistenza o meno di quadri di cooperazione bilaterale, talora avviati dagli enti territoriali anche in base a prassi improntate al principio di sussidiarietà, che possono incoraggiare e rendere più agevole la cooperazione a livello locale. Il permanere di situazioni piuttosto diverse tra le diverse frontiere interroga sugli ostacoli che impediscono a tutti i cittadini frontaliere dell'Unione Europea di beneficiare delle medesime opportunità. È su questo tema che si è focalizzato un recente parere del febbraio 2021 del Comitato delle Regioni sui servizi pubblici transfrontalieri in Europa⁶. Nel parere si è posto l'accento sull'esigenza di assicurare un quadro giuridico europeo per servizi pubblici transfrontalieri che possano rispondere alle esigenze dei cittadini che risiedono in aree di frontiera e pone particolare attenzione al tema dell'assistenza sanitaria. Inoltre, è stato sottolineato che l'esigenza di una cooperazione transfrontaliera in questo ambito risulta particolarmente rilevante sia in situazioni ordinarie che in quelle di emergenza, come risultato drammaticamente evidente nel corso degli ultimi tempi.

Dal punto di vista istituzionale, poi, non mancano tensioni che richiedono approfondimenti, riflessioni e proposte. In primo luogo, la convergenza tra interessi e strumenti tra l'ambito sanitario e l'ambito della cooperazione transfrontaliera, che è venuta prepoten-

⁶ Il parere è reperibile in <https://cor.europa.eu/it/news/Pages/strengthening-cross-border-public-services.aspx>.

temente alla luce con la crisi pandemica, non si riflette in un efficace coordinamento tra gli attori istituzionali coinvolti a vario titolo nei due ambiti. A livello nazionale, appare opportuno sollecitare meccanismi di maggiore interrelazione, non solo a livello operativo ma anche a quello strategico, tra i due essenziali referenti della cooperazione territoriale europea – da un lato, il Dipartimento politiche di coesione della Presidenza del Consiglio dei Ministri, responsabile per la programmazione dei programmi, e, dall'altra parte, l'Agenzia per la coesione territoriale, responsabile per la attuazione dei programmi – e i referenti per la direttiva *cross-border health* del Ministero della salute, ovvero, in particolare, la Direzione generale della programmazione sanitaria. Analogamente all'interno delle Regioni i due ambiti sono spesso gestiti separatamente, così emergendo la necessità di accrescere gli strumenti di collaborazione sia tra i diversi livelli di governo, che, conseguentemente, a livello interistituzionale.

È in questo contesto che è necessario porsi l'obiettivo di facilitare un dialogo tra le diverse strutture referenti per la cooperazione transfrontaliera e per l'ambito sanitario, per avviare la definizione congiunta di strategie che consentano un miglioramento delle pratiche e politiche di cooperazione transfrontaliera sanitaria, con un impatto positivo sulla qualità della vita dei cittadini transfrontalieri e dei cittadini europei tutti. In definitiva, nonostante l'ufficiale riconoscimento del diritto di accesso alle cure in tutto il territorio europeo, non si possono non evidenziare le difficoltà della cooperazione che emergono in concreto e che sono apparse particolarmente rilevanti nella fase della gestione dell'emergenza sanitaria. Emerge quindi la necessità di un approfondimento, non solo teorico ma, per così dire, di "ricerca-azione", della tematica della collaborazione transnazionale in ambito sanitario, al fine di superare questi ostacoli mediante un approccio multiscalare che coinvolga almeno i seguenti aspetti: le questioni collegate all'approfondimento e al consolidamento della disciplina europea anche sulla base di un'interpretazione forte delle competenze spettanti all'Unione europea; le problematiche collegate alla revisione delle discipline nazionali in una prospettiva comparata di razionalizzazione e di livellamento delle attuali distinzioni prescrittive in correlazione al diverso assetto amministrativo; la promozione di più stretti rapporti collaborativi – mediante l'impiego delle molteplici strumentazione esistenti o da rinnovare – tra le autorità pubbliche, soprattutto di livello locale, che si confrontano innanzi alla rispettiva frontiera; e la rinnovata prospettiva di atti pattizi – non solo a livello statale, ma anche tra le istituzioni territoriali – in materia di cooperazione transfrontaliera che possano consentire di superare gli ostacoli che si frappongono all'effettivo determinarsi di tale cooperazione anche in ambito sanitario.

Ad esempio, sul versante italo-francese, si può ricordare l'accordo del 1993 sulla cooperazione transfrontaliera tra le collettività territoriali, accordo che concerne anche la "sanità" e la "mutua assistenza in caso di catastrofe e di sinistro". Proprio su questo stesso versante, è in via di perfezionamento il cosiddetto "Trattato del Quirinale" – sottoscritto il 26 novembre 2021 – che intende realizzare, come indicato dal titolo del Trattato stesso, una "cooperazione bilaterale rafforzata" anche in relazione alla materia della cooperazione transfrontaliera e, più specificamente, impegnando le Parti a "rafforzare in particolare la

cooperazione transfrontaliera in materia di sanità e d'interventi di soccorso alle persone"⁷. Tra l'altro, appare assai significativa quella disposizione del Trattato che, in relazione alla cooperazione transfrontaliera, prevede la costituzione di un "Comitato di cooperazione frontaliere", presieduto dai ministri competenti di entrambi gli Stati, e di cui sono componenti "i rappresentanti delle autorità locali, delle collettività frontaliere e degli organismi di cooperazione frontaliere, dei parlamentari e delle amministrazioni centrali"⁸.

Si tratta di un originale strumento di collaborazione interstatale che coinvolge istituzioni centrali (sia rappresentative che politico-amministrative), soggetti locali (non solo di carattere istituzionale, ma anche di rilievo sociale), e gli "organismi di cooperazione transfrontaliera, di cui abbiamo parlato in precedenza. Ciò dimostra la consapevolezza ormai raggiunta sulla necessità che la cooperazione transfrontaliera, anche in materia sanitaria, possa effettivamente realizzarsi soltanto se si opera per superare gli ostacoli in concreto sussistenti con il massimo coinvolgimento collaborativo delle istituzioni e della società. E su questa strada che occorre proseguire con decisione.

⁷ Vedi art. 10, comma 2, del Trattato.

⁸ Vedi art. 10, comma 7 del Trattato.

