

**IL TERMALISMO TERAPEUTICO E I SERVIZI
SANITARI NAZIONALI. UN'ANALISI
COMPARATA DELLE LEGISLAZIONI NEI PAESI
MEMBRI DELL'UNIONE EUROPEA**

di ***Alceste Santuari***

*Dipartimento di Scienze Giuridiche
Facoltà di Giurisprudenza
Università degli Studi di Trento*

e-mail: santuari@jus.unitn.it

Committente:

Trentino Spa

INDICE DEGLI ARGOMENTI TRATTATI

Il contesto di riferimento

La metodologia seguita

Ringraziamenti

1. La politica sanitaria nell'Unione Europea: cenni introduttivi
2. I sistemi sanitari UE: problemi e tendenze comuni
3. L'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica
 - 3.1. I Trattati
 - 3.2. La libertà di movimento dei cittadini-pazienti (mobilità sanitaria) nell'Unione Europea: il Regolamento CE 1408/71
 - 3.3. Le sentenze della Corte Europea di Giustizia
 - 3.4. L'erogazione dei servizi sanitari e la legislazione comunitaria: la posizione della Commissione Europea
 - 3.4.1. Il Report of the High Committee on Health su "Mercato Interno e Servizi Sanitari"
 - 3.4.2. Le esperienze per facilitare l'accesso alle cure all'estero: forme di cooperazione tra Stati Membri. Le iniziative bilaterali
 - 3.4.3. La lettera della Direzione Generale Mercato Interno del 12 luglio 2002
 - 3.4.4. Il documento elaborato dal Gruppo di lavoro "Problemi Sociali" del Consiglio Europeo
 - 3.4.5. Il *report* sull'applicazione ai servizi sanitari delle norme sul Mercato interno
 - 3.4.6. Il lavoro di "Riflessione ad Alto Livello in tema di mobilità dei pazienti e sviluppo dei sistemi sanitari in Europa"
 - 3.4.7. Le modifiche al Regolamento CE n. 1408/71
 - 3.4.8. L'introduzione della tessera europea di assistenza malattia (TEAM)
 - 3.4.9. La comunicazione della Commissione sulla mobilità dei pazienti e lo sviluppo dell'assistenza sanitaria
 - 3.4.10. La proposta di Direttiva sui servizi nel mercato interno
 - 3.4.11. Il parere del Comitato economico e sociale europeo in merito alla Comunicazione della Commissione 20 maggio 2005
4. L'azione comunitaria nel settore del turismo
5. Le cure termali negli ordinamenti nazionali
 - 5.1. Il servizio sanitario in Italia
 - 5.2. Il sistema sanitario in Francia
 - 5.3. Il sistema sanitario in Belgio
 - 5.4. Il sistema sanitario in Germania
 - 5.5. Il sistema sanitario in Spagna
 - 5.6. Il sistema sanitario in Ungheria
 - 5.7. Il sistema sanitario in Inghilterra
 - 5.8. Il sistema sanitario in Polonia
 - 5.9. Il sistema sanitario in Slovacchia

6. Considerazioni conclusive

APPENDICE 1

DATI SULLA MOBILITA' DEI PAZIENTI

Tabella 2: Numero di pazienti di altra nazionalità curati nello Stato Membro

Tabella 3: Numero di persone che hanno fatto richiesta di autorizzazione per cure all'estero

Tabella 4: a) % di autorizzazioni concesse

b) Numero di persone che hanno fatto richiesta di rimborso delle spese sostenute all'estero senza previa autorizzazione

Allegati

Allegato 1: questionario impiegato nella ricerca

Allegato 2: Le cure mediche in Germania

Il contesto di riferimento

In Italia, dopo il periodo 1995-2000, in cui si era registrata una situazione di stabilità e leggera crescita del settore termale in Italia, sembrava si potesse pensare ad un'inversione di tendenza rispetto alla crisi che aveva interessato il settore nel corso dei primi anni Novanta. Al contrario, un nuovo periodo di instabilità e di incertezza si è aperto nel periodo 2001-2003, in specie in quest'ultimo anno, caratterizzato da alcuni aspetti congiunturali negativi, ancorché, nello stesso periodo, alcune imprese del settore abbiano fatto registrare un andamento positivo.¹

La crisi su richiamata si colloca all'interno di un trend negativo che, da almeno un quarto di secolo, sembra caratterizzare il comparto termale, le cui difficoltà sono così sintetizzabili:

- a. l'atteggiamento del Servizio Sanitario Nazionale;²
- b. il dibattito circa la privatizzazione delle terme ex Eagat;
- c. la crisi di immagine del settore termale;
- d. il problema della ricerca scientifica e della validazione delle cure termali;
- e. il problematico rapporto con le cure farmacologiche e con la classe medica;
- f. la mancata connessione fra turismo e benessere;³

¹ FEDERTERME, *Rapporto sul sistema termale in Italia 2004*, Roma, 2004, p. IX. Solo per avere un riferimento quantitativo, si pensi che nel 2000, secondo quanto stimato dal Censis, su elaborazione di dati provenienti da Seat, Grand Thornton e Federterme, la spesa relativa alle terme, comprendente le prestazioni di tipo sanitario, il vitto, l'alloggio ed altri servizi turistici fruibili nelle località termali, si attestava su 3.41 miliardi di euro. Benché, "anche per il 2005[...] il nostro Paese è in assoluto il più richiesto dalla clientela dei principali Tour Operators, con l'88,8%, distanziando i suoi competitori tradizionali, Spagna e Francia, di quali il doppio", facendo riferimento ai prodotti turistici più richiesti in Europa, il "prodotto termale" ha subito una flessione nel 2005 rispetto al 2004: dal 21,6 % al 19,3%. Si veda OSSERVATORIO NAZIONALE SUL TURISMO – *Indagine sul turismo organizzato europeo*, ISNART – Unioncamere, Luglio 2005, p. 3 e 9. Questa flessione sembra essere smentita dai dati forniti da Federterme, dai quali emerge un andamento più positivo: "Tranne alcune eccezioni, come Chianciano e Montecatini, il 2005 si chiuderà con un giro d'affari in aumento del 10% rispetto allo scorso anno. I risultati migliori si riscontrano in quelle località dove il mix tra termalismo tradizionale e benessere è più consolidato. Così C. JANNOTTI PECCI, *Il Sole-24 Ore*, Domenica 25 settembre 2005, p. 11, dove si può leggere altresì, che nel quinquennio 1999-2004, le cure attribuibili al benessere sono aumentate del 136,4%, anche se rappresentano ancora una quota molto ridotta delle prestazioni effettuate: nel 1999 incidono per il 4,5% rispetto al totale degli stabilimenti termali, e l'11% nel 2004. E, ancora, Federterme ha registrato un abbassamento sistematico dell'età media degli utenti; fino a qualche anno fa erano preponderanti gli over 60, negli ultimi tre anni c'è stato un forte interesse da parte di una clientela che va dai 20 ai 50 anni. Inoltre, il 10% degli utenti delle terme sono in età pediatrica. Quanto alla durata dei soggiorni, si registra un progressivo accorciamento, per cui si è passati da 12-14 giorni a una settimana.

² "Gli operatori hanno evidenziato come causa che ha ridotto il flusso dei clienti termali anche l'aumento dei ticket; secondo questa interpretazione la domanda di prestazioni termali sarebbe diminuita perché l'applicazione del ticket alla clientela, come conseguenza della riduzione della quota a carico del Servizio Sanitario Nazionale, avrebbe reso troppo onerosa l'effettuazione del ciclo di cure termali. In realtà, l'analisi effettuata presso la clientela smentisce questo assunto, particolarmente per la componente dei curisti, in quanto l'importo del ticket incide solo in minima parte sul totale della spesa del soggiorno termale. Resta valida, invece, l'ipotesi di una più generale crisi economica che ha influito anche sul comparto termale". FEDERTERME, *op. cit.*, p. 47.

³ *Ibidem*.

- g. la concorrenza interna all'Unione Europea;
- h. la situazione (ancora) di incertezza circa la copertura sanitaria delle spese per le cure termali sostenute o sostenibili dai cittadini dell'Unione Europea quando intendono recarsi presso stabilimenti termali in Italia

Come è stato recentemente osservato, “nell'ultimo decennio del secolo scorso, il concetto di “cura” si evolve e lo scenario di riferimento cambia radicalmente con il diffondersi di un approccio salutistico allargato, con l'entrata sul mercato, secondo una logica di marketing adeguata ai tempi, del comparto del benessere e delle attività connesse e con un forte aumento delle attività propriamente sportive mirate alla salute dei praticanti”.⁴

Trattasi di cambiamenti che non riguardano soltanto l'Italia, ma che interessano altresì l'ambito europeo in generale, in cui, nel comparto turistico, è possibile rintracciare i seguenti *trends*:

1. il numero di *seniors* disposti a viaggiare è in crescita;
2. i *seniors* sono più sani e con maggiore capacità di spesa;
3. molti di essi godono di programmi pensionistici anticipati;
4. aumento della domanda di qualità, convenienza economica e sicurezza;
5. aumento della domanda di mezzi di trasporto facili e accessibili;
6. aumento della domanda di prodotti adatti ad una sola persona;
7. aumento della domanda di turismo nei periodi “morti” della stagione;
8. maggiore consapevolezza dei turisti circa gli aspetti legati alla propria salute, che incide sulla scelta della destinazione e sui comportamenti durante i soggiorni.

I *trends* sopra descritti e, in particolare, il fatto che le aspettative dei turisti-curisti aumentino, determinando conseguentemente una “sensibilità” verso l'offerta maggiore rispetto al passato, hanno indotto molti Stati Membri a confrontarsi sulle strategie più opportune per rilanciare il settore del termalismo terapeutico, in specie, in presenza di altri settori emergenti concorrenti.⁵

⁴ *Ibid.*, p. XII. Da una recente indagine condotta dall'*University for Economics* di Vienna e presentata dalla *European Spas Association* (4 aprile 2004) si può inferire che la “domanda di terme” è venuta progressivamente modificandosi nel corso degli anni. Attualmente, chi intende fruire delle prestazioni termali considera, nella scelta della *location*, le seguenti componenti: a) cura di problemi di salute: 67%; b) possibilità di dimenticare la routine e lo stress quotidiani: 53%; c) ricerca di un ambiente sano e incontaminato: 53%; d) ricerca di bei panorami: 52%; e) ricerca di misure atte a migliorare il benessere fisico: 52%; f) prescrizioni mediche: 49%; g) offerta di una vasta gamma di trattamenti: 42%; h) presenza di piscine e centri fitness: 41%; i) ricerca di possibilità di migliorare il benessere psichico: 38%; l) cambiamento e intrattenimento: 37%; m) offerta di attività sportive: 34%; n) uscite serali: 34%; o) offerta di specifici programmi curativi: 34%; p) offerte culturali: 26%.

⁵ Si pensi, per tutti, al fenomeno delle *beauty farms* e dei centri *wellness*, presso i quali progressivamente l'offerta si caratterizza per prestazioni “miste” di estetica e salute. Un'indagine CENSIS, condotta nel 2000, ha rilevato che il giro d'affari relativo al settore del benessere in Italia era superiore a 18.5 miliardi di euro. Cfr. indagine

A ciò si deve aggiungere la progressiva mobilità dei cittadini-turisti all'interno dell'Unione Europea. Si tratta di un fenomeno che ha fatto registrare un contestuale incremento della mobilità dei cittadini-pazienti, disponibili a recarsi all'estero per accedere ad una migliore/più efficace assistenza sanitaria, ivi compresa quella offerta dagli stabilimenti termali.⁶ La mobilità dei pazienti è strettamente connessa con l'organizzazione dei sistemi sanitari nazionali, e in particolare, con il riconoscimento da parte di questi ultimi della copertura delle spese sostenute per fruire delle cure termali, sia nelle strutture nazionali sia in quelle all'estero. Inoltre, la mobilità dei pazienti è intimamente collegata con la libertà di stabilimento e di erogazione dei servizi nel mercato interno.⁷

Alla luce del contesto sopra delineato, la Trentino SpA, Società di marketing territoriale del Trentino, ha commissionato la presente ricerca, con l'obiettivo di analizzare le disposizioni normative che governano i sistemi sanitari di alcuni Paesi Membri dell'Unione Europea, tra cui alcuni di nuovo ingresso, nonché la posizione assunta dalle istituzioni europee in materia di cure termali. E ciò allo scopo di verificare la legislazione in materia di cure sanitarie in ambito comunitario, legislazione che, allo stato, è, da un lato, vincolata dalla competenza esclusiva degli Stati Membri e, dall'altro, sollecitata, in specie a seguito del recente allargamento ai nuovi paesi, ad intervenire attraverso l'implementazione in un set di regole che garantiscano un equo e libero accesso alle cure transfrontaliere.

Il rapporto di ricerca risulta così strutturato: dopo una breve premessa introduttiva al tema delle politiche sanitarie in Europa (paragrafo 1), saranno analizzati i tratti comuni e le differenze esistenti nei diversi sistemi sanitari europei, anche con l'ausilio di alcune tabelle (paragrafo 2). Il paragrafo 3 presenta una ricostruzione degli interventi e delle azioni comunitarie nel settore della sanità pubblica. Nel paragrafo 4 è contenuta un'analisi dell'azione comunitaria nel settore del turismo. Il paragrafo 5 analizza le disposizioni

CENSIS 2001 su "Benessere e salute secondo gli italiani", indagine commissionata dalla Società delle Terme di Grotta Giusti di Monsummano.

⁶ A livello europeo ed internazionale, il termine utilizzato per indicare le terme è "SPA", ritenuto, da molti, l'acronimo che deriva dal termine latino "*sanitas per aquas*" ovvero, da altri, il nome del piccolo villaggio belga denominato "Spa", le cui calde acque naturali servivano da ristoro e da cura per i soldati romani che colà si fermavano per trovare sollievo alle ferite e/o ai muscoli indolenziti e provati dopo le battaglie. Le cure termali si fondano, dunque, in primis, sulla presenza di acque sorgive naturali ovvero di mare. Questi trattamenti, ricchi di minerali, compresa la talassoterapia, storicamente sono stati identificati quali cure mediche, che contribuiscono ad alleviare una vasta gamma di condizioni di salute negative, quali eczemi, artriti reumatiche, asma, ecc. L'effetto curativo benefico testé richiamato, e conclamato, in particolare nei decenni scorsi, in medicina, ha permesso che le autorità sanitarie di molti paesi europei abbiano riconosciuto le cure termali tra le prestazioni che i sistemi medesimi riconoscono quali a carico dello Stato ovvero dei fondi sanitari/casse mutue, a seconda dell'organizzazione del sistema sanitario del singolo ordinamento.

⁷ L'*Health tourism* (turismo di carattere sanitario) ha registrato un incremento negli Stati dell'Unione Europea: non si tratta, infatti, soltanto dei tradizionali flussi "migratori" di cittadini-pazienti europei alla ricerca di stabilimenti ovvero strutture sanitarie dove curare patologie certificate, ma soprattutto, in questi ultimi anni, di un movimento di persone alla ricerca di soluzioni in cui trovare relax, riposo, divertimento, non necessariamente legati ad aspetti clinico-medici.

normative riguardanti i sistemi sanitari dei singoli paesi e, infine, vengono svolte alcune considerazioni conclusive e di sintesi (paragrafo 6).

La metodologia seguita

Le informazioni e le notizie contenute nel Rapporto sono il risultato di un attento lavoro di ricerca e di raccolta dati effettuato su materiali reperiti anche in rete, ma soprattutto, laddove è stato possibile, presso le istituzioni competenti (ministeri della Salute e degli affari sociali degli Stati Membri), alcune delle quali hanno collaborato rispondendo ad un questionario appositamente elaborato ai fini della presente ricerca (cfr. Allegato 1).

Ringraziamenti

Desidero esprimere un sincero ringraziamento a tutti coloro che, a vario titolo, hanno contribuito alla realizzazione del progetto, attraverso la raccolta dei dati e delle informazioni di seguito riportati. In particolare, si ringraziano: Timm Rentropp (EIPA), Joanna Genovese (Governo di Malta), Jean-Claude Fillon (Ministero della Sanità, Francia), Viktòria Linder (Istituto Superiore della Pubblica Amministrazione, Ungheria), Chris Segart (Governo belga), Anya Tahir (Ministero della Sanità, Regno Unito), Stefan Kannewischer (Kannewischer Management AG – Svizzera), Imke Vogt (Deutscher Heilbaederverband e.V), Janka Zalesakova (Presidente dell'ESPA).

1. La politica sanitaria nell'Unione Europea: cenni

La “sanità pubblica” (*public health*), dal punto di vista istituzionale, costituisce un “cantiere” aperto nel contesto delle politiche e degli interventi dell'Unione Europea. La materia “sanità pubblica” rientra nelle competenze dei singoli Stati Membri. Da ciò consegue che la responsabilità dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari è di “appannaggio esclusivo dei singoli governi e [...] in questo settore non si sono ancora sviluppate azioni comuni volte a favorire forme di coordinamento e strumenti di controllo reciproci tra paesi”.⁸ Tale competenza, pertanto, esclude la necessaria presenza di una legislazione comunitaria specifica.

⁸ F. MAINO, *La politica sanitaria nell'Unione Europea: verso un coordinamento “leggero”?*, in N. FALCITELLI – M. TRABUCCHI – F. VANARA (a cura di), *Rapporto Sanità 2003*, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, 2003, p. 27.

Tuttavia, a partire dalla seconda metà degli anni Novanta, in specie a seguito del Trattato di Maastricht (1992), a livello comunitario, hanno preso avvio alcuni processi di coordinamento tra gli Stati Membri, al fine di sostenere la politica economica e sociale e favorirne l'armonizzazione. Si è dunque sviluppato un dibattito circa le direzioni di riforma intraprese e da intraprendere nei diversi sistemi sanitari nazionali, in particolare per quanto attiene la riformulazione delle modalità e degli strumenti di organizzazione e di gestione dei servizi sanitari.

L'esigenza di individuare forme e modalità adeguate a garantire un livello minimo di coordinamento fra gli Stati Membri in materia di politiche sanitarie emerge anche dalla pressione imposta dal già richiamato progressivo aumento della mobilità dei pazienti. Trattasi di un fenomeno che costringe i servizi sanitari europei non solo a provvedere all'organizzazione / erogazione dei servizi a favore dei propri cittadini, implementando adeguate politiche di programmazione e di previsione di interventi, ma obbliga gli stessi sistemi sanitari ad approntare risposte anche per altri cittadini europei, che si rivolgono a quei servizi sanitari per ottenere cure / trattamenti non disponibili ovvero non considerati appropriati / efficaci / efficienti nel loro paese di origine. Contestualmente, i servizi sanitari sono chiamati a "seguire", in termini di copertura finanziaria, i propri assistiti (nazionali) che si recano all'estero per ottenere le cure necessarie.

Di questi temi si sono occupate sia la Corte Europea di Giustizia, sia la Commissione Europea. In particolare, quest'ultima, agli inizi del 2004, ha presentato una proposta di Direttiva sui Servizi nel Mercato Interno (conosciuta con il nome di "Direttiva Bolkestein", dal nome dell'allora commissario europeo al Mercato Interno), nella quale sono contenuti anche riferimenti espliciti al tema delle cure sanitarie erogate e fruite dai cittadini europei in uno Stato membro diverso da quello proprio di origine. Nonostante la proposta di direttiva in parola sia stata fortemente criticata, in specie da Germania e Francia,⁹ essa meriterà la nostra attenzione, poiché costituisce il tentativo di positivizzare in un atto normativo comunitario il principio della libertà di movimento dei pazienti, più volte affermato nelle sentenze della Corte di Giustizia.

⁹ Al momento in cui si scrive, le critiche sopra riportate hanno di fatto "congelato" la discussione e la valutazione della proposta, che il Parlamento europeo avrebbe dovuto discutere nel mese di giugno. La Commissione Mercato Interno, che deve analizzare il testo della proposta di direttiva, dovrà esaminare circa 1200 emendamenti, oltre a riconciliare le diverse posizioni dei grandi partiti. Una riunione, prevista nella seconda settimana di settembre, è slittata a data da destinarsi.

2. I sistemi sanitari europei: problemi e tendenze comuni

Come è già stato osservato, la competenza legislativa in materia di organizzazione sanitaria è attribuita ai singoli Stati Membri. Rinviando al paragrafo 3 per una più approfondita disamina dell'intervento comunitario nel campo della sanità, in questa sede, è opportuno sottolineare che i sistemi sanitari dei Paesi europei possono essere raggruppati in due modelli fondamentali:

1. nel primo modello, il Servizio sanitario nazionale è caratterizzato dalla fornitura universale delle prestazioni a carico dello Stato ovvero dal finanziamento delle prestazioni attraverso la tassazione generale e dalla gestione e/o controllo pubblico dei fattori di produzione (“modello Beveridge”);¹⁰
2. il secondo modello è, invece, caratterizzato dalla presenza di un Servizio sanitario basato sulle assicurazioni sociali e dall'obbligatorietà della copertura all'interno di un sistema di sicurezza sociale, che è finanziato, in larga parte, da contributi individuali attraverso fondi assicurativi *non profit* e con gestione dei fattori di produzione pubblica e/o privata che provvedono al rimborso delle spese sostenute “in anticipo” dai pazienti (“modello Bismarck”),¹¹ in essere in Austria, Belgio, Francia, Germania, Lussemburgo e Paesi Bassi).

Nell'ambito di questa bipartizione, i servizi sanitari nazionali presentano una gamma articolata di soluzioni amministrative e gestionali, secondo cui i pazienti dei singoli Stati Membri possono accedere all'assistenza sanitaria.¹² Dalle tre modalità di finanziamento, segnatamente,

1. pagamenti “out of pocket”;
2. premi assicurativi su base volontaria (o privata);

¹⁰ Così denominato in quanto fu Lord William Henry Beveridge, a partire dal 1945, uno dei promotori e architetti del NHS (servizio sanitario nazionale) britannico. In argomento, si veda il suo *Beveridge Report on the Social Services* in cui Lord Beveridge delinea le fondamenta del moderno *welfare state*. Si tratta di un modello rintracciabile, oltre che nel Regno Unito, anche in Danimarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Portogallo, Spagna, e Svezia.

¹¹ Nel 1899, Otto von Bismarck, cancelliere tedesco dal 1862 al 1890, introdusse, prima esperienza al mondo, un programma statale di copertura pensionistica sociale per gli anziani, vendendo così incontro ad una esplicita richiesta formulata nel 1881 dall'allora Imperatore di Germania, Guglielmo I, il quale si era rivolto al Cancelliere Bismarck sottolineando che “[...] quanti sono inabili a causa del lavoro, sia per raggiunti limiti di età, sia per invalidità, vantano una legittima aspettativa affinché lo Stato si occupi di loro”.

¹² Cfr. Tabella 1, in cui sono sintetizzate le principali caratteristiche dei sistemi sanitari nell'Unione Europea. In evidenza, sono riportate, laddove disponibili, le disposizioni normative riguardanti le cure termali.

3. contributi obbligatori (o pubblici) che assumono la forma di contributi assicurativi ovvero di tassazione generale.¹³

derivano tre diversi modelli, in base ai quali gli erogatori organizzano le prestazioni ovvero i servizi come segue:

- a) rimborso ai pazienti per prestazioni mediche che gli stessi hanno già provveduto a pagare in anticipo e per i quali non sussiste alcun legame tra assicurazione ed erogatore;¹⁴
- b) contratti diretti (spesso indipendenti) con gli erogatori, affinché siano resi servizi e prestazioni in natura, di regola prevedendo sistemi di pagamento collegati ai servizi;¹⁵
- c) proprietà e management delle unità di erogazione risultano integrati in un unico modello, nel quale generalmente non sono contemplati sistemi di pagamento collegati ai servizi resi.¹⁶

Nella Tabella 1 sono evidenziate le principali caratteristiche dei servizi sanitari degli Stati Membri dell'Unione Europea e, laddove è stato possibile reperirli, sono altresì riportati i dati relativi alla copertura sanitaria delle spese termali (evidenziati in **grassetto**).

¹³ Sul tema, per tutti, si veda lo studio *Towards High-performing health systems: The OECD Health Project*, OECD, Paris, 2004.

¹⁴ Sono questi dunque i sistemi "con rimborso", nei quali l'assistito paga le prestazioni e, successivamente, chiede il rimborso delle spese sostenute all'assicuratore/finanziatore.

¹⁵ I sistemi "*in kind*" oppure "*benefits-in-kind*" sono quelli in cui l'assistito ottiene le prestazioni senza pagare nulla e l'erogatore delle prestazioni fattura direttamente all'assicuratore/finanziatore.

¹⁶ I sistemi sanitari nazionali sono quasi sempre del tipo "*in kind*", con la specificazione che l'assicuratore/finanziatore è un soggetto pubblico che acquisisce le proprie risorse mediante tassazione generale.

Tabella 1: I sistemi sanitari in Europa a confronto

Paesi	Modello sanitario	Finanziamento	Copertura e compartecipazione alla spesa
<i>Austria</i>	Prevalente sistema mutualistico o delle assicurazioni sociali. Il sistema sanitario austriaco presenta una divisione di responsabilità fra l'autorità federale e quelle dei <i>Laender</i> . Il sistema è decentralizzato.	La copertura assicurativa è obbligatoria e si estende al 99% della popolazione. I flussi finanziari provengono da: (1) assicurazioni sociali (2) assicurazioni private (8%); (3) compartecipazione dei cittadini alla spesa (16%); (4) tassazione generale (25%)	L'assicurazione sociale copre i costi della medicina preventiva, delle cure ambulatoriali, dei ricoveri negli ospedali pubblici e privati convenzionati e l'assistenza domiciliare. Le forme di compartecipazione variano tra le diverse assicurazioni. Per i medici di base non è previsto alcun contributo; per gli ospedali è richiesto il versamento di una quota forfetaria per giornata di degenza, indipendentemente dal costo effettivo del trattamento, che può variare a seconda dell'ospedale e del <i>Land</i> . Le spese per le cure termali sono rimborsate se necessarie ed erogate in centri gestiti dalle assicurazioni sociali ovvero in centri convenzionati. Il finanziamento varia tra € 6,06 e € 15,41 al giorno, per un ciclo di cure massimo di 28 giorni nel corso di un anno solare. Sono previste agevolazioni per i meno abbienti.
<i>Belgio</i>	A prevalente sistema mutualistico o delle assicurazioni sociali. Il forte incremento dei costi del sistema sanitario, verificatosi nel corso degli ultimi anni, ha comportato l'esigenza di introdurre sistemi per il controllo della spesa. In particolare, si è discussa la possibilità di aumentare i livelli di compartecipazione dei cittadini e l'introduzione negli ospedali del finanziamento basato sul sistema dei DRG (<i>Diagnostic Related Groups</i>). Il sistema è centralizzato.	La copertura assicurativa è obbligatoria e si estende al 100% della popolazione. I flussi finanziari provengono da: (1) contributi (54,5%); (2) sussidi governativi (32%); (3) compartecipazione degli utenti (13,5%). I contributi sono versati da lavoratori e datori di lavoro, secondo aliquote differenziate. Alcuni gruppi sociali a basso reddito sono esentati, e in questo caso i contributi sono versati dallo Stato. Esistono due schemi assicurativi: quello generale (85% della popolazione) e quello dei lavoratori indipendenti (15%) che copre soltanto i	Il sistema di compartecipazione alla spesa è piuttosto esteso, e prevede franchigie (tetti di spesa annua complessiva) per alcune categorie a reddito basso. Per la medicina generale e odontoiatrica è richiesto il pagamento di un ticket pari al 30%. Per le cure specialistiche, la compartecipazione è del 40%. Per i farmaci sono previste forme di rimborso differenziate; i ticket sui generici sono fissi, quelli sulle specialità sono ripartiti in quattro categorie. L'assistenza ospedaliera prevede un ticket giornaliero, variabile sulla base

IL TERMALISMO TERAPEUTICO E I SERVIZI SANITARI NAZIONALI.
UN'ANALISI COMPARATA DELLE LEGISLAZIONI NEI PAESI MEMBRI DELL'UNIONE EUROPEA

		rischi maggiori. Sono presenti fondi di assicurazione complementare di natura sia pubblica sia privata	della durata della degenza e della categoria sociale del paziente, e un ticket per particolari trattamenti.
<i>Danimarca</i>	A prevalente sistema assistenziale pubblico. Esiste un ampio decentramento di responsabilità, anche economica, a livello regionale e locale. Pertanto, lo Stato, le autorità regionali e locali godono di potere impositivo per finanziare i servizi affidati alle loro competenze. Il sistema è decentralizzato.	Il sistema sanitario, a copertura universale (100% della popolazione), è finanziato da: (1) tassazione generale (80%); (2) compartecipazione degli utenti (20%).	Il sistema sanitario danese prevede una totale gratuità per (1) i farmaci, se inseriti in una c.d. "lista positiva"; (2) i servizi ospedalieri, le cure di primo livello e altri servizi sanitari; (3) le cure odontoiatriche per i minori di 18 anni. Le visite specialistiche sono gratuite per la maggior parte della popolazione ("Gruppo 1"), che comprende circa il 97% della popolazione, mentre gli altri pazienti devono pagare un ticket del 25%.
<i>Finlandia</i>	A prevalente sistema assistenziale pubblico. Il sistema è decentralizzato	Il sistema sanitario, a copertura universale (100% della popolazione), è finanziato in larga parte dalla tassazione generale.	Fino al 1994, ogni cittadino aveva accesso gratuito ai servizi sanitari, senza riguardo alla capacità di pagare né al luogo di residenza. Dal 1995, le municipalità possono fissare eventuali livelli di compartecipazione alla spesa del cittadino, fino ad un tetto massimo stabilito a livello centrale. Alcuni servizi (prevenzione, vaccinazioni e assistenza odontoiatrica), sono gratuiti per i minori di 18 anni. Le spese per viaggi e trasporto sono totalmente assunte dalle assicurazioni sociali, salvo una compartecipazione richiesta al paziente pari a € 9,25. Se la spesa per viaggi nel corso del medesimo anno solare risulta superiore a € 157,26, la parte eccedente questa somma viene totalmente rimborsata. Le spese di alloggio sono rimborsate nella misura massima di € 20,18 per notte.
<i>Francia</i>	A prevalente sistema mutualistico o delle assicurazioni sociali. Il sistema sanitario francese si basa essenzialmente su due principi: quello della libertà di scelta del medico e di prescrizione, e quello solidaristico, che si esplica attraverso	Il 99% della popolazione è coperto dall'assicurazione sanitaria obbligatoria, che finanzia il 71 % delle spese nazionali. La quota rimanente è finanziata: (1) dai cittadini (17%); (2) da assicurazioni private (2%); (3) da enti assicurativi <i>non profit</i> (6%); (4) dallo	L'assicurazione copre sia le prestazioni sanitarie (ambulatoriali, farmaci, cure dentarie), sia le indennità di malattia. Le cure sono rimborsate in parte. Una copertura completa può essere raggiunta solo attraverso le organizzazioni mutualistiche o

IL TERMALISMO TERAPEUTICO E I SERVIZI SANITARI NAZIONALI.
UN'ANALISI COMPARATA DELLE LEGISLAZIONI NEI PAESI MEMBRI DELL'UNIONE EUROPEA

	<p>l'obbligo per tutti i cittadini di partecipare al sistema nazionale di assicurazione obbligatoria. Esso è finanziato non in funzione dei rischi, ma in rapporto al reddito individuale.</p> <p>Il sistema è centralizzato.</p>	<p>Stato (4%). I disoccupati e gli indigenti hanno diritto al rimborso integrale delle spese sanitarie sostenute, oppure gli oneri sono assunti dagli enti locali. L'80% dei cittadini risulta iscritto ad un ente assicurativo <i>non profit</i> o è titolare di polizze assicurative private integrative. I contributi obbligatori sono versati per il 70% dai datori di lavoro e per il rimanente dai lavoratori. I premi variano in relazione al settore di appartenenza e al reddito percepito</p>	<p>le assicurazioni private. Le visite mediche sono normalmente soggette ad un ticket del 30%. Le spese ospedaliere e le analisi di laboratorio sono coperte per il 75% dei fondi malattia (fino ad un massimale). Esiste inoltre un ticket fisso per giornata di degenza. I farmaci inclusi nella "lista dell'assicurazione sociale" sono rimborsati completamente (nel caso di prodotti essenziali), al 65% o al 35%.</p> <p>Le spese termali rimborsabili, soggette a preventiva autorizzazione della cassa malattia (fondo sanitario), riguardano le tariffe mediche e i costi di trattamento in centri termali. Non sono previsti in linea generale erogazioni in denaro (es. indennità giornaliera), ad eccezione di prestazioni sociali e mediche erogate direttamente dal fondo sanitario.</p>
<p>Germania</p>	<p>A prevalente sistema mutualistico o delle assicurazioni sociali, il sistema sanitario tedesco si caratterizza per un forte spirito di solidarietà e per la presenza di marcate forme di decentramento, che si esplicano in tre diversi livelli: Federale (<i>Bund</i>); Statale (<i>Laender</i>); Locale (<i>Gemeinden</i>). La differenza di aliquote contributive tra un fondo e l'altro ha dato luogo ad una situazione di forte sperequazione, che ha messo in moto un processo di armonizzazione, con trasferimenti tra fondi. I fondi hanno l'obbligo di coprire tutte le spese attraverso contributi.</p> <p>Il sistema è decentralizzato.</p>	<p>L'85% della popolazione è coperto dall'assicurazione sanitaria obbligatoria, e il 99,7% da una qualche forma assicurativa, anche privata. L'obbligatorietà riguarda i lavoratori dipendenti con un reddito inferiore ad una soglia prestabilita, i pensionati, i disoccupati ed altre categorie. L'assicurazione è invece facoltativa per i possessori di reddito superiore alla soglia suddetta, per i lavoratori autonomi e per i liberi professionisti. Le aliquote dei fondi variano in funzione del reddito, del rischio sanitario e degli assicurati e della gamma di servizi e di prestazioni garantita dalla copertura assicurativa. Il sistema sanitario è finanziato da: (1) premi delle assicurazioni sociali (58%); (2) tasse (14%); (3) assicurazioni private (5%); (4) spesa <i>out-of-pocket</i> (8%); (5) contributi dei lavoratori (15%).</p>	<p>I fondi sanitari sono tenuti ad offrire un pacchetto minimo di servizi e prestazioni. È previsto il pagamento di una quota giornaliera nel caso di ricovero ospedaliero e per i trattamenti di riabilitazione e termali. Per i farmaci si adotta il meccanismo del prezzo di riferimento, e inoltre esiste un ticket sul prezzo. Le prestazioni di medicina di base e specialistica sono gratuite, così come gli esami preventivi oltre i 35 anni. I giovani sotto i 18 anni, le donne in gravidanza, i malati cronici, i disoccupati e altri soggetti in condizione di disagio godono del rimborso totale delle spese sanitarie. Gli altri cittadini contribuiscono fino al massimale del 2% o del 4% del proprio reddito annuale lordo (secondo il livello di reddito).</p>

IL TERMALISMO TERAPEUTICO E I SERVIZI SANITARI NAZIONALI
UN'ANALISI COMPARATA DELLE LEGISLAZIONI NEI PAESI MEMBRI DELL'UNIONE EUROPEA

<i>Grecia</i>	A prevalente sistema assistenziale pubblico. Il sistema è parzialmente decentralizzato.	Il sistema sanitario, a copertura universale (100% della popolazione), è finanziato: (1) dall'intervento pubblico, tramite il Ministero della Sanità; (2) dai fondi assicurativi pubblici, che provvedono alla copertura finanziaria dei servizi ospedalieri e ambulatoriali; (3) dalle assicurazioni private.	La maggior parte dei fondi pubblici rimborsa le spese relative alle cure primarie, secondarie, farmaceutiche e odontoiatriche.
<i>Irlanda</i>	A prevalente sistema assistenziale pubblico. Il sistema sanitario è controllato e finanziato a livello centrale, mentre la fornitura di servizi è decentralizzata.	Il servizio sanitario copre tutta la popolazione ed è finanziato in larga parte dalla tassazione generale.	I cittadini con un reddito inferiore ad una certa soglia (circa il 37% della popolazione) hanno accesso gratuito ai servizi ospedalieri e a quelli di medicina generale e godono del rimborso totale delle spese per i farmaci. Per gli altri cittadini sono previste forme di compartecipazione alla spesa sulle diverse prestazioni
<i>Italia</i>	A prevalente sistema assistenziale pubblico. Il sistema è decentralizzato.	Il servizio sanitario copre tutta la popolazione ed è finanziato dalla tassazione generale e dalla compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti. I finanziamenti destinati al Ssn sono ripartiti tra le regioni secondo criteri che dovrebbero tendere al riequilibrio territoriale della spesa pro capite.	Il sistema sanitario italiano prevede una totale gratuità per: (1) i farmaci se inseriti in una c.d. "lista positiva", salvo la presenza di eventuali ticket regionali; (2) le prestazioni di medicina generale e di pediatria; (3) i trattamenti erogati in regime di ricovero ospedaliero; (4) le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio incluse in programmi di prevenzione collettiva. Le restanti prestazioni sono soggette alla compartecipazione alla spesa, con possibilità di diversificazione regionale. Per l'assistenza termale, il D.M. 15 dicembre 1994 definisce quali sono le categorie diagnostiche per le quali è prevista l'erogazione delle cure termali con oneri a carico del S.S.N. Fatti salvi gli eventuali ticket dovuti, il Servizio sanitario nazionale pone a proprio carico le spese relative ad un solo ciclo di cure (12 sedute) per anno solare (1 gennaio - 31 dicembre). Nel caso della terapia inalatoria sono posti a carico del S.s.n. i costi relativi a due tipologie di cure (es.: inalazioni e aerosol per 12 + 12

			<p>applicazioni). Eventuali cure aggiuntive sono a carico dell'assistito. Un ciclo di terapia termale deve durare 12 giorni in un arco temporale non superiore a 16 giorni.</p> <p>Quando sussiste l'indicazione, si può prolungare la durata del ciclo e/o ripetere la terapia nel corso dell'anno ma con oneri a carico del paziente. Gli assistiti possono accedere agli stabilimenti termali per la cura di una delle patologie di cui al D.M. 15/12/94 con la sola prescrizione del medico curante. E' invece di competenza del medico specialista di struttura pubblica la dichiarazione per la fruizione delle cure termali al di fuori del periodo di ferie da parte dei lavoratori il cui contratto di lavoro prevede questa possibilità.</p> <p>Nell'arco di un anno solare (1 gennaio - 31 dicembre) ciascun assistito ha diritto ad usufruire di un solo ciclo di cura con oneri a carico del S.s.n. Fanno eccezione le categorie protette (invalidi di guerra e di servizio, ciechi, sordomuti e invalidi civili) che possono usufruire, nel corso dell'anno solare, di un ulteriore ciclo di cure correlato alla patologia invalidante. All'atto dell'accettazione presso lo stabilimento, gli assistiti sono tenuti a dichiarare che nell'anno solare non hanno usufruito di altro ciclo di cura termale con oneri a carico del S.s.n. oppure di appartenere ad una delle categorie protette di cui sopra. Gli assistiti che accedono agli stabilimenti termali sono tenuti a partecipare alla spesa sanitaria versando un ticket.</p>
<i>Lussemburgo</i>	A prevalente sistema mutualistico o delle	La copertura assicurativa è obbligatoria e si	Il pacchetto di servizi e prestazioni è

IL TERMALISMO TERAPEUTICO E I SERVIZI SANITARI NAZIONALI.
UN'ANALISI COMPARATA DELLE LEGISLAZIONI NEI PAESI MEMBRI DELL'UNIONE EUROPEA

	assicurazioni sociali. Il sistema è centralizzato	estende al 100% della popolazione. I flussi finanziari provengono da: (1) contributi (59%), proporzionati al reddito; (2) tasse (39%); (3) pagamenti privati (2%)	uniforme tra i fondi malattia. I farmaci sono rimborsati in media all'80% (il livello di rimborso è differenziato per categorie). I servizi finanziati direttamente dallo Stato (tramite il sistema di tassazione generale) sono gratuiti.
<i>Paesi Bassi</i>	A prevalente sistema mutualistico o delle assicurazioni sociali. Il sistema sanitario olandese è l'unico, nell'ambito della Comunità Europea, in cui la copertura assicurativa obbligatoria si estende a poco più del 70% della popolazione. Si tratta di un sistema "misto", in cui i meccanismi di finanziamento sono prevalentemente pubblici e l'erogazione delle prestazioni è in gran parte privata. Gli sviluppi recenti mirano ad introdurre meccanismi più favorevoli alla concorrenza e ad ampliare la copertura della popolazione, attraverso un'assicurazione pubblica finanziata da un premio variabile in funzione del numero dei componenti della famiglia assicurati e un altro premio, legato al reddito, che viene trasferito dall'erario ad un fondo malattia, che lo distribuisce agli assicurati. A ciò si aggiungerebbe l'assicurazione supplementare. Il sistema è decentralizzato.	Il sistema sanitario è finanziato da: (1) assicurazione obbligatoria (AWBZ) contro i grandi rischi; (2) fondi malattia (ZFW); (3) assicurazioni private; (4) tasse; (5) pagamenti diretti. La AWBZ è finanziata da contributi versati dall'intera popolazione, con aliquote commisurate al reddito, integrati da sussidi statali e da partecipazioni. La ZFW copre le cure di breve periodo ed è obbligatoria fino ad una determinata soglia di reddito (61% della popolazione). Essa è finanziata principalmente dai datori di lavoro, dai lavoratori e dai pensionati. I contributi sono fissati a livello nazionale e sono proporzionati al reddito. Non vi è obbligo di copertura assicurativa per i lavoratori autonomi e i precettori di redditi elevati (circa il 33% della popolazione), spesso coperti da assicurazioni private attraverso premi legati al rischio.	I farmaci sono rimborsabili solo se prescritti da un medico e il rimborso varia secondo il tipo di assicurazione sottoscritta.
<i>Portogallo</i>	A prevalente sistema assistenziale pubblico. Il sistema è centralizzato.	La copertura assicurativa è obbligatoria e si estende al 100% della popolazione. Il sistema sanitario è finanziato dalla tassazione generale e dai contributi degli utenti. Il 10% circa della popolazione dispone di un'assicurazione privata.	Il servizio sanitario nazionale provvede alla fornitura di servizi di medicina generale, di farmaci, di cure ospedaliere, di medicina preventiva e, solo in parte, di cure odontoiatriche. Sono previste forme di compartecipazione al costo per le cure primarie, per alcuni farmaci (con ticket al 30% o al 60%), per la diagnostica e per i trattamenti fisioterapici, non per il ricovero ospedaliero. Il servizio sanitario rimborsa le spese per

IL TERMALISMO TERAPEUTICO E I SERVIZI SANITARI NAZIONALI.
UN'ANALISI COMPARATA DELLE LEGISLAZIONI NEI PAESI MEMBRI DELL'UNIONE EUROPEA

			cure termali a seguito di apposita autorizzazione delle autorità sanitarie competenti per territorio.
<i>Regno Unito</i>	<p>A prevalente sistema assistenziale pubblico. Sin dalla sua attivazione (1946), il sistema sanitario inglese si è caratterizzato per la natura universalistica delle opportunità di accesso della fiscalità generale. Nel 1989, il Governo ha apportato decisi mutamenti al sistema al fine di incrementare i livelli di efficienza del NHS. Sono stati distinti soprattutto tramite la distinzione tra acquirenti e fornitori dei servizi sanitari e la conseguente creazione dei “quasi mercati interni”, con l’introduzione di meccanismi di concorrenza. Sono rimasti, invece, inalterati i meccanismi di finanziamento e l’accesso libero e gratuito per tutti.</p> <p>Il sistema è parzialmente decentralizzato.</p>	<p>La copertura assicurativa è obbligatoria e si estende al 100% della popolazione. Il sistema sanitario inglese è finanziato: (1) dalla tassazione generale (85%); (2) dai contributi sociali (13%); (3) dai fondi privati (3%).</p>	<p>La compartecipazione alle prestazioni riguarda le cure odontoiatriche, oculistiche e farmaceutiche. Quanto a queste ultime, l’imposizione di tetti massimi ai profitti realizzabili dalle imprese farmaceutiche contribuisce a contenere la spesa globale e consente allo Stato di finanziarne fino al 91% circa. I rimanenti oneri sono sostenuti da poco più del 30% dei cittadini (diverse categorie di assistiti sono, infatti, totalmente esenti dal pagamento: gli <i>over 65</i>, i malati cronici, gli indigenti) e, comunque, la spesa a carico del paziente riguarda solo i farmaci contenuti in un’apposita lista “negativa”.</p> <p>Per quanto riguarda le cure termali, il NHS non prevede una specifica copertura delle prestazioni termali, che rimangono nella libera determinazione delle autorità sanitarie locali. L’orientamento del sistema inglese è quello di favorire trattamenti alternativi ritenuti equivalenti alle cure termali. Ne consegue che le istituzioni sanitarie inglesi non intervengono a rimborsare eventuali spese per cure termali sostenute all’estero da parte degli assistiti dal NHS</p>
<i>Spagna</i>	<p>A prevalente sistema assistenziale pubblico. Il decentramento del sistema sanitario procede a tappe, con la progressiva conquista dell’autonomia da parte di nuove Regioni. Il sistema è decentralizzato e dal 1° gennaio del 2002 è stato effettuato il trasferimento di competenze e di funzioni a tutte le Regioni spagnole</p>	<p>Il servizio sanitario nazionale copre il 99% della popolazione. Restano esclusi essenzialmente i cittadini a reddito molto elevato e gli immigrati non regolari. Le cure sanitarie sono finanziate per il 79% dal SSN obbligatorio (con tassazione per il 62% e contributi per il 17%); il restante 21% è coperto dai pazienti e, in parte, dalle assicurazioni private. Una caratteristica peculiare del sistema sanitario spagnolo è</p>	<p>Il servizio sanitario nazionale finanzia: (1) le cure primarie e secondarie, ospedaliere e ambulatoriali; (2) parte del costo dei farmaci; (3) parte del costo delle estrazioni dentarie. Il ticket applicato sui farmaci è pari al 40% del costo (30%) per i dipendenti pubblici, ma i prodotti per le malattie croniche sono generalmente gratuiti. Sono esonerati i pensionati, i disoccupati, gli invalidi e gli infortunati sul lavoro.</p>

		l'ampia diffusione del sistema privato di assicurazione: nel 1995 esso ha riguardato il 14,6% della popolazione, una quota che raggiunge il 20% nella Catalogna.	Sono previsti interventi di copertura per terapie termali preventive e le cure presso gli stabilimenti termali sono riconosciute solo in quanto sottoposte a determinate condizioni.
<i>Svezia</i>	A prevalente sistema assistenziale pubblico. Di fronte alla crescita della spesa, il Governo è intervenuto per contenere l'aumento delle aliquote dei tributi locali, che costituiscono la quota più consistente del finanziamento. Il sistema è decentralizzato.	La copertura assicurativa è obbligatoria e si estende al 100% della popolazione. Le risorse del sistema sanitario svedese derivano: (1) dalla tassazione (che comprende un'imposta proporzionale al reddito, fissata a livello di Contea, e imposte indirette); (2) dal sistema assicurativo nazionale; (3) dalle spese private, ovvero pagamenti non rimborsabili e versamenti delle assicurazioni private. L'assicurazione obbligatoria è finanziata: (1) dai contributi dei datori di lavoro (80%); (2) dai trasferimenti specifici del governo centrale (20%). I datori di lavoro versano contributi pari a circa il 5% del salario del lavoratore.	L'assicurazione sanitaria nazionale copre, oltre alle cure primarie e ospedaliere, quelle preventive e odontoiatriche (queste ultime sono gratuite fino a 19 anni di età). Le compartecipazioni sui ricoveri in ospedale e sui farmaci sono fissate a livello centrale, così come le esenzioni (ad esempio i malati cronici). Il trattamento in ospedale è completamente gratuito per i giovani fino a 15 anni; gli altri pazienti sono tenuti ad un pagamento minimo. Quanto ai farmaci, sono completamente gratuiti quelli inseriti in una "lista positiva". Gli altri sono interamente a carico del paziente. Per le cure rese al di fuori dell'ospedale il ticket è stabilito dalla Contea, entro limiti prefissati. È previsto un massimale di esborso per compartecipazioni da parte del cittadino.

Nonostante le differenze evidenziate nella Tabella 1, i problemi che i sistemi sanitari devono affrontare risultano tuttavia simili. Tra questi spiccano:

- a) l'invecchiamento della popolazione,¹⁷ e
- b) la necessità di assicurare in termini universalistici l'accesso a servizi sanitari e ad un'assistenza di lunga durata sostenibili sul versante della spesa e di qualità, obiettivo che viene generalmente considerato come prioritario dagli Stati Membri nella definizione delle politiche sanitarie nazionali.

L'approccio ai problemi sopra evidenziati, nel corso degli ultimi decenni, è stato condizionato dai vincoli di bilancio che hanno interessato gli interventi nel comparto della sanità pubblica. Mentre negli anni '70, si era assistito ad una crescita delle risorse economiche destinate alla salute e al rafforzamento dell'impegno pubblico nel finanziamento della fornitura diretta delle prestazioni, gli anni Ottanta e, in specie, gli anni Novanta, hanno evidenziato un netto rallentamento. Il decremento degli oneri gravanti sulle pubbliche amministrazioni per la spesa sanitaria si è registrato soprattutto nei sistemi caratterizzati dalla presenza di un servizio sanitario nazionale, lasciando spazio, nell'ultimo decennio, ad un contestuale incremento della spesa privata.¹⁸ Le molteplici misure adottate per controllare i costi e gli interventi di riforma realizzati nella gestione dei servizi hanno spinto i sistemi sanitari a convergere su alcuni aspetti, tra i quali spiccano la su richiamata generale tendenza a garantire l'universalismo delle prestazioni, anche nei sistemi ad assicurazione obbligatoria, e la diffusione di modelli contrattuali nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

¹⁷ Sui rischi legati all'invecchiamento della popolazione e sulle politiche suggerite nei documenti dell'UE si rinvia alle conclusioni dei Consigli europei di Lisbona (marzo 2000), Stoccolma (marzo 2001), Goteborg (giugno 2001), Barcellona (marzo 2002) e, per una sintesi del problema, a F. KOSTORIS PADOA SCHIOPPA, *Rapporto sullo stato dell'Unione Europea 2002*, Bologna, Il Mulino, 2002.

¹⁸ La quota dei pagamenti diretti a carico degli utenti all'interno della spesa sanitaria complessiva nell'UE ha subito un lieve incremento negli anni Novanta. Nel 1998, la media UE risultava pari al 16% e la parte più significativa era composta dalla spesa sanitaria privata rispetto alle prestazioni delle assicurazioni malattia private. In Italia e in Portogallo, la quota di pagamenti diretti a carico degli utenti rispetto alla spesa sanitaria totale è, attualmente, superiore al 30%. La situazione è attribuibile in larga parte alle misure di contenimento e di razionalizzazione, adottate dai singoli governi nazionali e al conseguente minore impegno dello Stato nel finanziamento dei servizi sanitari nazionali. Se si procede a classificare i Paesi secondo le caratteristiche dei rispettivi modelli di sistemi sanitari, le percentuali di crescita più elevate, sia del peso della spesa privata su quella totale, sia dell'ammontare della spesa privata pro capite, riguardano gli ordinamenti caratterizzati dalla presenza di un prevalente sistema assistenziale pubblico. E come è già stato osservato, contrariamente alle aspettative, il progressivo spostamento verso fonti di finanziamento privato non ha limitato la generale crescita della spesa sanitaria. Questi dati possono essere interpretati come un indicatore dei limiti dei servizi forniti dal settore pubblico, dei mutamenti strutturali in atto, volti a contenere la spesa dei sistemi sanitari pubblici, e/o alla tendenza dei singoli Paesi a privilegiare un modello sanitario misto, in cui si integrano e sono complementari i servizi resi da enti pubblici e da strutture private.

In dettaglio, i pilastri sui quali è stato avviato il processo riformatore in Europa all'inizio degli anni '90 possono essere così sintetizzati:

- il passaggio da un sistema fortemente centralizzato di regolazione della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie ad un sistema basato sulla contrattazione, intesa come meccanismo alternativo alla gestione integrata dei sistemi sanitari, al fine di contenere i costi, migliorare la qualità dei servizi e la competitività tra le strutture di cura;¹⁹
- l'introduzione di meccanismi di concorrenza amministrata tra le strutture erogatrici;²⁰
- la determinazione di un sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie ospedaliere per tipologia di diagnosi;
- la determinazione di vincoli virtuali di spesa per i medici di base volti a programmare la spesa indotta dei propri assistiti;²¹
- la valorizzazione della libertà di scelta tra strutture erogatrici alternative da parte di medici e assistiti;²²

¹⁹ La separazione tra erogatore e acquirente di prestazioni, diffusosi anche nei sistemi a tassazione generale, ha rappresentato lo strumento essenziale di incentivazione alla riduzione delle inefficienze. Con il contratto tra erogatore ed acquirente di prestazioni, l'acquirente, che è il soggetto pagatore (vale a dire lo Stato, nel Regno Unito, in Finlandia, in Svezia e in Italia) commissiona all'erogatore una serie di prestazioni, specificando, in molti casi, i volumi erogabili e la qualità media attesa. Il contratto agisce, generalmente, come accordo quadro.

²⁰ La separazione tra acquirente-pagatore è stata accompagnata dall'introduzione di meccanismi di confronto concorrenziale tra erogatori, secondo uno schema denominato "quasi-mercato", mercato interno o concorrenza amministrata. La concorrenza tra strutture erogatrici consente di introdurre nei sistemi sanitari incentivi volti al miglioramento della qualità e, al tempo stesso, all'abbattimento dei costi di erogazione. I contratti tra erogatori ed acquirenti predeterminano i budget di spesa sulla base di una tariffa individuata e del volume delle prestazioni previste in un dato orizzonte temporale.

Il primo Paese ad avviare le riforme dei sistemi di erogazione della spesa sanitaria è stato il Regno Unito. L'idea di fondo della riforma era quella di realizzare un sistema di *governance* dal lato dell'offerta, volto ad allineare gli incentivi dei diversi soggetti, attraverso la separazione tra erogatore ed acquirente di prestazioni sanitarie con determinazioni di contratti che prevedessero budget di spesa prefissati sulla base del volume delle prestazioni attese e con l'introduzione di meccanismi concorrenziali tra erogatori per la sottoscrizione dei contratti di fornitura delle prestazioni. L'esperienza britannica è stata presto imitata, più o meno fedelmente, da un gruppo di Paesi europei. L'Italia, come è noto, ha introdotto nel 1992 una riforma orientata alla realizzazione di un sistema di mercati interni che si caratterizza per l'enfasi posta sul confronto concorrenziale tra strutture pubbliche e strutture private ammesse ad erogare prestazioni in nome e per conto del servizio sanitario nazionale. Riforme in vario grado riconducibili a quella britannica sono state, successivamente, avviate, ad esempio, in Svezia e in Germania, mentre esse stentano a decollare in altri Paesi, quali Francia e Spagna. Tuttavia, mentre i primi anni '90 possono essere considerati come la stagione più alta dei "quasi mercati", la fine degli anni '90 e l'inizio del nuovo secolo, possono essere visti come gli anni del ritorno a modelli caratterizzati da una minore enfasi sulla concorrenza e sulla libertà di scelta. Ciò è riconducibile principalmente a tre motivi: 1. il modello della concorrenza amministrata non ha assicurato il contenimento della spesa pubblica che, in alcuni casi, è persino aumentata; 2. le riforme introdotte hanno generato, almeno in alcuni casi, nuovi problemi di incentivazione e di inefficienza; 3. l'insoddisfazione dei cittadini, determinata soprattutto dalle liste d'attesa e dalla cattiva qualità di alcune prestazioni e servizi, non è stata ridotta dalle riforme avviate.

²¹ Nella stessa direzione agisce l'introduzione di vincoli di bilancio figurativi al medico di base. Si tratta, infatti, del tentativo di incentivare il medico a controllare la spesa generata dai propri assistiti, al fine di indurre lo stesso medico a selezionare il tipo e il numero di prestazioni in base alla loro effettiva urgenza e al grado di efficacia dell'intervento.

- il cambiamento nella struttura dell'offerta di servizi, con uno spostamento dei trattamenti al di fuori dell'ospedale (riduzione del numero di posti letto e delle giornate di degenza).

In questo contesto, la domanda di servizi sanitari e, in specie di quelli di *long-term care*, è andata aumentando negli ultimi decenni, principalmente a seguito dei progressi compiuti nell'ambito delle terapie e tecnologie mediche e alle crescenti aspettative manifestate nella nostra società. Contestualmente, i mutamenti intervenuti negli stili di vita, nell'organizzazione del lavoro, nei livelli di reddito, nei livelli d'istruzione e nelle strutture familiari, l'accesso immediato – tramite gli strumenti informatici - a conoscenze aggiornate in merito alle più avanzate possibilità terapeutiche hanno contribuito a modificare l'atteggiamento dei cittadini nei confronti dell'assistenza sanitaria. Gli utenti desiderano avere una maggiore possibilità di scelta e servizi più personalizzati, nonché accesso ad una più ampia gamma di trattamenti medici, ivi compresi quelli che esulano dai limiti dei sistemi sanitari tradizionali. Conseguentemente, i *policy makers* sono chiamati a rispondere alle nuove attese degli utenti dei servizi sanitari, dovendo confrontarsi con limiti di bilancio affatto irrilevanti.

In risposta a tali sfide, il settore sanitario è sottoposto ad un processo di costante trasformazione e costretto a ricercare maggiori sinergie con altre politiche settoriali. I servizi sanitari nazionali sono chiamati, tra l'altro, a migliorare l'efficienza e il rapporto costo-efficacia dei servizi sanitari, così da rendere maggiormente sostenibile il generale accesso ad un'assistenza sanitaria di lunga durata e di qualità. A tal fine, occorre compiere sforzi risoluti, finalizzati ad assicurare una migliore gestione e una valutazione più sistematica dell'impatto degli interventi, delle terapie e delle tecnologie sanitarie. Si ritiene che a tali sforzi non possa sottrarsi il settore termale, in specie attesa la vocazione transfrontaliera connaturata alle cure e prestazioni termali.

²² In questo contesto, la libera scelta viene vista sia come un obiettivo in sé, sia come uno strumento di politica sanitaria volto a rafforzare la spinta del sistema verso forme di concorrenza nella qualità delle prestazioni erogate.

3. L'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica

3.1. I Trattati

L'organizzazione dei servizi e degli interventi sanitari – come è già stato osservato - e, conseguentemente, la gamma di prestazioni sanitarie che i sistemi sanitari debbono garantire ai propri cittadini costituiscono, in linea con il principio di sussidiarietà e in virtù del Trattato di Amsterdam, materia e responsabilità dei singoli governi statali, non potendosi dunque registrare una legislazione *ad hoc* a livello comunitario. Tuttavia, l'intervento dell'Unione Europea in campo sanitario ha registrato in questi ultimi anni alcuni significativi sviluppi.

Invero, sebbene la UE, in termini di competenza, non si occupi direttamente di sanità, nel corso dell'ultimo decennio,²³ e a partire dall'approvazione del Trattato di Maastricht (1992) “è andata crescendo l'attenzione del livello comunitario nei confronti della salute pubblica e della sanità, con un salto di qualità proprio in occasione dell'approvazione del Trattato di Amsterdam (1997)”.²⁴

Ed è proprio con l'entrata in vigore del Trattato di Maastricht e l'inserimento di un titolo denominato “Sanità pubblica” che ha iniziato a svilupparsi una strategia comunitaria in materia di sanità ed è stato possibile istituzionalizzare la cooperazione tra gli Stati Membri in questo settore. L'art. 3 del Trattato in parola ha elevato la protezione della salute al rango di obiettivo delle politiche comunitarie²⁵ e l'art. 129 ha definito un quadro per le attività comunitarie in materia di sanità pubblica. Da allora, gli sforzi comunitari si sono concentrati su azioni volte ad assicurare informazione, istruzione, sorveglianza e formazione nel settore sanitario.²⁶ Nel 1993, poi, sono stati approvati alcuni programmi pluriennali di azione in settori prioritari per la salute dei cittadini europei, riguardanti le misure di prevenzione e di promozione della salute.

Se con il Trattato di Maastricht si è posta la “prima pietra” del riconoscimento a livello europeo dell'importanza strategica della sanità pubblica, è con il Trattato di

²³ Va tuttavia ricordato che, nonostante il Trattato di Roma (1957) non contenesse una base giuridica specifica per la sanità pubblica, a partire dal 1977, un Consiglio formato dai ministri della Sanità aveva cominciato a riunirsi a intervalli regolari per adottare atti e risoluzioni non vincolanti.

²⁴ MAINO, *op. cit.*, p. 33.

²⁵ La lettera p) dell'art. 3 individua tra i compiti della Comunità quello di fornire “un contributo al conseguimento di un elevato livello di protezione della salute”.

²⁶ La già richiamata mobilità dei pazienti e dei professionisti, la presenza di comuni aspettative nei diversi Paesi Membri, la circolazione e la diffusione delle nuove tecnologie mediche, nonché l'allargamento costituiscono tutti fattori che indicano la soprannazionalità della tutela della salute e la progressiva interconnessione tra i diversi sistemi. Da ciò consegue la necessità di incrementare la collaborazione interistituzionale tra i centri decisori delle politiche sanitarie dei singoli ordinamenti nazionali.

Amsterdam (art. 152)²⁷ che si riconosce alla sanità pubblica pieno diritto di cittadinanza comunitaria. Con questa disposizione si “consente a Bruxelles di sostenere gli Stati Membri nel campo della difesa della salute ma anche, e questa è una novità importante, di intervenire direttamente in quei settori che, di volta in volta, vengono considerati prioritari per garantire la tutela della salute. L'UE può quindi adottare tutte le misure volte ad assicurare un livello elevato di protezione della salute umana ed incoraggiare la cooperazione tra i Paesi Membri appoggiando, dove necessario, la loro azione”.²⁸ L'azione comunitaria è volta, dunque, a completare le politiche nazionali in materia sanitaria ed è finalizzata “al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni, e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute umana (art. 152, 1, CE).²⁹

Tuttavia, l'affermazione di una legittimazione all'intervento comunitario nel settore della sanità pubblica non ha seguito un percorso lineare. La Comunicazione della Commissione sulla “Strategia della Comunità europea in materia di sanità” ha ribadito l'obbligo di rispettare il principio di sussidiarietà e di agire solo se le azioni che contribuiscono a garantire un elevato livello di protezione della salute possono essere realizzate in modo migliore a livello comunitario piuttosto che a livello dei singoli Paesi Membri (Commissione europea 2000). In linea con l'art. 152, la Comunicazione ha sottolineato che l'azione comunitaria non può limitare le competenze degli Stati Membri in materia di gestione ed erogazione dei servizi sanitari e deve svilupparsi in quei settori in cui i singoli paesi non sono in grado di intervenire in modo efficace e/o in ambiti di dimensione transnazionale con funzioni di coordinamento delle politiche nazionali. Si aggiunga che, a seguito dell'approvazione del Trattato di Nizza (7-9 dicembre 2000), la materia “sanità” è stata esclusa, oltre al fisco e alle politiche sull'immigrazione, dalle materie che passano dal voto all'unanimità alla maggioranza qualificata del 74% dei voti in sede di Consiglio dei ministri. Ne consegue che “le decisioni assunte a maggioranza qualificata e non all'unanimità passano al vaglio del Parlamento: quest'ultimo avrebbe potuto così influenzare attraverso la procedura della co-decisione le direttive in materia di sanità pubblica e in questo modo rafforzare il suo ruolo di promozione”.³⁰

Conferma il carattere nazionale degli interventi nel settore della protezione della salute la Carta dei diritti fondamentali presentata al Consiglio europeo di Nizza, il cui art. 35 ribadisce che “ogni cittadino ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure

²⁷ L'articolo in parola prevede che “Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità è garantito un livello elevato di protezione della salute umana”.

²⁸ DONATI, *op. cit.*, p. 34.

²⁹ Si veda ANTONIOLLI – BENACCHIO – LAJOLO COSSANO, *op. cit.*, pp. 243-244.

³⁰ DONATI, *op. cit.*, p. 39.

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". E, forse, proprio in ragione dell'elevato grado di protezione stabilito dall'art. 35, come è stato giustamente affermato recentemente, "in prospettiva, la politica sanitaria dell'Unione Europea finirà per incidere in misura sempre maggiore sulla sovranità degli Stati Membri, con disposizioni vincolanti, dal momento che il livello elevato di protezione che è perseguito dall'Unione Europea potrà assorbire i livelli essenziali delle prestazioni *ex art. 117 Cost.*".³¹

3.2. La libertà di movimento dei cittadini-pazienti (mobilità sanitaria) nell'Unione Europea: il Regolamento CE 1408/71

Nonostante le enunciazioni di principio contenute nei documenti citati, volte a rimarcare la competenza degli Stati Membri in campo sanitario, sembra ormai evidente che all'interno dell'Unione Europea e, in specie, dopo il recente allargamento all' "Europa dei 25", renda necessario giungere alla definizione di forme stabili di coordinamento delle politiche sanitarie. In particolare, ai fini della nostra trattazione, detta esigenza è sollecitata dalla riconosciuta libertà dei cittadini-pazienti di recarsi presso strutture sanitarie di un altro Paese Membro per sottoporsi alle terapie mediche ivi erogate.

Trattasi di un principio che, per i lavoratori era già stato sancito nei Regolamenti CE 1408/71 e 574/72 riguardanti il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale degli Stati Membri. Il Regolamento n. 1408/71, in particolare, contiene disposizioni che sanciscono la libertà di circolazione dei lavoratori e delle imprese, affermando, sinteticamente, quattro principi basilari:

1. l'uguale trattamento di tutti i lavoratori (principio di non discriminazione);
2. con riferimento all'assicurazione obbligatoria di base (il cosiddetto "primo pilastro"), la cumulabilità dei periodi di assicurazione ovunque maturati;
3. l'esportabilità delle prestazioni: un lavoratore che beneficia di una pensione italiana può spostarsi ovunque ritenga opportuno all'interno dell'Unione Europea mantenendo il diritto a questa prestazione;
4. l'applicazione di un'unica legislazione secondo il principio della cosiddetta *lex loci laboris* seguendo la quale si applica, indipendentemente dalla nazionalità del

³¹ Così G. BALDESSARELLI, *Salute e confini: nuovi federalismi sanitari*, Università degli Studi di Trento, Dialoghi di Bioetica e biodiritto salute e dintorni, 1 aprile 2005, p. 32.

lavoratore, la legislazione del paese dove si attua la prestazione lavorativa, fatte salve alcune fattispecie che sono disciplinate separatamente.³²

Dal Regolamento in considerazione, per quanto attiene la politica sanitaria, discendono i seguenti tre tipi di assistenza transfrontaliera:³³

- quella diretta ai lavoratori transfrontalieri, in base alla quale essi hanno diritto ad accedere al sistema sanitario sia dello Stato di residenza che dello Stato in cui esercitano la loro attività;
- nel corso dei soggiorni temporanei (per turismo, per lavori di breve termine o per studio) in caso di emergenza, i cittadini comunitari possono accedere ai sistemi sanitari dei Paesi Membri;
- in seguito al rilascio di un'autorizzazione preventiva, i cittadini comunitari possono ricevere cure in un altro Stato membro, con diritto al rimborso, alle tariffe dello Stato fornitore dei servizi sanitari, da parte del sistema sanitario dello Stato di appartenenza del paziente.

I principi sopra descritti hanno, tuttavia, incontrato numerose difficoltà ad affermarsi compiutamente. In particolare, il ricorso all'autorizzazione preventiva³⁴ da parte delle autorità sanitarie competenti, siano essi fondi sanitari di categoria ovvero i servizi sanitari nazionali, ha *de facto* limitato la possibilità dei pazienti di recarsi fuori confine per accedere a prestazioni sanitarie ritenute più congrue ovvero più efficaci.

In questo scenario, si collocano le sentenze della Corte di Giustizia e i documenti elaborati dalla Commissione Europea. Questi ultimi, sulla scorta della giurisprudenza della Corte, hanno contribuito a ribadire la necessità di prevedere una politica sanitaria comune a livello UE e a confermare la libertà per ciascun cittadino – paziente di poter usufruire delle cure mediche in uno Stato membro diverso da quello di residenza, anche prescindendo dalla su citata autorizzazione.

3.3. Le sentenze della Corte Europea di Giustizia

Su ricorso dei tribunali nazionali, la Corte Europea di Giustizia ha affermato, consolidando la propria posizione, il diritto di ogni cittadino europeo, laddove sia riconosciuta un'effettiva differenza qualitativa ovvero una riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie, a farsi curare in un paese diverso da quello di residenza, anche a

³² *Ibid.*, p. 40.

³³ In argomento, si veda KOSTORIS PADOA SCHIOPPA, *op. cit.*

³⁴ Il Regolamento CE n. 1247/1992 ha abolito tale obbligo per quanto riguarda le prestazioni in denaro, mentre esso rimane tuttora in vigore per le prestazioni in natura.

prescindere dalla concessione di una autorizzazione preventiva da parte delle autorità sanitarie nazionali competenti e a richiedere il rimborso delle spese sostenute per accedere alle cure.

Di seguito, sono riportate e raggruppate le principali sentenze pronunciate dalla Corte Europea di Giustizia sulla libertà di circolazione dei pazienti e il rimborso delle spese sanitarie.

Le sentenze Kohll e Decker

Nella causa Kohll,³⁵ il signor Kohll, cittadino lussemburghese, attraverso il proprio medico, aveva chiesto l'autorizzazione alla *Union des caisses de maladie* di consentire alla figlia minorene di fruire di cure dentistiche rese da uno studio tedesco di Treviri. Il fondo sanitario di appartenenza del sig. Kohll rifiutò l'autorizzazione richiesta per il motivo che le cure prospettate non erano considerabili urgenti e potevano altresì essere prestate in Lussemburgo.

La causa Decker³⁶ riguardava la richiesta rivolta dal signor Decker, cittadino lussemburghese, alla propria cassa malattia per ottenere il rimborso, alle condizioni previste dalla normativa del Lussemburgo, del costo sostenuto per l'acquisto di un paio di occhiali effettuato in Belgio. Il fondo sanitario di appartenenza del signor Decker ha opposto il rifiuto all'istanza del proprio assistito per la ragione che, in conformità alle disposizioni vigenti in Lussemburgo, i cittadini di quel Paese, avrebbero dovuto ottenere l'autorizzazione preventiva (formulario E-112 in conformità al Regolamenti CE), prima di poter accedere alle prestazioni erogate fuori dai confini nazionali.

In entrambi i casi, la Corte di Giustizia Europea, richiamando le disposizioni del Trattato in tema di libera circolazione dei beni e dei cittadini, ha statuito quanto segue:

1. i Paesi Membri hanno il diritto di organizzare i propri sistemi sanitari come preferiscono;
2. tuttavia, le disposizioni nazionali in campo sanitario non possono derogare ai principi di base della libera circolazione;
3. il principio di autorizzazione preventiva per ottenere prestazioni in un altro Paese Membro alle condizioni previste in quel paese non esime il paese di residenza

³⁵ *Raimond Kohll c. Union des caisses de maladie*, C-155/96 del 28 aprile 1998, Racc. 1998, p. I-1931.

³⁶ *Nicolas Decker c. Caisse de maladie des employés privés*, C- Causa C-120/95, Racc. 1998, p. I-01831.

dall'obbligo di rimborso alle stesse tariffe previste per quelle cure dal regime assicurativo vigente nel paese di residenza medesimo;

4. il principio della autorizzazione preventiva tende a penalizzare i fornitori di servizi che hanno sede in altri Paesi Membri;
5. e, dunque, il principio della autorizzazione preventiva (e *a fortiori* il suo diniego) può essere invocato solo in casi di seria minaccia ai bilanci finanziari dei sistemi sanitari nazionali o per ragioni di sanità pubblica.³⁷

Per molti Stati Membri, le pronunce *Kohll* e *Decker* hanno rappresentato un attacco al loro diritto di organizzare i propri servizi sanitari e sociali, secondo il su citato principio di sussidiarietà. In modo particolare, taluni Stati Membri temono l'afflusso di pazienti provenienti da quegli Stati Membri in cui l'organizzazione sanitaria risulta inadeguata ovvero non sia in grado di erogare servizi di qualità. La Corte ha sostenuto, per contro, che la discrezionalità di organizzazione dei sistemi sanitari attribuita ai singoli Stati nazionali non può essere invocata al fine di non adempiere alle normative comunitarie, rafforzando il timore di cui sopra. Invero, la Corte non ha “dichiarato invalido il Regolamento CE 1408/71 ma ha sostenuto che esso non fornisce un elenco di mezzi attraverso cui un cittadino europeo può ottenere articoli medici ovvero servizi sanitari in un altro Stato Membro. L'effetto immediato di questo orientamento è stato quello di istituire un duplice modello a mezzo del quale ottenere il rimborso delle spese mediche transfrontaliere, e segnatamente:

- ai sensi e per gli effetti del Regolamento 1408/71, il quale dispone in merito al rilascio dei formulari E111 e E112, attraverso cui i costi sono rimborsati sulla base delle tariffe praticate nel paese in cui il trattamento risulta essere erogato;
- la nuova “opzione Kohll e Decker” secondo cui gli assistiti possono ottenere una prestazione sanitaria all'estero e successivamente essere rimborsati in base alle tariffe praticate nel paese in cui risultano assicurati.”³⁸

Le sentenze Kohll e Decker hanno lasciato qualche margine di ambiguità circa le effettive aree di prestazioni sanitarie cui esse si riferivano. Una delle questioni che sono emerse

³⁷ FERRERA M., *Integrazione europea e sovranità sociale dello stato-nazione: dilemmi e prospettive*, in *Rivista italiana di Scienza politica*, XXX, 3, pp. 410-411.

³⁸ Commissione Europea, Health & Consumer Protection Directorate-General, Directorate G – Public Health, *The Internal Market and Health Services, Report of the High Level Committee on Health*, 17 dicembre 2001, p. 11.

dall'interpretazione delle sentenze in argomento riguardava il fatto se esse si applicavano soltanto alle cure ospedaliere ovvero se la necessità di offrire a tutti i cittadini europei un equilibrato mix di prestazioni mediche e ospedaliere potesse fornire una giustificazione di sanità pubblica tale da non farsi luogo all'applicazione del Trattato alle cure ospedaliere.

Le sentenze Vanbraeckel, Smits e Peerbrooms

Nel mese di luglio 2001, la Corte ha avuto modo di pronunciarsi ancora in materia di libertà di accesso alle cure sanitarie che, nei casi di specie, erano erogate in forma diretta.

Nella sentenza *Vanbraeckel*,³⁹ il fondo sanitario di appartenenza si era rifiutato di rimborsare le spese relative al ricovero / trattamento ospedaliero sostenute da una cittadina belga a seguito di un intervento chirurgico ortopedico effettuato presso un ospedale francese.

Nei casi *Smits* e *Peerbrooms*⁴⁰ si trattava, invece, di due cittadini olandesi recatisi, rispettivamente, presso una clinica specializzata in Germania per curare il morbo di Parkinson e presso una struttura ospedaliera in Austria per cure neurologiche intensive. In entrambi i casi, l'assicurazione olandese rifiutò il rimborso per il motivo che l'assistito avrebbe potuto ottenere cure altrettanto adeguate anche in Olanda attraverso i centri convenzionati della cassa di appartenenza.⁴¹

La Corte, anche in questi due ultimi casi, ha confermato che tutti i Paesi Membri debbono adempiere alla normativa comunitaria, anche quando esercitano la loro competenza in materia di organizzazione sanitaria, benché questa costituisca responsabilità primaria degli stessi ordinamenti nazionali. La Corte ha altresì sottolineato che le attività sanitarie, comprese le prestazioni rese in presidi ospedalieri, ricadono nell'ambito di previsione dell'art. 50 del Trattato (libertà di prestazione dei servizi all'interno degli Stati Membri). Tuttavia, la necessità di mantenere l'equilibrio finanziario dei sistemi di sicurezza sociale e la ricerca di un equilibrato compromesso tra cure mediche e prestazioni ospedaliere aperte a tutti i cittadini può giustificare alcune restrizioni, quale quella espressa dal sistema di preventiva autorizzazione sopra descritto. La Corte si è spinta ad esaminare in quali

³⁹ *Vanbraeckel c. Alliance nazionale des mutualités chrétiennes* (ANMC), C-368-98 del 12 luglio 2001, Racc. 2001, p. I-05363

⁴⁰ *B.S.M. Smits, coniugata Geraets, c. Stichting Ziekenfonds VGZ e H.T.M. Peerbooms contro Stichting CZ Groep Zorgverzekerings*, C-157/99 del 12 luglio 2001, Racc. 2001, p. I-05473.

⁴¹ Nel primo caso, l'assistito osservò che la qualità delle prestazioni erogate in Germania era da considerarsi superiore a quella registrata presso le strutture olandesi. Anche nel secondo caso, in cui l'assistito non avrebbe potuto ottenere adeguato trattamento in quanto di età superiore ai 25 anni, limite anagrafico stabilito dalle disposizioni in materia sanitaria in Olanda per poter accedere a terapie di neuro-stimolazione, il fondo sanitario ha rifiutato il rimborso sulla scorta del fatto che dette prestazioni avrebbero comunque potuto essere erogate dalle strutture nazionali.

condizioni l'autorizzazione in argomento dovrebbe essere concessa, in conformità con il diritto comunitario. Il trattamento per cui l'autorizzazione viene richiesta deve essere "normale", secondo gli standards professionali internazionali e deve essere prescritto avuto riguardo alle condizioni di salute del richiedente. L'autorizzazione può essere rifiutata, sostiene ancora la Corte Europea di Giustizia, "soltanto ove sia possibile ottenere la stessa cura / prestazione sanitaria ovvero una ugualmente efficace *senza eccessivo ritardo (undue delay)* presso una struttura convenzionata con il fondo sanitario di appartenenza dell'assistito. Ancorché il concetto dell'*undue delay* (eccessivo ritardo) non sia stato chiaramente definito, si dovrebbe affermare che gli Stati Membri che presentano lunghe liste d'attesa non dovrebbero essere giustificati qualora rifiutassero di autorizzare la fruizione di cure sanitarie all'estero".⁴²

La Corte di Giustizia, confermando quanto ribadito nelle sentenze Kohll e Decker, ha pertanto affermato i seguenti principi:

1. qualora un assicurato abbia ottenuto l'autorizzazione di recarsi in un altro Stato membro per ricevere le cure sanitarie richieste, l'istituzione sanitaria, in ossequio alle previsioni contenute nel Regolamento 1408/71, è tenuta ad erogare le prestazioni conformemente alle norme che regolano l'assistenza diretta applicate da quest'ultima, come se l'interessato fosse iscritto ad essa;
2. gli artt. 49 e 50 del Trattato non confliggono con una normativa nazionale che subordina la presa in carico delle spese prestate in un altro Stato membro alla concessione di tale autorizzazione alla condizione che:
 - a. il trattamento possa essere considerato "usuale negli ambiti professionali interessati";
 - b. la condizione di salute particolare dell'assicurato lo richieda.

La Corte ha inoltre ribadito la necessità di vincolare la normativa nazionale al rispetto di tre condizioni ulteriori, segnatamente:

- "il requisito relativo al "carattere usuale del trattamento" deve essere interpretato in modo tale che l'autorizzazione non possa essere rifiutata dovesse risultare che il trattamento in oggetto sia sufficientemente comprovato e convalidato dalla scienza medica internazionale;
- l'autorizzazione può essere rifiutata solo se un trattamento identico (o che presenti lo stesso grado di efficacia) possa essere tempestivamente ottenuto

⁴² Commissione Europea, *The Internal Market, cit.*, pp. 12-13.

presso un istituto convenzionato con la cassa malattia di cui fa parte l'assicurato;

- lo Stato membro deve rispettare il diritto comunitario così come risulta dalla giurisprudenza della Corte Europea di Giustizia.⁴³

Le sentenze Mueller-Fauré, van Riet e Inizan

I medesimi principi sono stati ulteriormente affermati anche in due successive pronunce della Corte Europea: si tratta, rispettivamente, della causa *V.G. Müller-Fauré c. Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA e E.E.M. van Riet c. Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen*⁴⁴ e della causa *Inizan c. Caisse Primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine*.⁴⁵ Nella prima, la Corte si è pronunciata sulla possibilità di ammettere il rimborso delle spese mediche sostenute all'estero, nel caso di specie in Germania e in Belgio, da un assistito di un fondo sanitario olandese. Il sistema sanitario olandese, che prevede l'erogazione di servizi "in kind" e non quindi il rimborso delle spese *ex post*, riconosce che 1. l'autorizzazione è concessa solo quando gli erogatori convenzionati sul territorio olandese non possono erogare le cure appropriate; 2. e, successivamente, all'ottenimento dell'apposita autorizzazione, il fondo sanitario di competenza intervenga ad assumersi l'intero costo delle cure erogate all'estero. A riguardo dell'autorizzazione, la Corte ha sostenuto che "risulta[...] da una giurisprudenza costante che un regime di previa autorizzazione amministrativa non può legittimare un comportamento discrezionale da parte delle autorità nazionali, tale da privare le disposizioni comunitarie, in particolare quelle relative ad una libertà fondamentale come quella di cui trattasi nelle cause principali, di un'applicazione utile (v. sentenze 23 febbraio 1995, cause riunite C-358/93 e C-416/93, Bordessa e a., Racc. pag. I-361, punto 25; 14 dicembre 1995, cause riunite C-163/94, C-165/94 e C-250/94, Sanz de Lera e a., Racc. pag. I-4821, punti 23-28, e 20 febbraio 2001, causa C-205/99, Analir e a., Racc. pag. I-1271, punto 37)".⁴⁶

Nella seconda sentenza (*Inizan*), ancora una volta, il fondo sanitario francese aveva rifiutato di rimborsare le spese mediche sopportate da una propria assicurata che intendeva recarsi in Germania per sottoporsi a cure ospedaliere.⁴⁷

⁴³ MAINO, *op. cit.* pp. 44-45.

⁴⁴ C-385/99 del 13 maggio 2003, Racc. 2003, p. I-04509.

⁴⁵ C-56/01 del 23 ottobre 2003.

⁴⁶ Cfr. punto 84 della sentenza.

⁴⁷ Si consideri che l'articolo R-332-2 del codice francese di Protezione Sociale dispone quanto segue: "I fondi sanitari possono rimborsare, ad un tasso fisso, i costi per trattamenti medici a favore di propri assicurati erogati

Le sentenze sopra commentate evidenziano due “posizioni” della Corte: da un lato, il regime dell'autorizzazione è stato condannato quale impedimento all'affermazione del principio della libera circolazione dei cittadini. Dall'altro, il medesimo regime è stato considerato ancora pienamente legittimo e non in contrasto con il diritto comunitario laddove riferito alle cure ospedaliere.⁴⁸

Alla luce delle sentenze di cui sopra, pertanto, con riferimento al sistema di rimborso delle spese mediche sostenute per cure effettuate in un paese diverso da quello di appartenenza, si registra un duplice orientamento. Da una parte, il Regolamento 1408/71 ribadisce che i costi debbono essere rimborsati in base alle tariffe proprie del Paese in cui si è curati. Dall'altra, le sentenze Kohll *et alia* affermano, invece, il principio secondo cui i costi sostenuti per le spese mediche debbano essere rimborsati secondo le tariffe applicate nel paese di appartenenza.⁴⁹

La sentenza Leichtle

La Corte Europea di Giustizia, nel corso del 2004, si è pronunciata, ancora una volta, sul rimborso delle spese sostenute per cure effettuate all'estero (nel caso di specie si trattava di cure termali).⁵⁰

Il signor Leichtle, dipendente del *Bundesanstalt für Arbeit* (Ufficio federale per il lavoro), nel febbraio 2000, chiedeva che fossero dichiarate rimborsabili le spese che avrebbe sostenuto per una cura da effettuare presso uno stabilimento termale di Ischia nel periodo dal 29 aprile al 13 maggio di quell'anno. A tal fine, presentava il certificato di un medico specialista da cui risultava che egli soffriva di una poliartralgia e di dolori dorsali cronici e che si era sottoposto a tutte le terapie disponibili nel luogo di residenza. Dal punto di vista traumatologico-reumatologico, sarebbe stato necessario un ricovero ospedaliero con trattamento di riabilitazione. Sarebbe apparso adeguato, in particolare, un trattamento a base di fanghi e di radioemanazioni, del tipo di quelli praticati ad Ischia. Il medico fiduciario dell'Ufficio del lavoro competente per l'unità amministrativa di appartenenza del ricorrente

presso strutture all'estero in presenza di malattie improvvise, a condizione che il costo non ecceda la somma totale che l'assicurato pagherebbe in caso di cura erogata in Francia”.

⁴⁸ È stato osservato che “per la prima volta una sentenza della Corte ha sottoposto anche i servizi sanitari di base a due principi su cui si basa la stessa costituzione europea: libertà di circolazione delle merci e libertà di circolazione dei servizi”. Così HERMANS H., *Assistenza sanitaria transfrontaliera e conseguenze delle sentenze Decker e Kohll*, in *Politiche sanitarie*, 2, p 58).

⁴⁹ Allo scopo di facilitare la possibilità di recarsi all'estero per farsi curare, Lussemburgo, Belgio, Olanda, Regno Unito, Francia e Irlanda hanno siglato accordi bilaterali. Si aggiunga che il programma UE denominato “Interreg”, il cui obiettivo è quello di promuovere lo sviluppo economico delle regioni di confine, prevede misure e progetti mirati alla promozione della cooperazione fra tali regioni anche in ambito sanitario.

⁵⁰ *Ludwig Leichtle c. Bundesanstalt fuer Arbeit* (C-8/02) del 18 marzo 2004. Si vedano anche le sentenze *Eva-Maria Weller c. Deutsche Angestellten-Krankenkasse* (C-332/02); *Karin Bauz c. AOK Baden Wurttemberg* (C-454/02-1).

comunicava che, sebbene la cura fosse necessaria per il ripristino della capacità lavorativa del ricorrente, il trattamento all'estero non era indispensabile. In seguito, anche il medico fiduciario dell'Ufficio federale del lavoro si esprimeva nello stesso senso, osservando che dalla documentazione prodotta il paziente non risultava aver seguito in precedenza alcuna cura in Germania, sebbene nelle stazioni termali tedesche vengano praticate, con buoni risultati, numerose cure per le patologie di cui trattasi. In seguito a questo parere, il 29 febbraio 2000 l'Ufficio federale del lavoro respingeva la domanda. Il 7 marzo 2000, il signor Leichtle impugnava la decisione con un'opposizione, che veniva respinta il 22 dello stesso mese a motivo del fatto che, conformemente alle disposizioni amministrative generali per il rimborso delle spese di malattia, assistenza, parto e decesso, previste dall'ordinamento tedesco, il costo di una cura termale svolta all'estero può essere rimborsato qualora, dopo aver soddisfatto altre condizioni, si provi che solo l'effettuazione della cura all'estero garantisce le maggiori prospettive di successo.

Ciononostante, l'interessato si sottoponeva alla terapia ad Ischia, nelle date previste. I costi delle prestazioni mediche e termali ammontavano a € 239,12, le spese di viaggio a € 326,72 e le spese di alloggio a € 1.124,84. Il ricorrente chiedeva che venisse riconosciuta la rimborsabilità delle spese mediche e termali.

Nel caso in parola,⁵¹ debbono considerarsi, in modo particolare, le Conclusioni dell'Avvocato Generale Dàmaso Ruiz-Jarabo Colomer, presentate il 10 luglio 2003. In via generale, l'Avvocato Generale indica che l'obbligo di chiedere all'ufficio competente il riconoscimento della rimborsabilità delle spese connesse prima di seguire una cura termale, sia in Germania che all'estero, costituisce una misura ragionevole, giustificata dalla necessità di evitare uno spreco di risorse economiche. Di conseguenza, egli sostiene che gli artt. 49 CE e 50 CE non ostano al rifiuto del pagamento di dette spese ad un soggetto che abbia iniziato la terapia senza chiederne il riconoscimento o senza attendere che sia data risposta alla domanda da lui presentata in via amministrativa.

Nel caso di specie, tuttavia, l'Avvocato Generale evidenzia che il negato riconoscimento integri una violazione del diritto comunitario in materia di libera prestazione di servizi, costringendo altresì il paziente ad avviare un procedimento di contenzioso in cui rischia di sentirsi controbattere, in applicazione del diritto nazionale, che la mancanza di riconoscimento previo costituisce un vizio insanabile. Questo assunto è corroborato da alcuni rilievi essenziali alla comprensione della posizione tenuta dalla Corte Europea negli

⁵¹ In dottrina, si veda A. den EXTER, *Patient Mobility in European Union: Health Spas in Ischia, Italy*, in *Croat Med. Journal*, 2005: 46(2): 197-200 (<http://www.cmj.hr>).

altri casi esaminati in precedenza. In primo luogo, l'Avvocato Generale sottolinea che dal momento che per l'interessato si tratta di recuperare o di migliorare la propria salute, imporgli di attendere l'esito di un procedimento giudiziario prima di cominciare la cura significa, come minimo, ritardarne inutilmente il ristabilimento. In secondo luogo, se la controversia ha avuto origine avverso il diniego del rimborso, a motivo del fatto che la cura dev'essere effettuata in un altro Stato membro, il malato che non intende o che non può attendere, si vede obbligato a sottoporsi alle cure in Germania, rinunciando alla possibilità offertagli dal diritto comunitario. Infine, se si potesse far valere che la mancanza della previa dichiarazione di rimborsabilità delle spese costituisce un vizio insanabile nei confronti di un soggetto quale il sig. Leichtle, che si è recato in un altro Stato membro per seguire la terapia e che ha avviato un procedimento affinché gli vengano pagate, a posteriori, dette spese, il principio della libera prestazione di servizi verrebbe privato di contenuto. A questo proposito, l'Avvocato Generale richiama le disposizioni dell'ordinamento tedesco in materia di rimborsabilità delle spese sanitarie. L'art. 13, n. 3, punto 3, in combinato disposto con l'art. 8, n. 3, punto 2, delle norme tedesche in materia di rimborso delle spese di malattia, farebbe sì che il paziente che si è recato in un altro Stato membro per sottoporsi ad una cura termale, superando l'ostacolo alla libera prestazione di servizi costituito dall'art. 13, n. 3, punto 1, verrebbe privato del diritto alla parità di trattamento rispetto ai soggetti che, a motivo del fatto che hanno seguito la cura in Germania, non hanno avuto alcuna difficoltà ad ottenere il riconoscimento *previo* della rimborsabilità delle spese connesse con detta cura e, di conseguenza, ad ottenerne il rimborso parziale.

Si ricorda che nella sentenza *Vanbraekel e a.* si chiariva l'applicabilità dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71 ad una controversia in cui la paziente aveva presentato una domanda di autorizzazione previa per fruire di un trattamento ospedaliero in un altro Stato membro e il giudice aveva deciso di rendere inefficace il diniego di autorizzazione. A questo riguardo, la Corte ha dichiarato che, qualora un assicurato, che ha presentato una domanda di autorizzazione sulla base dell'art. 22, n. 1, lett. c), del Regolamento n. 1408/71, abbia ricevuto un diniego da parte dell'istituzione competente e il carattere infondato di siffatto diniego sia successivamente riconosciuto dalla medesima istituzione competente, o accertato da una decisione giudiziaria, l'assicurato ha diritto di ottenere direttamente a carico dell'istituzione competente il rimborso di un importo pari a quello che sarebbe stato normalmente preso a carico se l'autorizzazione fosse stata debitamente concessa fin dall'inizio.

Alla luce delle suesposte considerazioni, l'Avvocato Generale ha ritenuto che:

1. gli artt. 49 CE e 50 CE ostano ad una disposizione nazionale, come l'art. 13, n. 3, punto 3, in combinato disposto con l'art. 8, n. 3, punto 2, delle norme tedesche in materia di rimborso delle spese di malattia, che nega il rimborso delle spese connesse ad una cura termale effettuata in un altro Stato membro quando il paziente non ha atteso di ottenere il riconoscimento della rimborsabilità di tali spese, in via giudiziaria, prima di iniziare il trattamento;
2. gli artt. 49 CE e 50 CE ostano ad una disposizione nazionale come l'art. 13, n. 3, punto 1, delle norme tedesche in materia di rimborso delle spese di malattia, che, per una cura termale effettuata nel Paese, fa dipendere la presa a carico delle spese relative al vitto, all'alloggio, alle tasse di soggiorno e al referto medico di fine cura, da un certificato medico attestante la necessità del trattamento e dal previo riconoscimento della rimborsabilità da parte dell'ufficio competente, mentre, per una cura svolta in uno stabilimento di un altro Stato membro, esige in via supplementare che un medico attesti ufficialmente le maggiori prospettive di successo di una cura effettuata in quello stabilimento.

La Corte (Quinta Sezione) ha ribadito le osservazioni dell'Avvocato Generale di cui sopra, aggiungendo inoltre che:

1. gli artt. 49 CE e 50 CE vanno interpretati nel senso che non ostano, in linea di principio, ad una normativa di uno Stato membro, quale quella di cui alla causa *a qua*, che subordini il rimborso delle spese relative all'alloggio, al vitto, al viaggio, alla tassa di soggiorno e alla redazione del referto medico di fine cura, sostenute in ragione di una cura termale, sia essa stata effettuata in tale Stato membro o in un altro Stato membro, alla condizione che la stazione termale di cui trattasi figuri in un apposito elenco. Spetta tuttavia al giudice nazionale accertare che le eventuali condizioni cui è soggetta l'iscrizione di una stazione termale in un tale elenco rivestano carattere obiettivo e non abbiano la conseguenza di rendere le prestazioni di servizi tra gli Stati Membri più difficili delle prestazioni puramente interne allo Stato membro interessato;
2. gli artt. 49 CE e 50 CE vanno interpretati nel senso che ostano all'applicazione di una normativa nazionale ai sensi della quale il rimborso delle spese relative all'alloggio, al vitto, al viaggio, alla tassa di soggiorno e alla redazione di un referto medico di fine cura sostenute in ragione di una cura termale effettuata in

un altro Stato membro,⁵² è escluso qualora l'interessato non abbia atteso, prima di sottoporsi alla cura di cui trattasi, la conclusione del procedimento giudiziario intentato avverso una decisione che rifiuta di autorizzare il rimborso delle dette spese.

*La sentenza Eredi di Annette Keller c. Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) e Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa)*⁵³

Con questa sentenza, la Corte ha ampliato il regime di sicurezza sociale disciplinato dal Regolamento n. 1408/71 e n. 574/72.⁵⁴ I giudici europei hanno, infatti, affermato che l'articolo 22, n. 1, lettera i), punto d), e lettera e), punto d) del primo e l'articolo 22, nn. 1 e 3, del secondo devono essere interpretate nel senso che l'istituzione competente che abbia autorizzato, mediante il rilascio di un formulario E 111 o E 112, una dei suoi assicurati a ricevere cure mediche in uno Stato membro diverso dallo Stato membro di residenza, è vincolata agli accertamenti relativi alla necessità di cure urgenti d'importanza vitale, effettuati nel corso del periodo di validità del formulario da parte di medici autorizzati dall'istituzione dello Stato membro di dimora, nonché alla decisione di tali medici di trasferire l'interessato in un istituto ospedaliero in uno Stato terzo (non appartenente all'Unione Europea). Tuttavia, in una situazione, del genere, il diritto dell'assicurato alle prestazioni in natura erogate per conto dell'istituzione competente è subordinato alla condizione che, ai sensi della legislazione applicabile dell'istituzione dello Stato membro di dimora, essa sia tenuta a erogare ai suoi iscritti le prestazioni in natura corrispondenti a tali cure.

Si tratta, nello specifico, del caso di una cittadina tedesca, residente in Spagna, alle cui autorità la prima si era rivolta per ottenere il rilascio dei formulari E 111 ed E 112, necessari

⁵² Con specifico riferimento alle spese sostenute, la Corte (punto 48) ha evidenziato che “spetta agli Stati Membri determinare la portata dell'assicurazione di cui beneficiano gli assicurati[...] Ne consegue che nulla osterebbe a che all'importo a concorrenza del quale possono essere dichiarate rimborsabili le spese relative all'alloggio, al vitto, al viaggio, alla tassa di soggiorno e alla redazione del referto medico di fine cura sostenute in ragione di una cura termale effettuata in un altro Stato membro vengano posti massimali pari agli importi a concorrenza dei quali siffatte spese verrebbero dichiarate rimborsabili se fosse stata effettuata in Germania una cura ivi disponibile, di equivalente efficacia terapeutica. Infatti, l'istituzione di siffatti massimali che, come rilevato dalla Commissione, può essere giustificata dalla considerazione che i costi che gli Stati devono sopportare debbono essere limitati a quanto è necessario su un piano medico, riposa su un criterio obiettivo, non discriminatorio e trasparente (citata sentenza *Müller-Fauré e Van Riet*, punto 107).

⁵³ Corte di giustizia delle Comunità Europee – Grande sezione Sentenza 12 aprile 2005 – Causa C-145/03.

⁵⁴ I Regolamenti su citati riguardano, rispettivamente, l'uno, l'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno dell'Unione Europea, e l'altro le modalità di applicazione del Regolamento n. 1408/71. Questi regolamenti hanno come scopo principale il coordinamento delle diverse normative nazionali in materia di assistenza sociale, al fine di consentire ai lavoratori che si spostano all'interno dell'Unione Europea di continuare a godere delle prestazioni loro spettanti.

ad ottenere assistenza sanitaria in Germania. I medici del servizio sanitario nazionale tedesco, in ragione del particolare intervento da effettuare e delle condizioni di urgenza in cui lo stesso doveva essere realizzato, hanno indicato una clinica universitaria di Zurigo. Questa, secondo i medici tedeschi, sarebbe stata una struttura ospedaliera maggiormente idonea a praticare l'intervento, in grado di poter salvare la vita della paziente tedesca. Alla richiesta di rimborso delle spese sanitarie sostenute dalla sig.ra Keller, le autorità sanitarie spagnole hanno opposto il loro rifiuto, affermando che non potevano accollarsi spese che non risultavano essere state da loro autorizzate. Di qui l'intervento della Corte Europea di Giustizia che ha, invece, ribadito il principio secondo cui la libertà di movimento dei lavoratori all'interno dell'Unione Europea sottende altresì la reciproca fiducia tra medici dei diversi sistemi sanitari nazionali (in questo caso quella che doveva essere riposta nei confronti dei medici tedeschi, i quali dopo attente analisi e valutazioni avevano deciso di trasferire la cittadina tedesca presso una struttura svizzera), dalla quale discende che l'istituzione competente (nel caso di specie il sistema sanitario spagnolo) non è legittimata a richiedere il ritorno del paziente al fine di sottoporre il lavoratore agli esami medici che essa ritiene opportuni e offrirgli le opzioni assistenziali adeguate alla patologia che presenta. In altri termini, la Corte di Giustizia ha esplicitato che, una volta che l'istituzione sanitaria dello Stato di residenza ha concesso l'autorizzazione a recarsi in un altro Paese Membro, rilasciando gli appositi formulari previsti dalla normativa di settore, essa si rimette ai medici autorizzati dall'istituzione dello Stato membro di dimora, che prendono cura dell'interessato, finanche ad accettare e a riconoscere gli accertamenti effettuati e le opzioni terapeutiche adottate da questi medici come se provenissero da medici nazionali, fatta salva l'eventualità di comportamenti abusivi e l'eventuale mancata previsione della/delle prestazione/i specifiche tra quelle che il sistema nazionale di appartenenza è tenuto ad erogare ai propri assicurati. Nel caso di specie, la Corte ha altresì statuito che a nulla rileva, ai fini dell'applicazione della disciplina comunitaria, il fatto che le cure in oggetto siano state erogate fuori del territorio comunitario, atteso che il criterio determinante è il collegamento tra l'assicurato e un regime previdenziale e di sicurezza sociale di uno Stato membro. Né vale – sostiene ancora la Corte di Giustizia – la pretesa da parte dell'istituzione di appartenenza di approvare le scelte terapeutiche adottate dai medici dello Stato membro di temporanea dimora dell'assicurato. Ciò, infatti, contrasterebbe con il principio del reciproco riconoscimento delle competenze professionali dei medici all'interno degli Stati Membri dell'Unione Europea. In ultima analisi, i giudici europei hanno sancito il principio secondo l'istituzione di appartenenza, al ricorrere delle condizioni sopra esposte, è tenuta a

rimborsare l'assistito o i suoi aventi causa se questi hanno provveduto a pagare direttamente le cure mediche.

3.4. La legislazione europea e l'erogazione dei servizi sanitari: la posizione della Commissione Europea

Gli interventi della Corte di Giustizia hanno dunque evidenziato che il Regolamento 1408/71 non sembra più in grado di rispondere all'istanza di mobilità interna dei cittadini UE. In effetti, il Regolamento n. 1408/71 è stato oggetto di modifiche, già prima delle pronunce della Corte. Tra le suddette proposte di modifica ricordiamo quelle elaborate dalle Presidenze di turno del Consiglio dell'Unione Europea, succedutesi allo scopo di adeguare il Regolamento in oggetto alle raccomandazioni contenute nella Comunicazione della Commissione intitolata "Piano di azione per la libera circolazione dei lavoratori" del 1997. Con questa, la Commissione si era impegnata ad avanzare una proposta di revisione e di semplificazione del Regolamento per superare gli ostacoli alla libera circolazione e alla mobilità nell'UE, in specie per modificare l'art. 18 del Regolamento recante "Autorizzazione a ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato competente o al di fuori dello Stato di residenza – Priorità del diritto al rimborso se esiste un diritto alle prestazioni secondo norme diverse".⁵⁵

3.4.1. Il Report of the High Committee on Health su "Mercato Interno e Servizi Sanitari"

Il 17 dicembre 2001, la Direzione Generale Sanità Pubblica della Commissione Europea ha pubblicato il *Report of the High Committee on Health* dal titolo *The Internal Market and Health Services*.⁵⁶ Il Rapporto evidenzia il particolare "bisogno di incrementare la comprensione degli effetti derivanti dal mercato interno sui sistemi sanitari dei Paesi

⁵⁵ La proposta di revisione sopra richiamata è stata formalmente formulata dal Parlamento europeo e dal Consiglio in data 21 dicembre 1998 (1999/c 38/08).

⁵⁶ Trattasi del lavoro svolto da un gruppo di lavoro insediato nel mese di aprile 1999 dall'*High Level Committee* con il mandato di riflettere e proporre raccomandazioni sul tema del mercato interno e sanità, evidenziando in particolare:

-) la natura e il livello di problematicità che derivano da quanto sopra descritto e valutare le opzioni per la Comunità e gli interventi nazionali per affrontare e risolvere i problemi;
-) raccogliere informazioni sull'impatto della normativa CE sui sistemi sanitari nazionali;
-) raccogliere informazioni circa le modalità con cui le prestazioni sanitarie sono erogate oltre i confini dello Stato di appartenenza.

candidati” (p. 5).⁵⁷ Nel Rapporto si afferma che le regolamentazioni del mercato interno europeo sono generalmente orientate a liberalizzare il mercato allo scopo di ottenere i benefici economici legati alla libera circolazione e alla riduzione delle barriere commerciali. Tuttavia, si ribadisce che “la sanità/salute non rappresenta un mercato tipico. L'importanza rivestita dalla tutela della salute per ciascun cittadino e la necessità degli Stati Membri di assicurare ai propri cittadini un accesso equo ai servizi sanitari dà origine ad una forma di mercato che non è facilmente assoggettabile al modello competitivo. Per esempio, la condivisione dei rischi in *pool*, il pagamento da parte di soggetti terzi in luogo della tassazione (attraverso fondi assicurativi o imposizione fiscale) combinato con il fatto che storicamente i pazienti dipendono dalla prescrizione del medico esperto che suggerisce quale e quanta assistenza sanitaria “consumare”, significa che i pazienti non acquistano i servizi sanitari in modo convenzionale, e i margini di offerta inefficiente e inappropriata risultano molto maggiori” (p. 7).

In questo scenario, il Rapporto evidenzia che le “disposizioni del Trattato che riguardano la libertà di circolazione dei beni e dei servizi appaiano misure piuttosto indebolite, che necessitano di essere accuratamente applicate. La Corte Europea di Giustizia ha essa stessa riconosciuto il punto in argomento, evidenziando che i possibili benefici derivanti ai singoli pazienti debbono essere controbilanciati dalla ricerca di accessi equi all'assistenza sanitaria e dall'assicurare a livello locale l'offerta dei servizi sanitari. Entrambi questi principi tendono a sfavorire la libera circolazione dei pazienti oltre confine, in specie se si tratta di spostamenti di grandi dimensioni[...]” (p. 8).

Il Rapporto – come abbiamo già riportato – richiama il Regolamento n. 1408/71, che consente il rimborso dei costi sostenuti per determinate tipologie di prestazioni sanitarie oltre confine, a mezzo del modello E 111. I pazienti, inoltre, possono trovarsi nella condizione di dover richiedere un'autorizzazione previa per ottenere il rimborso delle spese mediche sostenute in un altro Stato Membro (modello E 112). Le spese sono rimborsate alle tariffe vigenti nello Stato in cui la prestazione é erogata da parte delle autorità competenti nello Stato in cui il paziente risulta essere assicurato (p. 9).

⁵⁷ Nel periodo in cui il Rapporto è stato commissionato e redatto si stava ancora discutendo circa l'allargamento dell'Unione Europea.

3.4.2 Le esperienze per facilitare l'accesso alle cure all'estero: forme di cooperazione tra Stati Membri

Iniziative bilaterali

Il Rapporto indica che alcuni Stati Membri, allo scopo di migliorare l'efficienza dei propri sistemi sanitari nazionali, hanno stipulato accordi per rendere più facile l'accesso alle cure ospedaliere in un altro Stato europeo ovvero a favore di alcune regioni dove si registra un'insufficiente capacità di erogazione di cure sanitarie. A mò di esempio, si ricordi l'esperienza olandese, in essere dal mese di marzo 1978, per cui i cittadini olandesi residenti in talune aree del sud-ovest del paese, assistiti dal sistema nazionale di protezione sociale, possono recarsi presso gli ospedali di Gent e Bruges in Belgio, contando sulla copertura sanitaria nazionale. In questo caso, la giustificazione della mobilità passiva è da rinvenire nella scarsa dotazione di infrastrutture sanitarie presente nelle zone interessate dal provvedimento.

In tema di autorizzazione, il Rapporto in argomento rileva che, di tutti gli Stati Membri, il Lussemburgo concede il numero più elevato di autorizzazioni E 112, in quanto dimostrabile è la limitatezza di infrastrutture ospedaliere che possono essere sostenute finanziariamente da una così piccola popolazione. Allo scopo di semplificare le procedure amministrative di rimborso delle spese mediche sostenute all'estero dai propri cittadini, il Lussemburgo ha stipulato accordi contrattuali con alcune strutture sanitarie di erogazione nei paesi limitrofi. Queste ultime fatturano direttamente alle casse sanitarie lussemburghesi i costi sostenuti per le prestazioni sanitarie rese a favore dei cittadini del Lussemburgo.

Da registrare anche un accordo bilaterale tra Irlanda e Regno Unito per il riconoscimento di alcune spese sanitarie (escluse quelle relative ai referti richiesti dall'autorizzazione E 112) e tra la Germania e la Norvegia riguardante la possibilità che le strutture sanitarie tedesche possano erogare prestazioni e servizi a favore di cittadini norvegesi.

Raccordo tra azione comunitaria e competenze degli Stati Membri

Quali le soluzioni e le raccomandazioni che il livello istituzionale comunitario ritiene di offrire quale contributo alla soluzione dei diversi problemi posti dalla mobilità dei pazienti

nel mercato interno europeo, atteso che gli Stati Membri, in più occasioni, hanno ribadito, in ossequio all'art. 152 del Trattato riguardante la sanità pubblica e al principio di sussidiarietà, che l'organizzazione e la gestione dei sistemi sanitari è una competenza degli Stati?

Il Rapporto in parola prende atto della ripartizione delle competenze in ambito sanitario. Tuttavia, da esso si può inferire l'auspicio di sviluppare una politica sanitaria pro attiva, ampia e coordinata quale priorità nell'immediato futuro (p. 22). I singoli Stati Membri sono criticati per essere stati "lenti nel riconoscere l'impatto dell'Unione Europea in materia di politiche sanitarie", condizione che è stata accompagnata "da una relativa mancanza di interesse nei confronti dell'impatto del mercato comune sui sistemi sanitari nazionali" (p. 22).

Il Rapporto non nasconde che, registrandosi una mancanza di consenso e una conseguente inattività a livello politico, molti aspetti legati al settore sanitario, in specie relativi alla mobilità dei pazienti, siano stati decisi dalla Corte Europea di Giustizia. La Corte non è stata chiamata solo ad interpretare le disposizioni del Trattato ma, in ultima analisi, ha *de facto* "elaborato" la politica sanitaria, intervenendo a definire l'impatto delle norme comunitarie in materia di assistenza sanitaria (p. 23).

Alla luce di quanto sopra espresso, il Rapporto propone alcune raccomandazioni che, in modo sintetico, di seguito si intende evidenziare:

- l'assistenza sanitaria dovrebbe essere integrata in una strategia comunitaria complessiva, attraverso l'implementazione del metodo aperto di coordinamento;
- le regole del Mercato Interno dovrebbero essere riformulate considerando gli interessi dei pazienti e dei servizi sanitari e non solo gli interessi economici;
- dovrebbe essere perseguita una maggiore chiarezza circa l'impatto della legislazione comunitaria sui singoli sistemi sanitari nazionali, così da evitare il pericolo di sviluppare politiche non supportate da adeguate prove effettuali;
- i sistemi sanitari nazionali dovrebbero essere pienamente compatibili con la normativa comunitaria: ancorché la responsabilità di realizzare questo obiettivo spetti ai governi degli Stati Membri, sarebbe auspicabile un processo di scambio di vedute e un approccio comune ai problemi;
- valutare come la legislazione comunitaria, compresa una riforma del Regolamento n. 1408/71 e la diretta applicazione delle disposizioni relative al Mercato interno, potrebbero garantire un miglior accesso alle prestazioni sanitarie oltre confine;

- valutare i confini entro cui l'autorizzazione preventiva da parte dei sistemi sanitari nazionali non può essere rifiutata;
- considerare la necessità di riformulare la competenza comunitaria in materia di assistenza sanitaria, con l'obiettivo di spostare tutte le funzioni sanitarie collegate in un unico articolo del Trattato quale strumento per chiarire ulteriormente i ruoli e le responsabilità (pp. 24-26).

Di apportare modifiche al Regolamento 1408/71 si è discusso in occasione del Consiglio europeo di Barcellona del marzo 2002, nel quale era stato espresso l'auspicio che la redazione definitiva del nuovo testo potesse avvenire entro il mese di dicembre 2003. Nel corso del Consiglio Sanità del 26 giugno 2002, fu approvato un documento in cui si ribadiva l'importanza dell'interazione tra i sistemi sanitari all'interno dell'UE derivante dalla libera circolazione dei cittadini⁵⁸ e si sottolineava l'opportunità di modificare il Regolamento 1408/71, quale opportunità per facilitare la mobilità dei pazienti. Allo scopo di attuare questo orientamento, il Consiglio Sanità ha proposto l'avvio di un processo di riflessione ad alto livello in stretta collaborazione tra Commissione, Consiglio e i Paesi Membri, attraverso la costituzione di un gruppo ristretto di lavoro.⁵⁹ Il gruppo di lavoro in questione aveva il compito di formulare, entro il mese di luglio 2003, una serie di raccomandazioni in merito ai seguenti quattro punti:

1. la cooperazione europea per favorire un uso migliore delle risorse sanitarie;
2. la raccolta di dati e informazioni sui pazienti, le professioni mediche e i decisori politici;
3. l'accesso e la qualità dell'assistenza sanitaria;
4. l'armonizzazione delle politiche sanitarie dei Paesi Membri con i vincoli comunitari.

⁵⁸ “4. *With regard to developing cross-border cooperation, the Council and the Member States' representatives[...] emphasise that patient mobility, especially concerned with tourism or long-term residence abroad, presents particular challenges in terms of continuity of care. They recognise the importance of cooperation, inter alia, to examine the benefit of reference centres, in order to facilitate the most effective treatment for those diseases requiring specialist intervention.*”

⁵⁹ Oltre ai Commissari alla Sanità e alle Politiche Sociali e ai ministri della Sanità dei Paesi Membri, il gruppo di lavoro che ne è seguito è composto da un rappresentante dello Standing Committee of European Doctors, dei pazienti presso lo European Health Forum, dalla European Health Management Association e dell'Association International de la Mutualité.

3.4.3. La lettera della DG Mercato Interno del 12 luglio 2002

Con la lettera in parola, la Commissione, dopo aver richiamato la giurisprudenza della Corte Europea di Giustizia, segnatamente, le sentenze Kohll, Decker, Smits e Peerbrooms e Vanbraeckel, ha ribadito, ancora una volta, la piena competenza degli Stati Membri in materia di organizzazione sanitaria. Ne discende l'obbligo per gli stessi di valutare l'impatto delle sentenze di cui sopra sull'assetto istituzionale e normativo nazionale e, laddove necessario, di modificare il diritto interno per renderlo uniforme alle disposizioni comunitarie così come risultano dall'interpretazione della Corte di Giustizia. Allo scopo di favorire una uniforme e coerente interpretazione delle pronunce della Corte, la Commissione ha proposto di avviare un dialogo con le autorità nazionali, invitando queste ultime, come primo contributo a compilare un questionario mirato, tra l'altro, a raccogliere informazioni e dati utili circa la mobilità transfrontaliera dei pazienti.⁶⁰

La lettera evidenzia l'interesse suscitato nei Paesi Membri dalle sentenze della Corte Europea, in quanto, attraverso di esse, gli ordinamenti nazionali hanno maturato progressivamente la convinzione che i meccanismi del Mercato Interno si applicano anche a taluni aspetti dei sistemi sanitari, indipendentemente dal modello organizzativo degli stessi (siano essi, dunque, "a rimborso", "benefits-in-kind" oppure "sistemi nazionali"). A tale riguardo, la sentenza *Mueller-Fauré/van Riet* ha sottolineato ancora una volta che, sotto il profilo della libertà di prestazione dei servizi, non si rileva la necessità di distinguere tra i diversi sistemi nazionali di organizzazione sanitaria.

La Commissione, con specifico riferimento alla sentenza *Kohll*, ribadisce che la Corte in quell'occasione ha sottolineato che l'articolo 22(1) del Regolamento n. 1408/71 permette ad una persona assistita presso un sistema di protezione sociale / sistema sanitario di un Paese Membro, autorizzata a rivolgersi all'estero per ottenere la cura adeguata alle sue condizioni di salute, di accedere al trattamento sanitario "in kind", "per conto" del suo proprio sistema sociale di appartenenza ma alle condizioni e in conformità alle disposizioni vigenti nello Stato in cui le prestazioni vengono erogate, senza che l'assistito debba sopportare ulteriori costi. La Commissione ha sottolineato che l'articolo 22 in argomento non dispone in merito al, e conseguentemente non può impedire il, rimborso da parte degli Stati Membri, alle tariffe in vigore nello Stato membro relativo, dei costi sostenuti in relazione a cure sanitarie erogate in un altro stato membro, anche in assenza di preventiva autorizzazione. Infatti, la Corte – continua la Commissione – nelle successive pronunce ha

⁶⁰ Cfr. Tabelle 2, 3 e 4.

confermato questo orientamento riconoscendo che uno stato membro possa prevedere l'autorizzazione soltanto laddove questa misura amministrativa sia giustificata, appropriata e proporzionata. A fronte di questa posizione assunta dalla Corte Europea, la Commissione intende richiamare l'attenzione sul fatto che il requisito sistematico dell'autorizzazione concessa sulla base delle condizioni minime indicate nell'art. 22(2), secondo subparagrapho del Regolamento CE 1408/71, non può intendersi conforme al diritto comunitario così come interpretato dalla Corte.⁶¹

La Commissione ha potuto verificare che, a seguito delle sentenze Kohll e Decker, gli Stati Membri si siano mossi con molta cautela. E ciò, in ragione del fatto che quelle sentenze si applicavano agli ordinamenti nazionali che prevedono un sistema di rimborsi delle spese sanitarie e che, conseguentemente, i principi ivi contenuti non potevano essere estesi agli ordinamenti caratterizzati da altri sistemi di protezione. Ma anche negli Stati Membri “a rimborso” l'implementazione dei principi contenuti nelle sentenze di cui sopra è risultata frammentaria e non organica. Alcuni sistemi sanitari hanno riconosciuto la possibilità di rimborsare le spese sanitarie sostenute per cure all'estero senza previa autorizzazione per taluni prodotti e servizi sanitari.

Tuttavia, la definizione di “prodotti” e “servizi” sanitari differisce considerevolmente da Stato a Stato e l'approccio utilizzato è spesso restrittivo. Così, in uno Stato Membro soltanto gli strumenti per la vista sono considerati rimborsabili senza preventiva autorizzazione da parte delle autorità sanitarie competenti. In un altro, le spese sono rimborsate soltanto a condizione che non sia superato un limite massimo per viaggio effettuato. Parimenti, in un altro stato membro, il costo delle prestazioni *out-patient* erogate presso un ospedale sono rimborsate senza previa autorizzazione, mentre in un altro ancora, qualsiasi prestazione sanitaria erogata presso strutture ospedaliere deve essere sottoposta ad autorizzazione.

In tema di autorizzazione, la Commissione osserva come il sistema autorizzatorio varia da uno Stato Membro all'altro. Nei sistemi “a rimborso”, i pazienti hanno generalmente libero accesso ai servizi sanitari. Nei sistemi “*benefits-in-kind*”, i pazienti debbono normalmente rivolgersi ad un medico convenzionato con i servizi sociali pubblici: qualora intendano rivolgersi ad un professionista non convenzionato debbono allora richiedere l'autorizzazione. Negli Stati Membri caratterizzati dalla presenza di un servizio sanitario nazionale, i pazienti sono “registrati” presso un medico di fiducia, che costituisce la porta d'ingresso alle prestazioni dell'intero sistema sanitario: da un lato, i pazienti debbono

⁶¹ Uno degli Stati Membri ha riconosciuto che le sentenze Kohll e Decker hanno invero posto fine al modo in cui l'art. 22(1)(c) del Regolamento 1408/71 è stato interpretato per quasi 40 anni.

in primis rivolgersi al “loro” medico per accedere alle cure primarie e, dall’altro, è il medico in parola a prescrivere visite specialistiche ovvero il ricovero ospedaliero. In tutti gli Stati Membri, tuttavia, anche in quelli in cui non si registra il sistema testé descritto – per talune specifiche prestazioni (protesi dentarie, ortodonzia, trattamenti fisioterapici, cure termali) è richiesto il referto di un medico appartenente al sistema sanitario/sociale pubblico.

In termini generali, la Commissione ha rilevato che negli Stati Membri caratterizzati da sistemi di protezione sociale ovvero sanitari diversi dal “rimborso” non si registrano deroghe al sistema autorizzatorio per l'erogazione di talune prestazioni sanitarie al fine di stabilire il diritto al rimborso. Invero, molti Stati Membri hanno sostenuto che il principio stabilito dalla Corte nelle sentenze *Smits e Peerbrooms* giustifica il sistema di autorizzazione preventiva, così legittimando gli ordinamenti in cui si registra un sistema di “benefits-in-kind” o un sistema sanitario nazionale ad applicare il regime autorizzatorio alle prestazioni sanitarie siano esse erogate o meno in strutture ospedaliere.

La Commissione ha ribadito che, nella sentenza *Mueller-Fauré/van Riet*, la Corte ha operato una distinzione tra servizi / prestazioni ospedaliere e non ospedaliere, distinzione peraltro già presente nelle sentenze *Smits e Peerbrooms* con riguardo alla richiesta di autorizzazione preventiva per l'assunzione dei costi relativi a cure sanitarie (in regime di servizio sanitario nazionale) erogate presso strutture ospedaliere in un altro Stato membro. Pertanto, la Corte ha ribadito che per quanto riguarda le cure sanitarie non ospedaliere il sistema di preventiva autorizzazione costituisce un ostacolo ingiustificato alla libertà di erogazione dei servizi e dovrebbe essere quindi abrogato. Inoltre, uno stato membro (Austria) che applica un sistema di “benefits-in-kind” ha dichiarato di rimborsare i costi per prestazioni sanitarie non ospedaliere erogate in un altro stato membro senza richiedere la preventiva autorizzazione. L'esempio in questione, secondo la Commissione confermerebbe quanto statuito dalla Corte nella sentenza *Mueller-Fauré* (punto 105), laddove si afferma che sarebbe possibile prevedere un meccanismo di rimborso delle spese nei sistemi *benefits-in-kind* e con servizi sanitari nazionali senza chiamare in causa le caratteristiche essenziali di tali sistemi.

La Commissione, inoltre, evidenzia che l'attitudine delle autorità sanitarie nazionali competenti appare decisiva per lo sviluppo dei servizi sanitari a livello transfrontaliero. Dai dati raccolti emerge, infatti, che i pazienti residenti in quegli Stati Membri che hanno in qualche modo dato seguito all'implementazione delle sentenze della Corte di Giustizia siano maggiormente disposti ad esercitare un loro diritto che gli deriva non soltanto dalle sentenze

della Corte, ma in modo più specifico dalla normativa dei loro paesi di appartenenza. Al contrario, nei Paesi Membri in cui non si applica la *case law* della Corte, i pazienti, in ragione della semplice giurisprudenza della Corte Europea, non sembrano inclini a rivolgersi alle strutture sanitarie di un altro paese senza aver fatto previa richiesta di autorizzazione. Ne discende che la certezza del diritto risulta essere un elemento essenziale per l'effettiva affermazione del diritto dei pazienti di ricevere cure in un altro Stato membro.

Le conclusioni cui giunge il rapporto in argomento sono sintetizzabili come segue:

1. il Mercato Interno nei servizi sanitari non funziona in modo soddisfacente e i cittadini europei incontrano ostacoli ingiustificati ovvero sproporzionati quando si trovano nelle condizioni di richiedere il rimborso delle spese sanitarie non ospedaliere sostenute per cure all'estero oppure quando debbono richiedere l'autorizzazione per sottoporsi ad un trattamento in una struttura ospedaliera in un altro Stato Membro;
2. la Commissione si impegna a far sì che tutti i cittadini europei possano beneficiare, indipendentemente dal paese di origine, del rimborso delle spese sanitarie sostenute in altri Stati Membri, secondo i principi sanciti dalla Corte Europea di Giustizia;
3. la Commissione intende valutare altri strumenti di intervento, quali, per esempio, una migliore informazione per i pazienti, i professionisti e i managers dei sistemi sociali e sanitari in Europa.

3.4.4. Il documento elaborato dal gruppo “Problemi Sociali” del Consiglio Europeo

In epoca recente, l'iniziativa della Commissione del 1997 è stata recuperata dal gruppo “Problemi Sociali” del Consiglio europeo, che in data 22-23 luglio 2002 ha previsto che:

1. “la persona assicurata autorizzata dall'istituzione competente a recarsi nel territorio di un altro Stato membro per ricevervi cure adeguate al suo stato di salute, beneficia delle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora, secondo le disposizioni ad essa applicabili, come se fosse ad essa iscritta. L'autorizzazione deve essere concessa qualora le cure di cui si tratta figurino tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato competente o dello Stato membro nel cui territorio risiede l'interessato e se le cure in questione, tenuto conto dell'attuale stato di salute dello stesso e della probabile evoluzione della

malattia, non possono essergli praticate entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico;

2. allorché la persona assicurata ha ottenuto l'autorizzazione ai sensi del paragrafo 1, ha diritto al rimborso delle spese inerenti alle prestazioni in natura ai sensi della legislazione dello Stato competente, se tale legislazione prevede percentuali di rimborso e queste risultano più favorevoli rispetto a quelle applicate ai sensi della legislazione dello stato membro in cui la persona riceve le cure. L'importo del rimborso non può in nessun caso superare le spese effettivamente sostenute;
3. le disposizioni di cui ai paragrafi precedenti si applicano analogamente ai familiari della persona assicurata.”⁶²

⁶² MAINO, *op. cit.*, p. 47.

3.4.5. Il *report* sull'applicazione ai servizi sanitari delle norme sul Mercato Interno

La collocazione strategica dei servizi sanitari nell'ambito dell'integrazione europea è stata altresì sottolineata nel documento elaborato dalla Commissione Europea sul tema dell'applicazione ai servizi sanitari delle disposizioni che riguardano il Mercato Interno.⁶³ Il *Report* in oggetto evidenzia che i singoli Stati Membri hanno reagito in modo diverso alle sentenze della Corte Europea di Giustizia sopra analizzate. In particolare, l'interpretazione delle stesse differisce tra Stato e Stato: ne consegue che i pazienti dei diversi Stati Membri incontrano trattamenti diversi per quanto attiene ai rimborsi delle spese sanitarie sostenute per cure effettuate all'estero. Soltanto alcuni stati hanno riconosciuto il diritto al rimborso per talune prestazioni non ospedaliere anche in assenza di previa autorizzazione. Negli altri ordinamenti, il rimborso delle spese mediche sostenute per effettuare cure – siano esse di carattere ospedaliero ovvero extra ospedaliero – è assoggettato al sistema dell'autorizzazione amministrativa da parte delle autorità sanitarie competenti. La Commissione evidenzia a questo riguardo che, pertanto, le condizioni di concessione dell'autorizzazione, le procedure e i tempi previsti per la stessa possono invero rendere difficile l'esercizio di un diritto fondamentale dei cittadini riconosciuto dal Trattato.

Dal *Report* si evince che la mobilità dei pazienti costituisce un dato modesto (cfr. Tabella riguardante *Dati sulla mobilità dei pazienti*, in Appendice 1). La maggior parte delle prestazioni mediche richieste in un altro Stato membro rispetto a quello di residenza sono effettuate in conformità all'autorizzazione prevista dal Regolamento 1408/71 e, nel caso di trattamenti effettuati su base volontaria si utilizza il modello E-112. Il numero maggiore di pazienti provenienti dagli Stati Membri e curati in un altro Stato Membro utilizzando il modello E-112 nel corso del 2000 è stato di 14.061 per un costo totale di prestazioni pari a € 25,907,697. Si sono registrati pochi casi di richiesta di autorizzazione per cure all'estero, con due soli Stati Membri che hanno “ospitato” più di 10.000 richieste. Le cifre indicate risultano essere insignificanti negli Stati che hanno applicato le sentenze Kohll e Decker: lo Stato con il più alto numero di persone assicurate che hanno beneficiato di cure mediche all'estero (58.030 persone all'anno, pari all'1.0517% del totale degli assistiti dal sistema di protezione sociale e sanitario) – in uno Stato di nuova accessione – ha speso per le medesime cure € 3,445,470 pari allo 0,03% del budget sanitario complessivo.

⁶³ SEC(2003) 900 *Commission Staff Working Paper. Report on the application of internal market rules to health services. Implementation by the Member States of the Court's Jurisprudence*, Brussels, 28.7.2003.

3.4.6. Il Lavoro di Riflessione ad Alto Livello in tema di mobilità dei pazienti e sviluppi dei sistemi sanitari in Europa”

Il 9 dicembre 2003, la Commissione Europea – Direzione Generale “*Health and Consumer Protection*” ha pubblicato i risultati del “Lavoro di Riflessione ad Alto Livello in tema di mobilità dei pazienti e sviluppi dei sistemi sanitari in Europa”.⁶⁴ Il documento contiene una serie di raccomandazioni, alcune delle quali vengono, di seguito, sintetizzate:

- si invita la Commissione ad esplorare le modalità di elaborare una framework sistematica di raccolta dati relativi al volume e alla natura della circolazione dei pazienti, sia all’interno che all’esterno dei confini disegnati dal Regolamento n. 1408/71, ivi compresi i dati relativi ai flussi legati al turismo e ai soggiorni di lunga durata;
- si invita la Commissione a realizzare uno studio sulle motivazioni che spingono i pazienti a recarsi all’estero per ottenere le cure sanitarie di cui necessitano, sulle specifiche patologie interessate, nonché sulla natura degli accordi bilaterali;
- si invitano gli Stati Membri a fornire osservazioni su come i diversi meccanismi di accesso alle prestazioni sanitarie rese negli altri Stati Membri operano all’interno dei propri sistemi nazionali, valutando il loro impatto (p. 8).

Il *report* in oggetto ribadisce l’importanza che gli Stati Membri organizzino i rispettivi sistemi sanitari nazionali in raccordo con la normativa comunitaria, in conformità a quanto elaborato dalla giurisprudenza della Corte Europea di Giustizia (p. 9). In modo specifico, si richiamano i singoli Stati Membri a:

- definire i meccanismi di finanziamento dei sistemi sanitari (tassazione generale, assicurazioni obbligatorie, ecc.) e l’organizzazione complessiva del sistema compresa la fissazione dei prezzi;
- definire l’allocazione delle risorse (comprese le risorse umane), attraverso istituzioni centrali ovvero regionali;
- definire le priorità generali della spesa sanitaria e il diritto di determinare gli ambiti entro cui stabilire la spesa sanitaria pubblica;
- attribuire priorità all’accesso individuale al sistema sulla base dei bisogni di cura.

⁶⁴ EUROPEAN COMMISSION – HEALTH & CONSUMER PROTECTION DIRECTORATE-GENERAL, *High Level Process of Reflection on Patient Mobility and Healthcare Developments in the European Union*, Reference HLPR/2003/16.

Dopo aver riaffermato la competenza statale in ordine alle funzioni sopra elencate, il *report* afferma altresì che il Trattato non definisce chiaramente le modalità di interazione tra sistemi sanitari nazionali e la disciplina normativa riguardante il Mercato Interno, nonché l'importanza degli interventi della Corte Europea di Giustizia in materia (p. 10). Allo scopo di definire un quadro di maggiore certezza giuridica circa l'applicazione della normativa comunitaria al settore sanitario, il documento in considerazione offre i seguenti spunti di intervento:

- modifica del Trattato;
- utilizzo di una legislazione secondaria;⁶⁵
- cooperazione europea, che comprenda anche comunicazioni da parte della Commissione;
- miglioramento del processo decisionale, che includa anche la valutazione dell'impatto delle proposte in materia di sanità;
- iniziative degli Stati Membri e cooperazione bilaterale.

Il documento contiene alcune raccomandazioni, in linea con quelle contenute nel *report* del luglio 2003:

- si invita la Commissione, di concerto con gli Stati Membri, a verificare nuove modalità per garantire maggiore certezza giuridica, in conformità alle sentenze della Corte Europea di Giustizia circa il diritto dei pazienti di accedere alle prestazioni sanitarie in un altro paese dell'Unione e di formulare proposte in merito;
- si invita la Commissione a prendere in considerazione la creazione di un meccanismo permanente a livello europeo, in grado di supportare la cooperazione europea in ambito sanitario e di monitorare l'impatto della normativa comunitaria sui sistemi nazionali.

⁶⁵ Si tratta di un'opzione all'interno della quale prevedere disposizioni aggiornate in tema di coordinamento dei sistemi di protezione sociale, disposizioni generali in materia di libertà di circolazione dei pazienti oppure chiarimenti specifici sull'applicazione della normativa comunitaria nel settore sanitario.

3.4.7. Le modifiche al Regolamento CE n. 1408/71

Con il Regolamento CE n. 631/2004 del 31 marzo 2004 (pubblicato in GUCE L 100 del 6 aprile 2004), il Parlamento e il Consiglio Europeo hanno approvato alcune modifiche al Regolamento n. 1408/71, allo scopo di allineare i diritti dei cittadini comunitari e semplificare le procedure amministrative necessarie per l'accesso alle prestazioni sanitarie transfrontaliere. Nei "Considerando" si può leggere che "per una maggiore protezione delle persone assicurate è opportuno prevedere l'allineamento dei diritti di tutte le persone assicurate in materia di accesso alle prestazioni in natura, in caso di dimora in uno Stato membro diverso da quello in cui la persona interessata risulta essere assicurata o residente. In tali condizioni tutte le persone assicurate hanno diritto alle prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora nel territorio di un altro Stato membro, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora" (par. 3). Delle novità introdotte dal Regolamento n. 631/2004, ai fini della nostra trattazione, si sottolinea:

1. la sostituzione della qualificazione "necessaria" alla precedente "urgente" nella definizione di cura da prestare senza autorizzazione a cittadini stranieri comunitari;⁶⁶
2. il principio di non discriminazione amministrativa dei cittadini stranieri nell'accesso ai servizi.⁶⁷

3.4.8. L'introduzione della tessera europea di assistenza malattia (TEAM)

La TEAM, che è entrata in vigore in ambito europeo dal 1 giugno 2004,⁶⁸ ai sensi delle decisioni della Commissione amministrativa dell'Unione Europea per la Sicurezza

⁶⁶ In tal senso, l'art. 1, che modifica l'art. 22, paragrafo 1, lettera a) del Regolamento n. 1408/71, dispone che il cittadino "il cui stato di salute richieda prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora nel territorio di un altro Stato membro, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora" può presentarsi presso un'istituzione sanitaria del paese in cui si trova temporaneamente.

⁶⁷ Il Regolamento rinvia alla tessera europea di assistenza sanitaria: sul punto, cfr. *infra*, par. 3.4.8.

⁶⁸ In Italia, la TEAM è entrata in vigore a far data dal 1 novembre 2004 e la sua distribuzione a tutti gli iscritti al SSN è realizzata gradualmente da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Tuttavia, giova ricordare che l'Italia risulta essere uno dei Paesi Membri che ha richiesto all'Unione Europea di poter usufruire di un periodo transitorio, il cui termine ultimo è fissato al 31 dicembre 2005, data entro la quale tutti i moduli cartacei E-111 dovranno essere sostituiti dalla tessera.

Sociale dei Lavoratori Migranti n. 189, 190, 191, 197 e 198 del 18 giugno 2003, ha sostituito alcuni formulari previsti dal Regolamento n. 1408/71.⁶⁹

Da subito, è opportuno segnalare che la TEAM non può essere utilizzata per il trasferimento all'estero per cura di alta specializzazione generalmente rientranti in quelle programmate.⁷⁰ Fatta questa eccezione, in base al principio dell'accesso diretto alle cure mediche, a partire dal 1 luglio 2004, ogni cittadino dell'UE deve avere accesso diretto ai servizi sanitari degli altri Stati Membri. Deve potersi, conseguentemente, rivolgere al medico di un altro sistema sanitario semplicemente presentando la propria TEAM. Devono quindi essere soppresse tutte le pratiche amministrative in uso che obbligano il cittadino europeo a richiedere preventivamente un documento dell'Istituzione sanitaria del Paese nel quale si trova temporaneamente. Ciò comporterà – perlomeno nei confronti dei cittadini UE – la soppressione dell'apposito “Modulario per l'Assistenza sanitaria degli assicurati di istituzioni estere di malattia” (cd. “Carnet della Salute” di colore verde, distribuito dal Ministero della Salute) attualmente in uso presso le Aziende Sanitarie italiane per i pazienti stranieri in temporaneo soggiorno in Italia. Tale libretto, come noto, costituisce lo strumento amministrativo mediante il quale vengono regolate le procedure amministrative legate al rimborso delle prestazioni sanitarie e farmaceutiche fornite ai pazienti stranieri, i quali dovevano richiederne copia prima di accedere ai servizi sanitari. Questo tipo di procedura non è più consentita dal 1 luglio 2004 ed il possesso del relativo Modulario non costituisce più un obbligo per il cittadino UE. Pertanto, il trattamento amministrativo delle prestazioni rese a cittadini UE dovrà essere effettuato sulla base di una procedura amministrativa interna opportunamente adattata ed armonizzata a livello regionale.⁷¹

⁶⁹ Nello specifico, si tratta del modulo E-110 relativo al trasporto stradale internazionale; il modulo E-111, necessario per soggiorni all'estero di breve durata; il formulario E-119, riguardante la residenza temporanea finalizzata alla ricerca di un posto di lavoro e, infine, il formulario E-128, utilizzato per il distacco dei dipendenti in un altro paese e per gli studenti.

⁷⁰ Per queste continua a valere il modello E-112, utilizzato per i trasferimenti all'estero per cure non ottenibili in sede di SSN, ma presso strutture pubbliche o private convenzionate, attraverso il quale si procede al rimborso alla struttura erogante in base alle tariffe che spettano ordinariamente alla medesima. Pertanto, questo modello non è sostituito dalla TEAM.

⁷¹ Cfr. Regione del Veneto, Assessorato alle Politiche Sanitarie, *Linee guida relative all'introduzione della Tessera Europea di Assicurazione Malattia*, Venezia, maggio 2004, pp. 11-12.

3.4.9. La Comunicazione della Commissione sulla mobilità dei pazienti e lo sviluppo dell'assistenza sanitaria

Ai risultati elaborati dal documento “Riflessione di alto livello” del 2003, la Commissione Europea ha risposto con la Comunicazione recante “Seguito del processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea” del 20 aprile 2004.⁷² In essa si ribadisce la necessità di “una strategia europea destinata a permettere ai cittadini di esercitare il diritto di farsi curare, se lo desiderano, in altri Stati Membri e a favorire una cooperazione tra i sistemi sanitari che li ponga nella condizione di affrontare nel modo migliore le sfide dinanzi a cui si trovano”.⁷³ La Comunicazione evidenzia che i “diritti che la legislazione comunitaria riconosce riguardano principalmente il rimborso delle spese sanitarie sostenute in un altro Stato membro”,⁷⁴ così come affermato dalla giurisprudenza della Corte Europea di Giustizia:

- ogni cittadino europeo può usufruire di tutte le cure non ospedaliere a cui ha diritto nello Stato membro in cui risiede, senza autorizzazione preventiva, in qualsiasi altro Stato membro. Le spese relative gli saranno rimborsate nella misura prevista dal regime previdenziale del proprio paese;
- ogni cittadino europeo può usufruire in qualsiasi altro Stato membro di tutte le cure ospedaliere a cui ha diritto nello Stato membro in cui risiede, previa autorizzazione del suo sistema sanitario. Quest'ultimo ha l'obbligo di concedere tale autorizzazione se non è in grado di prestare le cure necessarie entro tempi accettabili dal punto di vista medico, considerate le condizioni del paziente. Anche in questo caso, le spese gli saranno rimborsate almeno nella misura prevista dal regime previdenziale del proprio paese;
- le autorità sanitarie nazionali possono informare i cittadini che desiderano sottoporsi a cure all'estero su come possono ottenere l'autorizzazione di farsi curare in un altro Stato membro, sui livelli di rimborso applicati e su come possono, eventualmente, ricorrere contro le decisioni prese nei loro riguardi.

A ciò si aggiunga che, in forza del regolamento 1408/71, se una persona che soggiorna temporaneamente in uno Stato membro diverso da quello in cui risiede – per motivi di viaggio o di studio, perché distaccato dal proprio datore di lavoro o perché in cerca di occupazione – necessita di assistenza sanitaria, ne fruisce allo stesso titolo delle persone

⁷² COM (2004) 301 def.

⁷³ *Ibid.*, p. 2.

⁷⁴ *Ibidem.*

assicurate in quel paese. Le spese eventualmente sostenute per ricevere tale assistenza le sono rimborsate nel paese di residenza, in base alle tariffe e agli onorari applicati nello Stato membro in cui le cure sono state erogate.⁷⁵

Ancora una volta, il documento si preoccupa di richiamare la competenza legislativa propria di ciascuno Stato membro in materia di organizzazione dei sistemi sanitari. Tuttavia, contestualmente, il documento sottolinea la necessità di giungere in questo settore ad una cooperazione a livello europeo, cooperazione che potrebbe “arrecare grandi benefici ai pazienti, agli operatori della sanità e ai responsabili dei sistemi sanitari in generale”.⁷⁶

Al fine di migliorare il quadro giuridico di tutela, che consenta ai cittadini europei di poter esercitare i diritti all'assistenza sanitaria in altri Stati Membri – diritto di cui godono in virtù della legislazione comunitaria - e allo scopo di favorire la cooperazione europea in materia di sistemi sanitari, nel rispetto della competenza degli Stati Membri, la Commissione si propone di intervenire, tra l'altro, principalmente attraverso due iniziative:

- 1) una proposta di direttiva sui servizi nel mercato interno⁷⁷ e
- 2) un pacchetto di proposte dirette ad aggiornare e semplificare il regolamento CEE n. 1408/71 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati e ai loro famigliari che si spostano all'interno della Comunità.⁷⁸

Il 15 luglio 2004, l'allora Commissario alla Sanità, David Byrne, ha presentato un documento dal titolo “*Enabling Good Health for all*” in cui si ribadisce che “l'organizzazione dei sistemi sanitari costituisce una competenza dei singoli Stati Membri” (p. 3). Tuttavia, anche Byrne, come più volte evidenziato in altri documenti, sottolinea l'importanza di costruire “*partnerships for health bringing together regional and national authorities, the health community and civil society [...]. This is the role of the EU: help players share knowledge and achieve synergies, listen to the voice of different actors and translate it into policy. Here also the existing Treaty mandate is reinforced in the new Constitution*” (p. 4). Il documento in parola, infine, insiste sulla necessità di avere una *vision* di lungo periodo, in quanto i processi che possono supportare la realizzazione di un efficace sistema sanitario europeo si possono implementare solo in un arco temporale lungo.

⁷⁵ Si ricordi che dal 1 giugno 2004 tale diritto è attestato dal possesso della carta europea d'assicurazione sanitaria, che sostituisce gli attuali moduli cartacei, in particolare il modulo E 111.

⁷⁶ Comunicazione della Commissione, *op. cit.*, p. 5.

⁷⁷ Si veda par. 3.4.8.

⁷⁸ Ulteriori informazioni sono disponibili in http://europa.ue.int/comm/employment_social/soc-prot/schemes/index_en.htm.

3.4.10. La proposta di direttiva sui servizi nel mercato interno

Come già anticipato nei paragrafi precedenti, uno degli strumenti individuati dalla Commissione per rispondere alle controversie oggetto delle decisioni della Corte Europea di Giustizia, da un lato, e per coordinare maggiormente la politica europea in materia di assistenza sanitaria nei Paesi Membri dell'Unione, dall'altro, è stata la proposta di direttiva sui servizi nel mercato interno.⁷⁹

Nella Sintesi della Proposta in oggetto si legge che l'obiettivo della stessa è “quello di stabilire un quadro giuridico⁸⁰ che elimini gli ostacoli alla libertà di stabilimento dei prestatori di servizi ed alla libera circolazione dei servizi tra Stati Membri e che garantisca a prestatori e destinatari dei servizi la certezza giuridica necessaria all'effettivo esercizio di queste due libertà fondamentali del trattato”.⁸¹ Al fine di rimuovere gli ostacoli alla libera circolazione dei servizi, tra le altre misure, la proposta prevede il diritto dei destinatari di utilizzare servizi di altri Stati Membri, senza che questo venga impedito da misure restrittive del loro Paese o da comportamenti discriminatori di autorità pubbliche o di operatori privati. In specie per i pazienti, la proposta, coerentemente con la giurisprudenza della Corte, chiarisce i casi in cui uno Stato membro può sottoporre ad autorizzazione il rimborso delle cure sanitarie prestate in un altro Stato membro.⁸²

⁷⁹ Commissione delle Comunità Europee: *Proposta di Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio relativa ai servizi nel mercato interno*, 13 gennaio 2004 – COM (2004) 2 definitivo.

⁸⁰ Si tratta di una direttiva quadro, che non intende – come si legge nel testo – “fissare norme dettagliate o armonizzare il complesso delle norme degli Stati Membri applicabili alle attività di servizi. Un approccio di questo tipo avrebbe comportato una regolamentazione eccessiva e l'uniformazione delle specificità dei sistemi nazionali che disciplinano i servizi. La proposta tratta invece esclusivamente le questioni fondamentali per il regolare funzionamento del mercato interno dei servizi, privilegiando le disposizioni che prevedono un'armonizzazione mirata di punti specifici, la definizione di chiari obblighi di risultato, a prescindere dalle tecniche giuridiche per realizzarli, e le disposizioni volte a chiarire i rispettivi ruoli dello Stato membro d'origine e dello Stato membro di destinazione del servizio. La proposta inoltre rimanda alle misure d'applicazione della Commissione per le modalità di attuazione di talune disposizioni”. Cfr. p. 9.

⁸¹ Cfr. p. 4.

⁸² Solleva dubbi circa l'inclusione dei servizi sanitari e delle assicurazioni malattia nell'ambito della proposta di direttiva sui servizi nel mercato interno la Commissione per l'occupazione e gli affari sociali del Parlamento Europeo che, il 25 marzo 2004, ha redatto un documento di lavoro sulla proposta in oggetto. Il documento, a questo proposito, sostiene che l'applicazione delle disposizioni della proposta di direttiva avrà probabilmente gravi ripercussioni per i servizi sanitari degli Stati Membri, soprattutto in relazione all'organizzazione e al finanziamento dei sistemi sanitari nazionali degli Stati Membri. Il relatore della Commissione, Anne E.M. Van Lancker, ha richiesto, conseguentemente, che il sistema sanitario sia escluso dalla direttiva in considerazione, in ragione delle seguenti motivazioni: *a.* il settore sanitario non è un settore di servizi come gli altri. Il prezzo non viene formato sulla base di domanda e offerta; un terzo, il finanziatore, si accolla la gran parte del conto e paga il contenuto; *b.* l'organizzazione del sistema sanitario è un modello complesso di cooperazione tra numerosi attori, il cui equilibrio non può essere messo in bilico limitando i servizi sanitari ad un'offerta di singoli servizi; *c.* gli Stati Membri hanno un'importante responsabilità nei confronti della popolazione: mantenere un sistema sanitario efficiente e accessibile a tutti. L'applicazione della Direttiva della Commissione la mette a rischio, il che è in contrasto con il principio di sussidiarietà di cui all'art. 152 par. 5 (TCE). Ciò è confermato dal “gruppo di alto livello sulla mobilità dei pazienti” che sostiene che gli Stati Membri devono mantenere la sovranità sui propri sistemi; *d.* i sistemi sanitari costituiscono una parte essenziale della sicurezza sociale, anch'essa basata sul principio di sussidiarietà art. 137 par. 4 (TCE).

A questo riguardo, la proposta di direttiva tratta la questione specifica della compatibilità fra il principio della libera circolazione dei servizi e i regimi di autorizzazione preliminare per la copertura delle spese inerenti alle cure sanitarie prestate in un altro Stato membro. In particolare, l'art. 23 riprende la distinzione tra cure ospedaliere e non ospedaliere,⁸³ chiaramente stabilita dalla giurisprudenza consolidata della Corte Europea di Giustizia:

“Art. 23

Assunzione degli oneri finanziari delle cure sanitarie

1. Gli Stati Membri non possono subordinare al rilascio di un'autorizzazione l'assunzione degli oneri finanziari delle cure non ospedaliere fornite in un altro Stato membro se gli oneri relativi a tali cure, qualora quest'ultime fossero state dispensate sul loro territorio, sarebbero stati assunti dal loro sistema di sicurezza sociale.
2. Le condizioni e le formalità a cui gli Stati Membri sottopongono sul loro territorio la concessione di cure non ospedaliere, quali in particolare l'obbligo di consultare un medico generico, prima di uno specialista o le modalità di copertura di determinate cure dentistiche, possono essere opposte al paziente, al quale le cure non ospedaliere sono state fornite in un altro Stato membro.
3. Gli Stati Membri provvedono affinché l'autorizzazione per l'assunzione da parte del loro sistema di sicurezza sociale degli oneri finanziari delle cure ospedaliere fornite in un altro Stato membro non sia negata qualora tali cure figurino fra le

Nel mese di aprile, la relatrice al Parlamento sulla Direttiva in parola, Evelyne Gebhardt, ha diffuso un progetto di relazione (in discussione alla commissione Mercato Interno dalla seconda settimana del mese di aprile 2005), che circoscrive il campo di applicazione della direttiva e delimita in misura sensibile il principio del Paese di origine. Secondo la relazione debbono essere esclusi dalla competenza della direttiva: i servizi di interesse generale; il diritto del lavoro, compresi i contratti collettivi regionali o nazionali e la legislazione nazionale in materia di sicurezza; i servizi coperti da direttive settoriali (tra cui le professioni regolamentate). Gebhardt si astiene dal definire i servizi di interesse generale, lasciando che siano gli Stati Membri a farlo. Il campo di applicazione della direttiva viene ulteriormente ristretto, poiché la relatrice prevede che, in linea generale, la direttiva non prevarrà sulle disposizioni già contenute in altre direttive; non interferirà sull'attuazione di iniziative comunitarie in materia di protezione dei consumatori, diritto del lavoro e riparazione dei danni. Dalla relazione emerge altresì che il controllo sui servizi spetterà non più al Paese di origine (come avviene sinora nel mercato interno) ma a quello di destinazione del servizio, il quale potrà opporsi alla libera prestazione per ragioni di interesse generale. Ne consegue che il principio del Paese di origine, finora considerato uno dei pilastri dell'integrazione economica europea, viene sostanzialmente svuotato, considerandolo uno tra i tanti risultati della giurisprudenza della Corte di giustizia.

⁸³ Su questo aspetto, e altri contenuti nell'art. 23 della Proposta di direttiva si veda lo studio commissionato da Anne Van Lancker, relatrice della Commissione Occupazione e Affari Sociali del Parlamento Europeo e realizzato da Wouter GEKIERE, Institute for European Law, Catholic University Leuven, 24 settembre 2004, dal titolo “Towards a European Directive on Services in the Internal Market: Analysing the legal repercussions of the Draft Services Directive and its impact on National Services Regulations”.

prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro di affiliazione e non possono essere dispensate al paziente entro un termine accettabile, dal punto di vista medico, tenuto conto del suo attuale stato di salute e del probabile decorso della malattia.

4. Gli Stati Membri provvedono affinché l'assunzione da parte del loro sistema di sicurezza sociale degli oneri finanziari delle cure sanitarie fornite in un altro Stato membro non sia inferiore a quella prevista dal loro sistema di sicurezza sociale per cure analoghe fornite sul territorio nazionale.
5. Gli Stati Membri provvedono affinché i propri regimi di autorizzazione per l'assunzione degli oneri finanziari delle cure fornite in un altro Stato membro siano conformi agli articoli 9, 10, 11 e 13⁸⁴.

⁸⁴ L'art. 9 della proposta di direttiva in parola prevede che il regime di autorizzazione: a) non sia discriminatorio nei confronti del prestatore; b) la sua necessità sia obiettivamente giustificata da motivi imperativi di interesse generale; c) l'obiettivo perseguito non possa essere conseguito tramite una misura meno restrittiva. L'art. 10 sottopone il regime di autorizzazione ai seguenti criteri: a) non discriminatori; b) obiettivamente giustificati da un motivo imperativo di interesse generale; c) commisurati a tale motivo imperativo di interesse generale; d) precisi e inequivocabili; e) oggettivi; f) resi pubblici in precedenza.

L'IMPATTO DELLA PROPOSTA DI DIRETTIVA SUI SERVIZI SOCIALI E SANITARI

I servizi sanitari costituiscono servizi previsti dal Trattato e dovrebbero beneficiare di una framework legislativa relativa al Mercato Interno



La proposta di direttiva cerca di rimuovere le barriere ingiustificate e soprattutto discriminatorie alla libertà di stabilimento e alla libertà di prestazione dei servizi in quelle aree aperte alla concorrenza

- La proposta **non**:
1. impone agli Stati Membri di liberalizzare ovvero di privatizzare i servizi sanitari e sociali che attualmente sono erogati a livello nazionale, regionale o locale da enti pubblici/soggetti pubblici
 2. mira ad armonizzare la regolamentazione giuridica o le modalità con cui gli Stati Membri erogano i servizi sanitari e sociali
 3. interferisce con l'organizzazione o il finanziamento dei sistemi sanitari nazionali

Diritto al rimborso delle spese sanitarie

La proposta di direttiva:

- non crea nuovi diritti in capo ai pazienti
- chiarisce le condizioni per il rimborso sulla base della giurisprudenza della Corte Europea
 - è complementare al Regolamento 1408/71
 - abroga l'autorizzazione preventiva per le cure non ospedaliere
 - l'autorizzazione può essere mantenuta per le cure ospedaliere
 - distingue tra cure ospedaliere e non
- afferma che il livello delle spese rimborsabili sia quello del Paese Membro di affiliazione

3.4.11. Il parere del Comitato economico e sociale europeo in merito alla Comunicazione della Commissione 20 maggio 2005

Si tratta del parere che il Comitato economico e sociale europeo ha formulato in merito al documento della Commissione “Seguito del processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell’assistenza sanitaria nell’Unione europea”.

Il Comitato, nel parere in oggetto, si sofferma, tra l’altro, sulla proposta di direttiva di cui sopra, evidenziando che essa ha “suscitato numerose critiche per come affronta il tema dei servizi sociali e sanitari, in quanto la sua formulazione si presta a interpretazioni differenti. Di conseguenza, le parti della direttiva dedicate a questo tema richiedono definizioni più precise che tengano sufficientemente conto della specificità di questi servizi, legata a sua volta alla sicurezza e alla parità di trattamento dei cittadini” (punto 2.3).⁸⁵ Inoltre, il parere sottolinea che “l’asimmetria delle situazioni e il contesto sanitario dei diversi Stati dell’Unione europea possono provocare da parte dei rispettivi cittadini la ricerca dei sistemi più adeguati per l’erogazione di cure. Ciò rischia a sua volta di provocare l’intasamento o la paralisi dei poli sanitari di riferimento in Europa, nonché un dumping degli strumenti di protezione sociale, vita l’impossibilità di adattarsi all’afflusso discontinuo di utenti provenienti da altri Stati” (punto 2.6). A questo riguardo, il Comitato ritiene che la nuova versione del regolamento (CE) n. 1408/71 possa favorire l’insorgere di situazioni inedite e problematiche. Di qui la necessità – sostiene il parere di “elaborare una politica europea che consenta di tendere verso obiettivi più ambiziosi, anche modificando, qualora ciò si rendesse indispensabile, le competenze dei sistemi di assistenza sanitaria nazionali” (punto 2.7).

Il Comitato richiama che il diritto comunitario accorda ai cittadini il diritto di farsi curare in altri Stati Membri e di essere rimborsati. In questo senso, sia la giurisprudenza della Corte di Giustizia della Comunità Europee, sia la proposta di direttiva sui servizi nel mercato interno precisano, infatti, le condizioni alle quali le cure fornite in uno Stato

⁸⁵ Tra le critiche mosse alla Proposta di Direttiva ricordiamo le osservazioni dall’*European Health Policy Forum* (EHPF), formulate nel mese di maggio 2005, che in modo sintetico si possono così riassumere: a) l’ambito di azione della direttiva è ritenuto eccessivamente ampio e i servizi sanitari non consentono, per la loro specifica natura, di essere ricompresi *naturaliter* tra i servizi di interesse generale; b) si evidenzia la dimensione fortemente locale in cui i servizi sanitari vengono erogati ai cittadini, circostanza che renderebbe difficile un’estensione indiscriminata delle disposizioni concernenti il Mercato Interno; c) il principio del “paese d’origine” non è considerato adatto, in quanto è opportuno che i professionisti che intendano svolgere la propria attività in un paese diverso da quello di appartenenza siano soggetti alle previsioni normative e regolamentari del paese di “destinazione”, ossia del paese in cui il servizio è fruito; d) viene criticato l’art. 23 riguardante “Assunzione dei costi relativi alle prestazioni sanitarie”, poiché la Commissione avrebbe implementato la giurisprudenza della Corte di Giustizia, che, tuttavia, si riferisce soltanto ad alcuni casi eccezionali. Il Forum ritiene, con specifico riguardo a questo argomento, che sarebbe stato meglio integrare le pronunce della Corte con il Regolamento CE n. 883/2004, che dispone in merito alle condizioni per usufruire delle cure sanitarie fuori dal proprio stato di residenza.

membro diverso da quello in cui il paziente è assicurato possono essere rimborsate. Tuttavia, evidenzia il Comitato, sul piano pratico esercitare tali diritti non è sempre agevole (punto 3.2).

Allo scopo di rispondere alle problematiche sopra esposte, il Comitato avanza, tra le altre, le seguenti proposte:

1. favorire una cooperazione europea che permetta un miglior impiego delle risorse nell'ambito dei diritti e doveri dei pazienti;
2. agevolare la condivisione delle capacità disponibili e l'assistenza transnazionale;
3. stabilire un quadro chiaro e trasparente per l'acquisto di assistenza sanitaria, che gli enti competenti degli Stati Membri potrebbero utilizzare quando stipulano accordi fra loro;
4. indagare in profondità la motivazione dei pazienti e la portata dell'assistenza transfrontaliera;
5. definire una accurata strategia di informazione sui sistemi sanitari;
6. consolidare il ruolo dell'Unione nella realizzazione degli obiettivi in materia sanitaria, puntando in particolare ai seguenti obiettivi:
 - integrare maggiormente gli obiettivi sanitari in tutte le politiche e le attività europee;
 - garantire che gli effetti delle future proposte sulla sanità e l'assistenza sanitaria siano presi in considerazione nella valutazione del loro impatto complessivo;
 - creare un meccanismo di sostegno della cooperazione in materia di servizi sanitari e di assistenza medica.

4. L'azione comunitaria nel settore del turismo

Le cure termali non sono collegate soltanto alle scelte di politica sanitaria: esse sono, infatti, oggi più che in passato, in parte anche dipendenti dalle strategie che interessano il settore del turismo.

Il turismo rappresenta, ad un tempo, un settore economico importante per gli Stati Membri dell'Unione Europea e un comparto connotato da una forte valenza culturale e sociale. Il processo di integrazione sociale, in questo senso, propone uno scenario decisamente favorevole all'incremento del turismo quale importante elemento di coesione della costruzione europea.⁸⁶

Tuttavia, nonostante la rilevanza di cui sopra, gli interventi e l'azione dell'Unione Europea nel settore del turismo sono sempre stati caratterizzati da “una forte incertezza e ambiguità”.⁸⁷ Non solo la materia non è mai stata competenza piena dell'Unione, ma si debbono altresì registrare interventi di natura indiretta, azioni spot ovvero azioni circoscritte, con la conseguenza che non si è arrivati a definire una complessiva politica armonica ed organica di settore. In sintesi, l'intervento comunitario può essere riferito a tre fasi diverse:

- *prima fase* (periodo 1957-1979): è caratterizzata da una serie di singole misure tra loro disorganiche, ma comunque facenti capo al principio della libera circolazione delle persone e dei servizi. Il Trattato di Roma del 1957, istitutivo della Comunità Economica Europea, non annovera il turismo tra le materie di competenza comunitaria. Il turismo, conseguentemente, risulta condizionato indirettamente dalla sola azione della Comunità, mirante ad affermare e promuovere la libera circolazione delle persone e dei servizi. Il primo significativo intervento, a livello comunitario, nella materia turismo é rappresentato dalle direttive del Consiglio approvate nel 1968, rispettivamente, con riferimento alla libertà di stabilimento per alcune professioni connesse ad attività ricettive e all'informazione nel settore della ristorazione e al riconoscimento dei titoli professionali del settore stesso. Anche la Corte Europea di Giustizia inizia ad occuparsi, ancorché in modo ancora una volta indiretto, della materia “turismo”, con la sentenza 7 luglio 1976, *Watson vs. Bellmann*, divenuta poi fondamentale. In essa, infatti, per la prima volta, si sancisce il principio secondo cui è riconosciuto non solamente al prestatore di servizi, ma anche al loro fruitore (nel caso di specie i turisti), un diritto alla libera

⁸⁶ Cfr. M. FRAGOLA, *L'azione comunitaria in materia di turismo*, in V. FRANCESCHELLI – F. MORANDI, *Manuale di diritto del turismo*, Torino, 2003, Capitolo III, p. 45.

⁸⁷ D. DONATI, *L'Unione europea: armonizzazione e raccordi nella legislazione di settore*, in M. GOLA (a cura di), *Evoluzione e prospettive della legislazione sul turismo*, Rimini, 2002, p. 40.

circolazione nei paesi della Comunità per il tempo necessario all'adempimento della prestazione.

- *seconda fase* (periodo 1980-1989): in questo periodo la Comunità europea sembra orientata a definire una politica di settore più organica e complessiva, assumendo iniziative normative e istituzionali di rilievo. Nel 1981, la Commissione incarica uno dei propri membri di svolgere ogni necessaria attività di coordinamento per le diverse azioni in materia e, allo stesso tempo, presenta una comunicazione al Consiglio per delineare i primi orientamenti della politica settoriale. Il 16 dicembre 1983, anche il Parlamento di Bruxelles si pronuncia in materia, approvando la prima risoluzione relativa alla “Politica comunitaria nel settore del turismo”. Con essa, da una parte, si invitava il Consiglio ad occuparsi della problematica del turismo e, dall'altra, si sollecitava la Commissione ad adottare le necessarie azioni di promozione nell'ottica di una politica comunitaria complessiva.⁸⁸ Successivamente, la Commissione, in data 5 febbraio 1986, approva il programma di “Azione Comunitaria nel settore del turismo”. Il programma prevedeva la costituzione di un Comitato consultivo in materia, la cui istituzione ed esatta configurazione saranno oggetto della decisione 86/664/CEE. Nel preambolo della decisione, la materia turismo viene definitivamente riconosciuta come attività economicamente rilevante, ammettendo che essa contribuisce particolarmente allo sviluppo armonioso dell'economia e del mercato all'interno della Comunità.⁸⁹
- *terza fase* (periodo 1990 ad oggi): si tratta di una fase contraddistinta da numerose iniziative di incentivazione e progressiva affermazione del ruolo dell'Unione in materia di turismo.⁹⁰ Con la risoluzione del Parlamento europeo del 22 gennaio 1988, viene

⁸⁸ DONATI, *op. cit.*, pp. 41-42.

⁸⁹ Sotto il profilo istituzionale ed organizzativo interno alla Comunità, il turismo viene attribuito quale competenza specifica all'Unità Turismo, nell'ambito della Direzione Generale XXIII della Commissione.

⁹⁰ DONATI, *ult. op. cit.*, p. 41. Tra i vari provvedimenti approvati a livello comunitario, sembra opportuno richiamare in questa sede: 1) la Direttiva del Consiglio dei Ministri delle Comunità Europee 13 giugno 1990 (n. 90/314/CEE che ha disciplinato i viaggi, le vacanze e i circuiti “tutto compreso”; 2) la relazione sulle Misure comunitarie riguardanti il turismo (1997/99) che, in data 28 marzo 2001 (COM(2001) 171 definitivo), la Commissione Europea ha presentato al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle Regioni; 3) il Regolamento (CE) n. 261/2004 del Parlamento e del Consiglio UE dell'11 febbraio in materia di *overbooking* nel settore del trasporto aereo di persone. Obiettivo principale della direttiva comunitaria è stato quello di uniformare a livello europeo la regolamentazione dei viaggi organizzati colmando, in questo senso, una lacuna lasciata dalla Convenzione di Bruxelles (CCV) del 1970. Dal punto di vista delle linee ispiratrici e strategiche, la direttiva riconosce la necessità di superare le numerose differenze esistenti all'interno dei Paesi Membri dell'Unione Europea: “La direttiva ha lo scopo di ravvicinare le disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati Membri concernenti i viaggi, le vacanze e i giri turistici “tutto compreso” venduti e offerti in vendita nel territorio della Comunità” (art. 1). Il Regolamento sull'*overbooking* aereo, invece, ha inteso introdurre, a livello comunitario, coerentemente con una impostazione volta a tutelare il turista-consumatore, regole più chiare e applicabili ai casi di negato imbarco, di cancellazione del volo e di ritardo prolungato.

proposto di proclamare il 1990 Anno Europeo del Turismo, proposta che trova concretizzazione nella decisione del Consiglio del 21 dicembre 1988. La risoluzione contiene numerosi interventi, che sarebbero stati poi implementati nel corso degli anni successivi, tra cui si evidenziano in questa sede:

- il programma di sviluppo della statistica comunitaria relativo al settore, che mira a consentire un'analisi fondata e approfondita dei flussi, delle stagionalizzazioni e anche delle preferenze proprie del turismo europeo;
- la direttiva 90/314 sui viaggi *a forfait*;
- il regolamento 91/295/CE, con il quale si dà per la prima volta compiuta disciplina all'*overbooking* nei trasporti.

Con la decisione 92/421, inoltre, si avvia l'attuazione del Piano di azione comunitario di assistenza al Turismo. L'atto in parola riveste particolare importanza, soprattutto, perché, a differenza da quanto era avvenuto fino ad allora, prevede una serie di interventi diretti relativi al turismo, che comprendono anche azioni in settori ad esso strettamente connessi. Tra le azioni individuate, ricordiamo quelle a tutela dei consumatori-turisti, quali i sistemi di classificazione alberghiera, la multiproprietà, le prenotazioni in eccesso e le procedure di ricorso. Ancora una volta, tuttavia, nonostante l'insistenza di Italia e Grecia e l'aumentato riconoscimento del valore economico, sociale e culturale del turismo, il Trattato di Maastricht del 7 febbraio 1992 non annovera il turismo fra le materia di competenza comunitaria.⁹¹ E questa esclusione è stata ribadita sia nel corso della Conferenza Intergovernativa del 1996, sia nel Trattato di Amsterdam del 1997.⁹²

Il turismo, pertanto, continua a presentare un carattere orizzontale e intersettoriale e a rappresentare un fenomeno polivalente e multiforme che non si esaurisce in una attività specifica e caratterizzante.⁹³

Pertanto, alla luce di quanto sopra espresso, non è certo possibile scorgere la nascita di un vero e proprio "diritto comunitario del turismo":⁹⁴ il turismo, *a contrariis*, in quanto

⁹¹ Tuttavia, il turismo in quella sede (art. 3, lett. *h*) viene annoverato tra le *misure* in relazione ai fini enunciati all'art. 2, il quale, fra gli altri, annovera "uno sviluppo armonioso, equilibrato e sostenibile delle attività economiche", "un elevato livello di occupazione...", un elevato livello di protezione dell'ambiente e il miglioramento della qualità di quest'ultimo" e "il miglioramento del tenore e della qualità della vita, la coesione economica e sociale e la solidarietà degli Stati Membri". Nell'aprile 1995, la Commissione CEE pubblicava un Libro Verde sul ruolo dell'Unione nel settore del turismo, nel quale emerge il ruolo strategico del turismo per il raggiungimento di numerosi obiettivi dell'Unione.

⁹² A ciò si aggiunga che, nell'ambito dell'ampio processo di riforma delle strutture dell'esecutivo comunitario, avviate dal 1 gennaio 2000, è stata abolita la Direzione Generale XXIII, cui era stata attribuita la materia del turismo. La relativa competenza è stata così attribuita alla Direzione Generale "Impresa", nella cui ripartizione il "turismo viene a perdere, sotto il profilo strutturale e organizzativo, la propria identità".

⁹³ Così DONATI, *op. cit.*, p. 49.

“materia” trova le sue principali fonti normative nei principi di libera circolazione dei cittadini, delle professioni e dei servizi. In altri termini, il turismo è condizionato, alla stregua di altri settori strategici per l'integrazione europea, dagli interventi comunitari volti a promuovere una migliore definizione e la crescita del mercato interno,⁹⁵ le quali si contraddistinguono per il loro carattere trasversale.⁹⁶

Tuttavia, l'approccio dell'UE ad una politica del turismo,⁹⁷ nel suo manifestarsi in azioni diverse, tese a promuovere contemporaneamente interessi diversi e talvolta configgenti, non può essere “stigmatizzato come sintomo di marginalità e di disinteresse”.⁹⁸ Ciò implica il riconoscimento del fatto che il turismo costituisce invero un fenomeno polivalente e multiforme, incapace, oltre alla circostanza di costituire competenza spettante ai singoli stati nazionali, di essere ingabbiato in una *framework* legislativa a livello comunitario. Ne consegue che, in ambito comunitario, il turismo diviene oggetto di molteplici interventi che, di volta in volta, interessano altri settori di azione (sanità, protezione sociale, trasporti, ambiente, tutela dei consumatori⁹⁹). A questo riguardo, si deve interpretare il documento recante “Strategia per il Mercato Interno – Priorità 2003-2006, elaborato dalla DG *Internal Market* della Commissione,¹⁰⁰ che individua, tra le altre, le seguenti priorità di sviluppo dell'Unione, tutte di rilievo per il settore del turismo:

- la libera circolazione delle merci;

⁹⁴ *Ibidem*.

⁹⁵ Al riguardo, si veda la recente proposta di Direttiva elaborata dalla Commissione Europea e presentata il 13 gennaio 2004, relativa ai servizi nel mercato interno (documento COM (2004) 2(02)).

⁹⁶ DONATI, *op. cit.*, p. 46.

⁹⁷ Si permetta il rinvio al mio *L'azione comunitaria nel settore del turismo*, in L. ANTONIOLLI – G. BENACCHIO – F. LAJOLO DI COSSANO, *Lineamenti di diritto dell'Unione Europea*, Padova, 2005, pp. 205-208.

⁹⁸ *Ibid.*, p. 49.

⁹⁹ A questo riguardo, la Direttiva del 1990 sopra richiamata dispone che: “Le norme che tutelano il consumatore presentano disparità nei vari Stati Membri le quali dissuadono i consumatori di un determinato Stato membro dall'acquisto di servizi tutto compreso in un altro Stato membro;[...] tale fattore dissuasivo scoraggia particolarmente i consumatori dall'acquisto di servizi tutto compreso al di fuori del proprio Stato membro; [...] ciò avviene in misura maggiore di quanto avvenga per l'acquisto di altri servizi, dato che il carattere particolare delle prestazioni fornite nell'ambito di un servizio tutto compreso presuppone in generale il pagamento anticipato di somme considerevoli e la fornitura delle prestazioni in uno Stato diverso dallo Stato di residenza del consumatore;[...] il consumatore deve godere della protezione introdotta dalla presente direttiva a prescindere dal fatto che egli abbia stipulato direttamente il contratto oppure sia il cessionario o il membro di un gruppo per conto del quale un'altra persona ha concluso il contratto di servizio tutto compreso;[...] l'organizzatore e/o il venditore del servizio tutto compreso devono essere obbligati a fare in modo che le indicazioni fornite nei documenti che descrivono il servizio tutto compreso che essi hanno rispettivamente organizzato e venduto non siano ingannevoli e che gli opuscoli messi a disposizione del consumatore contengano un'informazione chiara e precisa”. Così, ottavo, nono, decimo e undicesimo “considerando” della Premessa alla Direttiva. Per un'analisi dell'azione comunitaria a tutela del consumatore, si veda, tra gli altri, G. ALPA, *Contratto e impresa*, 1988, pp. 553 ss. e, dello stesso autore, *La responsabilità per il danno derivato dai servizi nel progetto di direttiva comunitaria*, in *Giur. it.*, vol. CXL, II, 1990, Parte IV, pp. 177-180.

¹⁰⁰ COM (2003) 238 def. Si segnalano altresì la Relazione della Commissione 28 marzo 2001, la Comunicazione della Commissione del 13 novembre 2001, la Relazione sulle misure comunitarie che influenzano il turismo contenute nel Documento di lavoro dei Servizi dalla Commissione SECS (2002) 300 e, in ultimo, la 2426^a Sessione del Consiglio su *Mercato interno – Consumatori – Turismo*, 8797/02 (Presse 130), Bruxelles, 21 maggio 2002.

- la rimozione degli ostacoli all'integrazione dei mercati dei servizi;
- il potenziamento delle reti di trasporto;
- la riduzione dell'incidenza degli ostacoli fiscali;
- una più efficace tutela dei consumatori.

Il cammino “errante” della materia turismo sembra aver raggiunto un approdo molto significativo con l’inserimento di una sezione specifica sul turismo (sezione 4, articolo III-281) nel Trattato che adotta la Costituzione per l’Europa. Si può ritenere che detta base giuridica consentirà un’azione di sostegno in materia di turismo più coerente, la cui adozione sarà facilitata dal passaggio a maggioranza qualificata in seno al Consiglio, anche grazie alla piena partecipazione del Parlamento europeo all’approvazione di misure legislative.

Si aggiunga che nel progetto di relazione della Commissione del Parlamento Europeo per i trasporti e il turismo sulle nuove prospettive e le nuove sfide per un turismo europeo sostenibile¹⁰¹ si può leggere, tra l’altro, quanto segue:

- l’Europa costituisce la prima destinazione turistica mondiale: a) i servizi di turismo e di viaggio contribuiscono direttamente, in misura pari ad almeno il 4%, al PIL dell’UE e rappresentano oltre 7 milioni di posti di lavoro diretti; b) più di 2 milioni di imprese, in grande maggioranza piccole e medie (PMI) partecipano direttamente alla prestazione dei servizi turistici,
- l’allargamento dell’Unione a nuovi Stati Membri con forte potenziale turistico contribuirà ulteriormente a rafforzare il peso economico del settore e la sua rilevanza per la crescita europea; che l’espansione del turismo nei nuovi Stati Membri dovrebbe contribuire alla loro crescita fino al 3% del PIL e alla creazione di 3 milioni di posti di lavoro;
- il turismo non costituisce oggi una politica comunitaria e in virtù del principio di sussidiarietà rientra soprattutto nell’azione degli Stati Membri;
- il turismo è interessato da una vasta gamma di politiche che rientrano nelle competenze comunitarie e dette caratteristiche implicano una crescente attenzione a livello dell’Unione, anche se, nonostante le diverse azioni avviate, il settore del turismo non beneficia, a livello europeo, di una considerazione commisurata alle sfide in atto;

¹⁰¹ Proposta di risoluzione del Parlamento Europeo sulle nuove prospettive e le nuove sfide per un turismo europeo sostenibile, 2004/2229(INI), 1 marzo 2005 (provvisorio).

- se il turismo contribuisce direttamente allo sviluppo del territorio, può anche condizionare la coesione e gli equilibri territoriali: le sfide della sostenibilità implicano che le politiche dell'Unione siano adeguatamente coordinate tramite programmi coerenti e integrati;
- importanza di provvedere a che la regolamentazione europea contribuisca a creare un ambiente favorevole alla valorizzazione piena degli operatori turistici europei e favorisca la libera prestazione e la promozione di servizi turistici di qualità;
- vengono segnalati i rischi legati al turismo di massa che, a seguito del potenziamento squilibrato delle capacità di trasporto e di accoglienza e a causa di una concentrazione stagionale dei soggiorni, costituisce una minaccia per gli equilibri locali, sia naturali che socioeconomici;
- si insiste sulla necessità di integrare molto rapidamente gli operatori e gli organismi pubblici del turismo dei nuovi Stati Membri nelle reti e nelle strutture esistenti a livello europeo, segnatamente al fine di associarli pienamente - tramite scambi di esperienze e di prassi migliori - alle destinazioni turistiche dei precedenti Stati Membri dell'Unione;
- si invita la Commissione e gli Stati Membri a ponderare un'iniziativa volta a designare destinazioni turistiche europee di eccellenza secondo il modello delle "capitali europee della cultura" e per selezionare ogni anno una o più regioni o microregioni alla luce di indicatori di qualità legati alla preservazione e alla valorizzazione dei patrimoni culturali e naturali e allo sviluppo di servizi turistici sostenibili;
- si richiede che la Commissione, la CET (commissione europea del turismo) e gli altri interlocutori del progetto promuovano la divulgazione in linea di informazioni generali (guida pratica "Viaggiare in Europa") e di dati sulle risorse e sui temi turistici comuni (gastronomia, turismo di montagna, turismo termale);
- si evidenzia che il turismo costituisce un fattore reale di sviluppo e di diversificazione territoriale, segnatamente in ambito rurale, per cui risulta opportuno co-finanziare progetti basati su un approccio integrato, che mobilitino tutte le risorse atte a contribuire alla qualità dei servizi prestati all'utente e al successo delle destinazioni, nell'impegno di vitalità economica dei progetti stessi, segnatamente grazie a un partenariato pubblico - privato di qualità;
- si chiede agli Stati Membri di fissare nei rispettivi quadri strategici nazionali e nei loro programmi operativi obiettivi, tali da consentire alle regioni di attuare e

finanziare progetti coerenti per lo sviluppo di un turismo sostenibile, adattato alle condizioni e alle potenzialità locali;

- si invita la Commissione a prevedere la creazione di una rete di corrispondenti/coordinatori “turismo” all'interno di tutte le direzioni della Commissione, le cui competenze riguardino le attività del settore (imprese, regioni, ambiente, agricoltura, trasporti, mercato interno), la quale potrebbe essere coordinata dalla struttura responsabile per il turismo della DG “imprese”;
- si invita la Commissione a proporre fin dal 2007 l'attuazione di un piano d'azione pluriennale (pacchetto turismo) che consenta di rafforzare la coesione dell'azione dell'Unione in materia di turismo attraverso il coinvolgimento degli Stati Membri e dei loro enti regionali e locali, secondo i principi del buongoverno.

5. Le cure termali nei singoli ordinamenti nazionali

5.1. Il Servizio Sanitario italiano

In Italia, il Servizio Sanitario Nazionale è intervenuto, ancorché in modo diverso nel corso degli ultimi anni, a coprire i costi sostenuti per usufruire di un ciclo di cure termali nell'arco di un anno.¹⁰²

Alla stregua del Servizio Sanitario Nazionale, anche INAIL e INPS “offrono” la copertura delle cure termali ai loro assicurati. A seguito dell'approvazione della legge 24 ottobre 2000, n. 323 recante “*Riordino del settore termale*”, il regime termale speciale in vigore per gli assicurati INPS si applica, con le medesime modalità, anche agli iscritti ad enti, casse o fondi preposti alla gestione di forme anche sostitutive di assicurazione obbligatoria per l'invalidità, in possesso dei requisiti previsti dall'INPS per l'ammissione al medesimo regime termale speciale.¹⁰³

Ai sensi e per gli effetti del D.P.C.M. 29 novembre 2001 (Allegato 1), l'assistenza termale, segnatamente, i cicli di cure idrotermali a favore di soggetti affetti da determinate patologie, rientra tra i Livelli essenziali di assistenza (LEA),¹⁰⁴ ossia le prestazioni e i servizi

¹⁰² Sull'evoluzione del sistema termale in Italia, cfr. FEDERTERME, *op. cit.*, pp. 70 ss.

¹⁰³ Art. 5 (*Regimi termali speciali e rilancio degli stabilimenti termali*) – 1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce agli assicurati aventi diritto avviati alle cure termali dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) e dall'INAIL i regimi speciali di cui all'articolo 6 del decreto-legge 20 settembre 1995, n. 390, convertito, con modificazioni, dalla legge 20 novembre 1995, n. 490. Le prestazioni economiche accessorie sono erogate dall'INPS e dall'INAIL con oneri a carico delle rispettive gestioni previdenziali. 2. Il regime termale speciale in vigore per gli assicurati INPS si applica, con le medesime modalità, anche agli iscritti ad enti, casse o fondi preposti alla gestione di forme anche sostitutive di assicurazione obbligatoria per l'invalidità, in possesso dei requisiti previsti dall'INPS per l'ammissione al medesimo regime termale speciale. 3. Gli organi periferici degli enti di cui al presente articolo sono tenuti a svolgere le attività necessarie per l'ammissione degli aventi diritto ai regimi termali speciali di cui al comma 1. A tale fine essi provvedono a comunicare una sintesi diagnostica dei singoli casi alla azienda unità sanitaria locale di appartenenza del soggetto avente diritto e a quella nel cui territorio è ubicato lo stabilimento termale di destinazione. 4. Al fine di rilanciarne e svilupparne l'attività, gli stabilimenti termali di proprietà dell'INPS sono trasferiti ai sensi dell'articolo 22 della legge 15 marzo 1997, n. 59 e successive modificazioni”.

¹⁰⁴ Il Decreto Ministeriale 15 dicembre 1994 definisce quali sono le categorie diagnostiche per le quali è prevista l'erogazione delle cure termali con oneri a carico del S.S.N. Fatti salvi gli eventuali ticket dovuti, il Servizio sanitario nazionale pone a proprio carico le spese relative ad un solo ciclo di cure (12 sedute) per anno solare (1° gennaio-31 dicembre). Nel caso della terapia inalatoria sono posti a carico del S.s.n. i costi relativi a due tipologie di cure (es.: inalazioni e aerosol per 12 + 12 applicazioni). Eventuali cure aggiuntive sono a carico dell'assistito. Durata: Un ciclo di terapia termale deve durare 12 giorni in un arco temporale non superiore a 16 giorni. Quando sussiste l'indicazione si può prolungare la durata del ciclo e/o ripetere la terapia nel corso dell'anno ma con oneri a carico del paziente. Posologia: Una seduta al giorno per cinque - sette giorni alla settimana. Periodo: Il ciclo di terapia termale è consigliato all'inizio della primavera per eliminare le sequele delle riacutizzazioni invernali e prevenire quelle di cambiamento di stagione o in autunno per prevenire le riacutizzazioni invernali. In ogni caso l'efficacia della terapia non è influenzata dal periodo dell'anno scelto. Modalità di accesso e costi: Gli assistiti possono accedere agli stabilimenti termali per la cura di una delle patologie di cui al D.M. 15/12/94 con la sola prescrizione del medico curante. E' invece di competenza del medico specialista di struttura pubblica la dichiarazione per la fruizione delle cure termali al di fuori del periodo di ferie da parte dei lavoratori il cui contratto di lavoro prevede questa possibilità. Nell'arco di un anno solare (1° gennaio-31 dicembre) ciascun assistito ha diritto ad usufruire di un solo ciclo di cura con oneri a carico del S.s.n. Fanno eccezione le categorie protette (invalidi di guerra e di servizio, ciechi, sordomuti e invalidi civili)

che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente ovvero dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

La l. 383/2000 merita un ulteriore breve approfondimento, poiché essa dispone circa gli strumenti e le modalità per dare maggiore qualificazione e sostegno allo sviluppo del comparto termale. In primo luogo, il legislatore si è preoccupato di considerare il settore termale nell'ambito di un progetto più generale di riqualificazione dei territori termali. In questo senso, la legge prevede che (art. 11):

“Fermo restando quanto stabilito all’articolo 1, commi 3 e 4, nell’ambito dei piani e dei progetti nazionali e comunitari che comportano investimenti straordinari per la promozione e lo sviluppo economico-sociale di aree comprendenti territori a vocazione turistico-termale, lo Stato e le Regioni favoriscono la destinazione di adeguate risorse nei confronti degli stessi territori?”.

In secondo luogo, accanto alla riqualificazione dei territori termali, l'art. 12, l. n. 383/2000 ha inteso “collegare” il termalismo nazionale con la promozione turistica a livello nazionale, disponendo quanto segue:

“Nell’ambito delle risorse finanziarie disponibili e nell’esercizio della propria attività istituzionale l’Ente nazionale italiano per il turismo (ENIT) inserisce nei propri piani e programmi idonee iniziative per la promozione del termalismo nazionale all’estero quale parte integrante della complessiva offerta turistica italiana, utilizzando anche a tale fine l’apporto tecnico-organizzativo di organismi consortili eventualmente costituiti con la partecipazione delle aziende termali e di istituzioni, enti ed associazioni pubblici o privati interessati allo sviluppo dell’economia dei territori termali?”.

Infine, la legge riconosce uno specifico valore aggiunto alla certificazione di qualità del “prodotto termale”, quale segno distintivo del “servizio” offerto alla potenziale clientela di curisti e curandi, in stretto collegamento con il territorio di riferimento delle terme (art. 13):

“1. [...] è istituito il marchio di qualità termale riservato ai titolari di concessione mineraria per le attività termali[...]

2. Il marchio di qualità termale può essere assegnato solo se per il territorio di riferimento della concessione mineraria sono stati adottati gli strumenti di tutela e di salvaguardia urbanistico-ambientale[...]

che possono usufruire, nel corso dell'anno solare, di un ulteriore ciclo di cure correlato alla patologia invalidante. All'atto dell'accettazione presso lo stabilimento termale prescelto, gli assistiti sono tenuti a dichiarare, sul retro della prescrizione, sotto la propria responsabilità, che nell'anno solare non hanno usufruito di altro ciclo di cura termale con oneri a carico del S.s.n. oppure di appartenere ad una delle categorie protette di cui sopra. Gli assistiti che accedono agli stabilimenti termali sono tenuti a partecipare alla spesa sanitaria versando un ticket.

3. Il titolare della concessione mineraria per le attività termali presenta alla regione di appartenenza la domanda di assegnazione del marchio di qualità termale unitamente ad una documentazione attestante:

- a) l'adozione di apposito bilancio ambientale e la relativa relazione tecnica;
- b) la sottoscrizione, certificata dalla competente CCLAA, di accordi volontari tra gli esercizi alberghieri del territorio termale per autodisciplinare l'uso più corretto dell'energia e dei materiali di consumo in funzione della tutela dell'ambiente;
- c) l'attività di promozione, certificata dalla competente azienda di promozione turistica, per la valorizzazione delle risorse naturali, culturali e storico-artistiche proprie del territorio termale;
- d) l'adozione da parte degli enti locali competenti di idonei provvedimenti per la gestione più appropriata dei rifiuti e per la conservazione e la corretta fruizione dell'ambiente naturale.

4. L'assegnazione del marchio di qualità termale è sottoposta a verifica da parte dei Ministeri dell'ambiente e dell'industria, del commercio e dell'artigianato ogni tre anni.

5. Nell'ambito dell'attività di cui l'articolo 12, l'ENIT promuove la diffusione del marchio di qualità termale sul mercato turistico europeo ed extraeuropeo”.

5.2. Il sistema sanitario in Francia

Il sistema di sicurezza sociale francese prevede la copertura delle spese termali (cfr. articolo R. 322-14 del codice di sicurezza sociale). Deve trattarsi di terapie riconosciute dalla “Cassa Malattia” e di stabilimenti termali autorizzati e convenzionati con la Cassa “Malattia” medesima.¹⁰⁵

Le prestazioni prese in carico dalle casse malattie¹⁰⁶ riguardano gli onorari medici (pari al 70% delle tariffe)¹⁰⁷ e il forfait termale (corrispondente al 65%, calcolato sulla base di una tariffa forfetaria convenzionale, variabile a seconda dell'orientamento terapeutico della cura richiesta e del tipo di forfait).¹⁰⁸ In presenza di particolari condizioni economiche e sociali, il sistema sanitario può intervenire a riconoscere anche le spese di trasporto¹⁰⁹ e di albergo,¹¹⁰ rimborsabili, contro la presentazione dei giustificativi relativi, al rientro dalla cura. Al fine di consentire la presa in carico, è richiesta una prescrizione medica¹¹¹ e una specifica domanda di presa in carico deve essere indirizzata all'ente di assistenza cui il soggetto richiedente la cura appartiene.¹¹² Il medico che prescrive la cura è tenuto a compilare un formulario di presa in carico in cui deve essere precisata la terapia necessaria, nonché la stazione termale scelta.

¹⁰⁵ La durata delle cure è fissata in 18 giorni di trattamento: in linea di principio, nel corso dell'anno civile può essere autorizzato un unico ciclo di cure per la medesima patologia. La presa in carico, conseguentemente, riguarda una sola terapia da erogarsi in quella specifica stazione termale. Qualora la cura risulti essere effettuata in uno stabilimento termale diverso da quello indicato nel formulario, il curista non può richiedere il rimborso delle spese sostenute.

¹⁰⁶ Si ricorda che il sistema di sicurezza sociale è caratterizzato dalla presenza di numerose casse mutue (società di mutuo soccorso), con le quali molti cittadini stipulano contratti di assicurazione/mutua integrativa.

¹⁰⁷ Gli onorari medici comprendono: 1. un forfait di “sorveglianza medica”, rimborsato nella misura del 70% sulla base di una tariffa convenzionale fissata in € 64,03, maggiorata eventualmente di € 10 se il medico che prescrive la cura ha sottoscritto un contratto di sorveglianza termale; 2. eventualmente, pratiche mediche complementari, rimborsate nella misura del 70% sulla base di tariffe convenzionali, a condizione che risultino da un apposito elenco di spese rimborsabili ed effettuate nelle stazioni termali e per le patologie individuate nel medesimo elenco.

¹⁰⁸ Le prestazioni complementari e quelle relative al confort che vengono effettuate in aggiunta a quelle contemplate nel forfait termale in oggetto non sono coperte dalla Cassa Malattia: in questi casi, lo stabilimento termale è tenuto ad informare preventivamente il curista.

¹⁰⁹ Le spese di trasporto sono rimborsate nella misura del 65%, sulla base delle tariffe delle Ferrovie Francesi applicate ad un biglietto di andata e ritorno di seconda classe per quanto riguarda il trasporto ferroviario ovvero in ragione di una tariffa chilometrica calcolata sulla base della cilindrata per il viaggio in auto, il quale comunque dovrà dimostrarsi più economico della viaggio in treno.

¹¹⁰ Si tratta di spese rimborsate nella misura del 65%, sulla base di una tariffa forfetaria fissata in € 150,01.

¹¹¹ La cura termale può essere anche prescritta da parte di un dentista, qualora la terapia sia richiesta in seguito ad una malattia riguardante le mucose che si formano sulla lingua.

¹¹² Particolari modalità di presa in carico sono disciplinate con riguardo alle cure termali richieste per una patologia invalidante di lunga durata, per una invalidità a seguito di un incidente di lavoro ovvero a causa di una malattia professionale, per le cure termali che prevedono ricovero ospedaliero, e per le cure termali rivolte ai bambini che hanno luogo in specifici istituti di assistenza all'infanzia. In ordine alle cure termali che richiedono ricovero ospedaliero, la presa in carico è subordinata alla prescrizione richiesta dal servizio medico della Cassa Malattia di appartenenza del curista. Le spese di ricovero sono rimborsate all'80%.

La stazione termale che si propone quale destinazione per le cure prescritte deve risultare iscritta in un apposito albo di soggetti professionali, da cui si possa inferire la specialità rispetto alla terapia effettuata e lo stabilimento termale deve risultare autorizzato ad erogare le prestazioni sanitarie a quanti sono coperti da assicurazione sociale.

Da ultimo, si segnala che il sistema francese di sicurezza sociale interviene a coprire le spese di trasporto per le persone che accompagnano il curista. Detto intervento si registra al ricorrere delle seguenti condizioni: la persona accompagnata deve essere impossibilitata a beneficiare del ciclo di cure da sola, in ragione dell'età ovvero della condizione di salute; la persona accompagnata deve poter risultare beneficiaria della copertura delle spese di trasporto, così come sopra descritto.¹¹³

Per quanto attiene alla possibilità di recarsi all'estero per ottenere cure termali, il sistema di protezione sociale francese si ispira alle decisioni della Corte Europea di Giustizia, da cui consegue che se trattasi di prestazioni che non richiedono ricovero ospedaliero non sono richiesti adempimenti supplementari rispetto a quelli richiesti per accedere alle cure in Francia.

5.3. Il sistema sanitario in Belgio

Il sistema sanitario di assicurazione obbligatoria belga non prevede l'erogazione di servizi sanitari: esso interviene a riconoscere un contributo finanziario ai costi sostenuti per l'acquisto dei servizi medesimi. I costi rimborsabili, sia totalmente ovvero parzialmente, sono indicati in un nomenclatore che individua il costo delle singole prestazioni/servizi sanitari, le modalità di copertura dei costi relativi, i criteri secondo cui gli erogatori si accreditano per l'erogazione dei servizi, ecc.¹¹⁴

Il sistema sanitario belga prevede la copertura dei costi per interventi a carattere preventivo e curativo, ma non interviene a riconoscere le cure termali: ciò significa che l'assicurazione sanitaria obbligatoria non rimborsa le eventuali spese sostenute per un trattamento di cura termale. Ne consegue che il paziente paga l'intero costo della prestazione in parola, sia che essa sia erogata in Belgio sia che il paziente si rechi all'estero. Poiché le cure termali non sono riconosciute quali prestazioni sanitarie rientranti tra quelle garantite

¹¹³ Le spese di albergo dell'accompagnatore del curista non sono rimborsabili da parte della Cassa Malattia.

¹¹⁴ Un elenco dettagliato delle prestazioni sanitarie, delle tariffe praticate e dei rimborsi ammessi è consultabile all'indirizzo internet www.riziv.fgov.be/care/fr/nomenclature/index.htm.

dal servizio sanitario nazionale, non si dà luogo all'autorizzazione preventiva regolata dall'articolo 22, 1 c. i del Regolamento (CE) 1408/71.

5.4. Il sistema sanitario in Germania

In Germania, come è noto, il sistema sanitario tedesco si articola in casse malattie pubbliche obbligatorie e fondi sanitari privati.

Il sistema sanitario interviene a riconoscere le spese sanitarie sostenute per le cure termali. Gli stabilimenti termali debbono essere accreditati presso le maggiori casse sanitarie del Paese per l'erogazione dei trattamenti.

Di norma, solitamente in passato, le casse mutue sanitarie coprivano un ciclo di cure termali della durata di tre settimane presso una casa di cura (ospedale) ovvero presso un hotel termale (denominata "open bath cure"), la cui tariffa non era tuttavia definita dall'hotel quanto piuttosto dalla cassa mutua di riferimento. Quest'ultima modalità di cura termale non esiste quasi più; contestualmente, sono diminuite drasticamente le prescrizioni mediche per accedere alle cure presso le case di cura di cui sopra. Parimenti, anche la richiesta di terapie riabilitative da effettuarsi presso stabilimenti termali pubblici è diminuita. La domanda di cure riabilitative si registra ormai unicamente presso le cliniche.

Ne consegue che molti stabilimenti termali tedeschi sono costretti a trasformarsi in centri di *wellness* da finanziarsi con risorse private.

Ai pazienti è richiesto il pagamento di una ridotta quota di compartecipazione alla spesa, che si attesta intorno a 10 euro circa per prescrizione medica e il pagamento del 10% dei costi della prestazione (cfr. *Tabella "Le cure mediche in Germania"*)

5.5. Il sistema sanitario in Spagna

Negli anni Ottanta, il governo spagnolo decise di implementare un programma denominato "Programma di vacanze per gli anziani" con l'intenzione di migliorare la qualità della vita e contribuire al benessere di questo particolare target della popolazione iberica, attraverso la conoscenza di nuove località. Un ulteriore obiettivo perseguito dal governo con questo specifico programma era quello di mantenere e rafforzare l'occupazione nel settore del turismo, uno dei più dinamici del Paese, così da affrontare i problemi legati alla stagionalizzazione che si ripercuotevano in larga parte nel settore alberghiero e della ristorazione. Da allora, il programma in parola è stato potenziato senza soluzione di

continuità e allo stesso è stato affiancato un altro programma il cui obiettivo è quello di sviluppare il cosiddetto “turismo naturale”, che consiste nella visita a parchi e luoghi naturali.

Contestualmente, nell'anno 1990, la Direzione Generale del Ministero dell'Immigrazione e dei Servizi Sociali (IMERSO) “lanciava” il programma del termalismo sociale per la terza età. In base a tale programma, furono ricavati 13.000 posti, a mezzo di specifiche convenzioni con alcuni stabilimenti balneari, capaci di ospitare gruppi di anziani. Ciò è avvenuto, nella maggior parte dei casi, riattivando e allungando il periodo di funzionamento degli stabilimenti balneari e, solo in minima parte, procedendo alla costruzione di nuovi stabilimenti.

Attualmente, si contano 66 centri termali aderenti al programma di “termalismo social”: l'amministrazione pubblica interviene a finanziare una quota dal 50% al 60% della spesa, mentre la restante parte rimane a carico agli utenti.¹¹⁵ La permanenza presso i centri termali è fissata in 15 giorni, in regime di pensione completa, che include il trattamento termale che è stato preventivamente concordato. La maggior parte degli stabilimenti termali dispensano trattamenti volti a curare patologie di carattere respiratorio, dermatologico, dell'apparato digerente e reumatico. Il trattamento termale di base si fonda sul riconoscimento medico della patologia da curare all'ingresso del centro, la previsione di un trattamento facoltativo e la redazione di un referto finale circa i progressi ottenuti. Per tutto questo viene stipulata una polizza assicurativa turistica.

Per quanto attiene ai requisiti dei beneficiari del programma in argomento, deve trattarsi di pensionati di pubbliche amministrazioni, di età superiore ai 60 anni e di cittadini spagnoli che risiedono all'estero e che percepiscono una pensione pubblica. Sono altresì previsti ulteriori requisiti che devono essere dedotti nel certificato medico ufficiale iniziale che indica anche la destinazione della cura.

In termini complessivi, si può affermare che il turismo termale non costituisce una risorsa primaria del turismo spagnolo, nell'ambito del quale stanno emergendo altre forme, quali il turismo culturale, quello attivo e l'ecoturismo.

¹¹⁵ In argomento, si veda G. LOPEZ-CASANOVAS – I. PLANAS-MIRET, *Co-payments in European Health Care Systems: the Spanish Approach*, relazione preparata per la Round Table su “Utilisation fees imposed to Public Health Care Systems Users in Europe”, workshop organizzato dalla Commission on the Future of Health Care in Canada, 29 novembre 2001, Ambasciata del Canada a Parigi.

5.6. Il sistema sanitario in Ungheria

In conformità ad una legge specifica e a successivi decreti governativi, emanati in ossequio ai Regolamenti CE 1408/1971 e 574/1972, a partire dal 1 ottobre 2003, il Servizio Sociale Nazionale interviene a pagare fino alla misura del 85% delle spese sostenute dai cittadini ungheresi per cure termali nelle 116 terme dello stato a fronte di una prescrizione medica. La percentuale di cui sopra è aumentata al 100% per i ragazzi di età inferiore ai 18 anni che formano gruppi di piscina terapeutica. Il sistema di sicurezza sociale copre circa 10 trattamenti, finalizzati alla riabilitazione riguardante determinate patologie e, comunque, sempre a fronte di una prescrizione di un medico specialista.¹¹⁶

Gli stabilimenti termali dovrebbero essere in grado di garantire l'esenzione del pagamento relativo all'entrata, al guardaroba, al materiale per i bagni durante la permanenza alle terme.

Nonostante si registri una differenziazione nelle tariffe praticate, l'obiettivo dell'intervento statale è quello di garantire un uniforme livello di trattamento per tutti i cittadini assicurati.

Fino ad epoca recente, il Sistema Sanitario nazionale aveva garantito la copertura fino ad un massimo del 70% delle spese sanitarie sostenute e prescritte dal medico di medicina generale. Nel corso del 2001, in totale sono stati erogati 8.800.221 trattamenti terapeutici, coperti dal servizio sanitario nazionale per un totale di 15.6 milioni di euro. Nel 2002, le persone che hanno beneficiato dei servizi terapeutici offerti dai bagni termali sono state 9.272.440, per un totale di interventi da parte del servizio sociale pari a 16.5 milioni di euro.

Si ricorda che l'Ungheria è uno tra gli stati europei che riconosce ufficialmente il sistema di cure termali, in forza dei benefici arrecati alla salute derivanti dalle acque minerali medicinali, nel periodo fra le due guerre mondiali. L'utilizzo dei servizi terapeutici abbracciava le persone svantaggiate e quelle vicino alla soglia della povertà, nonché quelle economicamente più agiate le quali dovevano provvedere al pagamento del servizio. A queste categorie si aggiungano quelle che presentano una prescrizione medica: in conformità alle leggi dello stato, dopo un anno di iscrizione al Servizio Sociale nazionale, accompagnando la ricetta medica, si possono già utilizzare i servizi. Nel periodo 1970-1985, cominciò a farsi strada il trattamento terapeutico presso le terme per un giorno senza la

¹¹⁶ Per dettagli sull'offerta termale e le caratteristiche geologiche delle terme in Ungheria, si veda il sito <http://www.spa-therapy.com/news.asp>.

presentazione di ricetta medica. A partire dal 1986, si è tornati al sistema precedente e le cure termali vengono integrate completamente nel Sistema di Protezione Sociale nazionale.

Dopo il 1 ottobre 2003, il paziente che necessita di cure termali, come sopra ricordato, a fronte di una prescrizione medica, paga un ticket pari al 15% delle spese totali, di cui l'85% è garantito dal Servizio di Protezione sociale.

Per quanto concerne la possibilità di curarsi presso uno stabilimento termale all'estero, teoricamente, in virtù del principio della libera circolazione dei cittadini all'interno dell'Unione Europea, se un cittadino ungherese desiderasse farlo non incontrerebbe limitazioni, salvo la possibilità di ottenere la cura richiesta in Ungheria, circostanza molto verosimile attesa la distribuzione e lo sviluppo del sistema termale in quel paese.

5.7. Il sistema sanitario inglese

Il sistema sanitario inglese (NHS) non prevede una specifica copertura delle prestazioni termali, che rimangono nella libera determinazione delle autorità sanitarie locali. L'orientamento del sistema inglese è quello di favorire trattamenti alternativi ritenuti equivalenti alle cure termali.¹¹⁷ Ne consegue che le istituzioni sanitarie inglesi non intervengono a rimborsare eventuali spese per cure termali sostenute all'estero¹¹⁸ da parte degli assistiti dal NHS.¹¹⁹

5.8. Il sistema sanitario in Polonia

La procedura di presentazione ed analisi delle domande di cure diagnostiche all'estero, con specifica del relativo modello di domanda è disciplinata in Polonia dalla

¹¹⁷ Nel 2001, la Gran Bretagna contava 2.631 *fitness clubs* e strutture sanitarie private dedicate al fitness. La domanda di questi servizi è cresciuta in modo vigoroso (25% all'anno) a partire dalla metà degli anni Novanta. La membership media si aggira intorno a 2.252 persone ed anche la spesa media pro capite a favore di questi servizi è aumentata nel periodo di riferimento sopra richiamato. Il 50% dei centri fitness sono parte integrante di centri e hotel di divertimento e relax. Cfr. BMWA, Bundesministerium fuer Wirtschaft und Arbeit, Austria, *Health Tourism & Overseas Treatment in England. Analysis of Trends and Systems*, agosto 2002, disponibile al seguente indirizzo internet: www.bmwa.gv.at.

¹¹⁸ All'inizio del 2002, il NHS ha lanciato un programma pilota "trattamento all'estero" allo scopo di testare le potenzialità implicate nell'acquisto di prestazioni sanitarie, in specie chirurgiche fuori dai confini nazionali per valutarne l'impatto sulle liste d'attesa. Alla fine del progetto pilota, le autorità britanniche hanno convenuto quanto segue: a) di svolgere delle valutazioni preventive; b) di definire un documento di richiesta e un invito ad offrire; c) di definire negoziazioni contrattuali; d) di assegnare i contratti e implementarli.

¹¹⁹ Informazioni gentilmente comunicate da Anya Tahir, della Divisione internazionale del Ministero della Salute inglese, a seguito dell'invio del questionario.

Direttiva del Ministro della Salute¹²⁰ del 1 maggio 2004. Questa, ai sensi dell'art. 48, comma 3, l. 23 gennaio 2003, in materia di assicurazione comune nel Fondo Nazionale della Salute (G.U. num. 45, voce 391 e successive modificazioni) dispone quanto segue:

1. la procedura di presentazione ed analisi delle domande da inoltrare da parte dell'assicurato al Presidente del Fondo Nazionale della Salute per ottenere l'autorizzazione ad effettuare cure o esami diagnostici in un altro stato membro della Comunità Europea, si svolge nell'ambito normativo previsto dall'art. 22, comma 2, della direttiva 1408/71/CE del 14 giugno 1971 in materia di applicazione dei sistemi di assicurazione sociale dei lavoratori giornalieri e loro famiglie in trasferta all'interno della Comunità;
2. per il rilascio dell'autorizzazione al trasferimento per cure e diagnostiche da parte del Presidente del Fondo è richiesta un'apposita domanda redatta da un medico operante all'interno del sistema di assicurazione sanitaria (medico pubblico), specialista in uno specifico settore della medicina e in possesso di laurea;
3. il medico descrive nella prescrizione della cura o terapia lo stato di salute del paziente al momento della richiesta e il probabile futuro decorso della malattia confermando la necessità a provvedere immediatamente alle cure o diagnostiche di cui alla domanda;
4. il medico indica nella sua richiesta una struttura medica estera, ubicata in uno dei Paesi Membri della CE o EEA/EFTA, dove propone di inviare l'assicurato per effettuare cure o diagnostiche facendo sottoscrivere all'assicurato o al suo legale rappresentante una dichiarazione di accettazione delle cure da effettuarsi nella struttura estera indicata;
5. l'assicurato, il suo legale rappresentante o una persona autorizzata per iscritto dall'assicurato, consegna al medico la parte II della domanda, tradotta in inglese in forma asseverata da un traduttore giurato;
6. entro e non oltre 2 giorni lavorativi dalla data di ricevimento della traduzione della domanda, il medico consegna la stessa, la traduzione della parte II della domanda, nonché la dichiarazione di accettazione delle cure da parte dell'assicurato o del suo legale rappresentante ai seguenti soggetti:

¹²⁰ Il Ministro della Salute è a capo della struttura amministrativa statale alla sanità ai sensi del § 1 comma 2 della disposizione del Presidente del Consiglio del 28 giugno 2002, in materia di mansioni e ambito operativo del Ministro della Salute (G.U. num. 93, voce 833 e G.U. del 2003 num. 199, voce 1941)

- all'Agenzia del Fondo Nazionale della Salute competente per residenza dell'assicurato ("agenzia territoriale del Fondo"), nel caso in cui le cure e sono normalmente fruibili sul territorio della Repubblica di Polonia, ma nel caso specifico non possono essere effettuate tempestivamente entro il termine necessario sul territorio della Repubblica di Polonia;
 - ad un consulente nazionale incaricato per un dato ramo di medicina, allo scopo di ottenere il suo benestare (autorizzazione), nel caso in cui le cure non siano realizzabili sul territorio del paese.
7. il consulente nazionale analizza la domanda, tenendo particolarmente conto della provata efficacia delle cure proposte, nonché dell'impossibilità di eseguire le stesse cure sul territorio nazionale. Nell'analizzare la domanda, il consulente nazionale conferma la scelta della struttura sanitaria indicata dal medico richiedente ovvero indica un'altra struttura ubicata sul territorio comunitario o in un paese della EEA/EFTA, dandone spiegazione dei motivi e, nel caso di necessità, indicando il mezzo di trasporto adeguato allo stato dell'assicurato;
 8. una volta esaminata la domanda e munita di suo parere e di traduzione della parte II della domanda, il consulente nazionale la inoltra alla competente agenzia territoriale del Fondo, entro 14 giorni dalla data di ricevimento della stessa;
 9. l'agenzia territoriale del Fondo provvede ad un'immediata verifica della domanda e in caso di constatazione di vizi formali, rimanda la domanda con la traduzione della parte II della domanda al medico, affinché siano sanate. Nel caso in cui le mancanze formali riguardino esclusivamente la parte III della domanda, l'agenzia territoriale del Fondo rimanda la domanda al consulente nazionale per eliminare le mancanze;
 10. l'agenzia territoriale del Fondo, sentito il parere del consulente nazionale, può selezionare un'altra struttura sanitaria, più adeguata, secondo le conoscenze possedute, la quale possa effettuare in modo più appropriato le cure prescritte;
 11. il consulente nazionale trasmette all'agenzia territoriale del Fondo il parere di cui sopra entro 7 gg. dal ricevimento della richiesta di esprimere la sua opinione pervenutagli dall'agenzia territoriale del Fondo;
 12. l'agenzia territoriale del Fondo invia al centro medico prescelto, la traduzione della parte II della domanda e stabilisce con la struttura il costo delle cure prescritte;

13. una volta concordati i costi delle cure, l'agenzia territoriale del Fondo trasmette immediatamente al Presidente del Fondo la domanda completa, con la traduzione della parte II della domanda;
14. il presidente del Fondo, entro 14 gg. dalla data di ricevimento dei documenti richiesti, concede ovvero non concede all'assicurato l'autorizzazione ad effettuare le cure in un altro paese della CE o della EEA/EFTA, precisando i motivi della sua decisione per iscritto nella parte VI della domanda;
15. concessa o meno l'autorizzazione, il Presidente del Fondo, rinvia immediatamente i documenti all'agenzia territoriale del Fondo;
16. nel caso in cui il Presidente del Fondo accolga la domanda e conceda l'autorizzazione, l'agenzia territoriale del Fondo:
 - compila in due copie un certificato attestante il mantenimento dei diritti dell'assicurato attualmente spettanti a titolo di assicurazione sanitaria e per maternità, ("certificato E 112 PL");
 - comunica immediatamente il rilascio dell'autorizzazione da parte del Presidente del Fondo alle persone interessate (assicurato, suo legale rappresentante o persona autorizzata) e al medico che ha redatto il referto.

5.9. Il sistema sanitario in Slovacchia

Le cure termali rientrano nel regime delle prestazioni previste dal sistema sanitario nazionale. I trattamenti riabilitativi conseguenti ad operazioni, a lesioni ovvero ad attacchi cardiaci sono pienamente coperti dalle assicurazioni sanitarie. Nei casi di disturbi cronici o cure preventive la prestazione termale è sostenuta parzialmente dal sistema sanitario: quest'ultimo interviene a riconoscere le spese relative al ciclo di cura e alle visite mediche richieste, mentre i pazienti contribuiscono alle spese di vitto e alloggio.

La maggior parte degli slovacchi utilizza cure termali erogate presso stabilimenti nazionali e soltanto pochi si recano presso la Repubblica Ceca. Tuttavia, il sistema sanitario interviene a pagare le spese sostenute all'estero, utilizzando i formulari relativi, nella stessa misura riconosciuta per le cure fruitive in Slovacchia.¹²¹

¹²¹ Le informazioni sono state cortesemente fornite dalla dott.ssa Janka Zalesakova, Presidente dell'ESPA (European Spa Association).

6. Considerazioni conclusive

Alla luce di quanto descritto ed analizzato nei paragrafi che precedono, riteniamo utile a questo punto esporre alcune considerazioni di sintesi:

1. Nonostante la competenza legislativa ed organizzativa riconosciuta ai singoli Stati Membri in materia di sanità e di turismo, dal Rapporto emerge con evidenza la progressiva “espansione” dell'intervento comunitario in questi settori. L'azione delle istituzioni europee tende a rafforzare, anche nell'ambito delle politiche della salute, nello spirito comunitario, la dimensione cooperativa e transfrontaliera attraverso un'opera di coordinamento delle diverse legislazioni nazionali.
2. La dimensione comunitaria dell'assistenza sanitaria è stata altresì più volte riaffermata dalla Corte Europea di Giustizia, la quale ha ribadito la necessità di garantire, da un lato, il libero accesso alle cure e prestazioni sanitarie e, dall'altro, la sostenibilità finanziaria della copertura da parte dei singoli servizi sanitari nazionali. Per vero, dalle sentenze esaminate nel Rapporto sembra potersi desumere un orientamento verso il riconoscimento della componente sociale delle cure sanitarie, piuttosto che dei loro aspetti finanziari.
3. E' necessario constatare che ci si trova di fronte a “cambiamenti strategici”, così come recentemente è stato ribadito nel Rapporto congiunto dei Ministeri del Welfare e della Salute italiani inviato al Comitato per la protezione sociale (SPC) di Bruxelles. Non pare dubitarsi, sia a livello nazionale che a livello comunitario, che i servizi sanitari, in specie, per quanto attiene l'aspetto finanziario, debbano rimanere pubblici. Ciò su cui deve continuare la riflessione approfondita ed elaborata è il fatto che quel che c'è oggi non sembra essere adeguato per il futuro. Se, infatti, da un lato, come ricordato, i finanziatori del sistema (stato, regioni) devono rimanere pubblici, dall'altro, alla luce dei fenomeni tratteggiati nel presente Rapporto di ricerca, risulta vieppiù strategico muoversi nella direzione di valorizzare i soggetti privati accreditati, progettando anche, laddove il contesto socio-sanitario e territoriale lo richiedesse, nuove forme istituzionali e giuridico-organizzative capaci di esprimere al meglio le sinergie e le diverse partnership tra pubblico e privato. Se questa può essere la direzione auspicata per il prossimo futuro per l'intero comparto sanitario è altrettanto essenziale registrare un altro dato. Accanto a quello “pubblico” servono invero altri canali

di finanziamento, quali, per esempio, fondi assicurativi integrativi, secondo il modello delle assicurazioni per malattia. E ci sembra che questo ragionamento valga viepiù per il comparto termale.

4. Tuttavia, ricondurre i possibili scenari di sviluppo del termalismo europeo alla sola dimensione sanitaria non risulterebbe coerente con un'impostazione di rilancio complessivo e generale delle numerose potenzialità, talvolta ancora inesprese, del settore termale. Infatti, l'altro binomio da potenziare, e forse anche da ri-progettare in alcune linee direttrici, è quello riguardante "termalismo-turismo" e, in specie, turismo sostenibile. Vogliamo da subito attribuire a questo aggettivo una portata ampia, per non relegare la locuzione come purtroppo sovente accade ad una interpretazione esclusivamente ambientalista. Sembra opportuno in questa sede richiamare una concezione di sviluppo turistico che abbia quale dimensione portante la valorizzazione piena ed integrata del territorio, delle sue bellezze naturali e delle strutture / organizzazioni capaci di garantire una siffatta promozione.¹²² Attesa questa precisazione lessicale, appare dunque di facile comprensione la naturale collocazione e funzionalità del termalismo, in specie terapeutico, in un contesto di sviluppo turistico, in particolar modo a livello territoriale.¹²³
5. In un mondo globalizzato, in cui le distanze si calcolano in tempo e cresce la propensione a viaggiare, puntare sul turismo sostenibile, in quanto fonte di crescita economica è una conferma di una visione a lungo termine che l'Unione Europea dovrebbe sostenere. Gli interventi strutturali previsti e realizzati per il

¹²² "Il termine "sviluppo sostenibile" ha raggiunto la sua maturità al vertice di Rio del 1992, e da allora è stato accettato da tutta la comunità internazionale pur se nella sua formulazione concettuale permane una certa ambiguità, che permette di applicarlo con diverse sfumature. La definizione classica è quella contenuta nel rapporto Brundtland: "Lo sviluppo sostenibile è permette di soddisfare le esigenze delle attuali generazioni senza compromettere la capacità delle generazioni future di soddisfare le proprie esigenze. Parlare di sostenibilità non significa parlare di facili soluzioni, bensì di conflitti tra i diversi obiettivi che la società si pone, conflitti tra economia ed ecologia, conflitti tra presente e futuro, conflitti tra locale e globale. Per tale motivo, parlare di sostenibilità non implica solo soluzioni tecniche ma anche valori, priorità, impostazione dei problemi, un nuovo modo di concepire politiche pubbliche e private, in definitiva un nuovo modello in grado di permeare di rispetto e di equilibrio fra le diverse esigenze tutta l'azione umana". Cfr. COMITATO ECONOMICO E SOCIALE EUROPEO, I quaderni del CESE, *Un turismo accessibile a tutti e socialmente sostenibile*, Bruxelles, 29 ottobre 2003, p. 11.

¹²³ "Le amministrazioni, specie quelle più vicine ai cittadini (regionali e locali) hanno un ruolo particolare da svolgere. Esse sono infatti responsabili dell'assetto territoriale delle destinazioni turistiche attraverso la pianificazione urbanistica dei suoli, possono esercitare una influenza sui gruppi sociali e sulla popolazione locale e orientano l'attività economica, in questo caso quella turistica. Il loro ruolo nei confronti del turismo sostenibile è importantissimo e normalmente hanno responsabilità dirette o indirette relativamente al processo turistico". *Ibid.*, p. 27.

turismo, nel contesto dei programmi comunitari attuali, devono pertanto essere definiti in modo coordinato tra i diversi fondi, onde conseguire una maggiore coerenza negli interventi in termini di turismo sostenibile.

La realtà del turismo è di fronte a sfide impegnative, che impongono di proiettarsi oltre la complessità del settore e di ripensare l'approccio europeo. L'Unione europea potrà contribuire allo sviluppo del settore tramite nuovi partenariati tali da considerare tutti i protagonisti, istituzionali e privati, e comprendere un coordinamento che si avvalga dei nuovi strumenti offerti dal trattato costituzionale ai fini della promozione dell'Europa in quanto destinazione turistica.

E', inoltre, fondamentale continuare l'azione di mobilitazione degli operatori, nonché mantenere l'informazione sempre aggiornata sugli effetti dell'azione politica nel settore del turismo. Detta azione è finalizzata a "far contaminare" tutti i settori dell'azione comunitaria (sanità, sicurezza sociale, regime fiscale, trasporti, ambiente, politica regionale) con quello del turismo e anticipare gli sviluppi di un settore in fluttuazione permanente in ragione dell'evoluzione della domanda. L'azione comunitaria deve contribuire alla competitività del settore, non tuttavia attraverso l'eccessiva regolamentazione, bensì attraverso un'azione costante di coordinamento dei programmi e degli interventi, nonché attraverso lo studio e il monitoraggio dei risultati conseguiti per analizzare le ricadute sul comparto del turismo.

Alla luce delle suesposte riflessioni sembra pertanto possibile affermare un nuovo approccio a livello europeo sia per il settore turistico che per quello del termalismo. Senza pretesa di esaustività, si potrebbero progettare le seguenti azioni:

- potenziamento della sostenibilità: che si consegue promuovendo la preservazione dei fattori di attrazione (sia preservando il patrimonio o l'ambiente, sia promuovendo le conoscenze delle tradizioni, per esempio), nonché promuovendo lo sviluppo di altri fattori verso una maggiore competitività: tra essi, soprattutto, la qualità. Per favorire un turismo di qualità, in futuro, sarà indispensabile integrare nei piani di sviluppo le considerazioni ambientali e gli imperativi della preservazione del patrimonio naturale e culturale. I dati sul turismo registrano una crescita della domanda a lungo termine,

ai quali vanno aggiunti i cambiamenti strutturali della domanda derivanti dalle alterazioni della struttura demografica, dalla riorganizzazione delle ferie, dato che come effetto dei nuovi modelli di lavoro i turisti preferiscono periodi più brevi distribuiti nell'intero anno.

- Vista la nuova realtà del trattato costituzionale, che ora consente azioni di sostegno, coordinamento e integrazione nel settore del turismo, fatta salva l'applicazione del principio di sussidiarietà, l'Unione Europea deve valorizzare la sua enorme esperienza e avviare iniziative coerenti a due criteri fondamentali: efficacia nel raggiungimento degli obiettivi e flessibilità nella relativa esecuzione, nonché capacità di rispondere a differenti contesti economici, tra cui segnatamente il carattere stagionale;
- Occorrerà considerare e valorizzare le capacità di accoglienza a livello locale e la relativa incidenza ambientale, sociale ed economica. In detto contesto, i tre grandi assi per uno sviluppo equilibrato e sostenibile del turismo sono la modernizzazione delle infrastrutture e l'incremento della loro efficienza, il miglioramento della formazione professionale, per dare risposte più adeguate alle necessità del settore e alle richieste della domanda, nonché i partenariati pubblico - privato, assieme con la cooperazione in reti per una migliore integrazione dei servizi che concorrono alla catena dei servizi turistici;
- In modo specifico, per quanto riguarda il settore termale, che ormai pacificamente può essere considerato un fenomeno transnazionale, riteniamo che l'agenda di un lavoro comune potrebbe essere definita come segue:
 1. rafforzare e strutturare la rete fra le strutture e/o le organizzazioni impegnate nelle attività di termalismo terapeutico in Europa;
 2. promuovere e sostenere una maggiore integrazione del settore delle terme con i settori sociale, del turismo e della sanità;
 3. lavorare nella direzione di un prossimo riconoscimento sia da parte delle istituzioni europee sia dei singoli Stati Membri del sistema termale, attraverso l'adozione di documenti condivisi a livello UE;
 4. potenziare la riflessione in tema di accreditamento e di inserimento delle prestazioni termali nel "pacchetto" di prestazioni garantito in termini universalistici dai diversi servizi sanitari nazionali;
 5. riconoscere e favorire lo studio e lo sviluppo di forme giuridiche ed istituzionali innovative di partnership pubblico – privato per l'organizzazione

e la gestione degli stabilimenti termali, attraverso il coinvolgimento sia delle imprese che delle organizzazioni non profit;

6. valutare la fattibilità di lanciare un progetto di ricerca a livello UE che favorisca la comunicazione istituzionale e il rafforzamento del settore termale;
7. progettare sinergie virtuose con gli operatori turistici al fine di inserire le prestazioni termali nei pacchetti da loro organizzati, incentivando, in questo modo, la promozione del termalismo quale componente dell'offerta turistica complessiva.

APPENDICE 1

DATI SULLA MOBILITA' DEI PAZIENTI

Tabella 2: Numero di pazienti di altra nazionalità curati nello Stato Membro

Tabella 3: Numero di persone che hanno fatto richiesta di autorizzazione per cure all'estero

Tabella 4: a) % di autorizzazioni concesse
 b) Numero di persone che hanno fatto richiesta di rimborso delle spese sostenute all'estero senza previa autorizzazione

Legenda:

Paesi che hanno inviato dati e informazioni: Belgio, Danimarca, Spagna, Francia, Italia, Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Austria, Portogallo, Finlandia, Svezia e Gran Bretagna

Fonte: *Commission Staff Working Paper. Report on the application of internal market rules to health services. Implementation by the Member States of the Court's Jurisprudence*, Brussels, 28.7.2003

Tabella 2: Numero di pazienti di altra nazionalità curati nello Stato Membro

BELGIO

(anno: 2000) Le autorità competenti hanno inviato dati di carattere finanziario.

Spesa per lavoratori dipendenti assicurati all'estero: € 165,672,436, cifra in aumento del 6% annuo. Spesa per lavoratori autonomi assicurati all'estero: € 3,118,435, con un incremento del 7,94% rispetto al 1999, ma fino ad allora in crescita costante

Totale delle richieste di rimborso da parte delle autorità sanitarie belghe avanzate ad altri Stati Membri in relazione a persone curate in Belgio ai sensi del Modello E-112: €25,907,697.17, corrispondenti a 14.061 persone, di cui: Olanda: € 453,320,575, corrispondenti a 6.262 persone; Lussemburgo: € 242,124,142, corrispondenti a 3.551 persone; Italia: € 210,655,435, corrispondenti a 2.832 persone

DANIMARCA

(anno: 2001) 2.401 persone, di cui 1.130 provenienti dalla Germania

SPAGNA

(anno: 2001) Modello E-112: € 457,821.9, corrispondenti a 3.156 persone

Modello E-111: € 20,102,004, corrispondenti a 133.958 persone

Totale: € 20,559,825, corrispondenti a 137.114 persone

FRANCIA

(anni: 2001, 2002) Nel 2001: 435.856 persone Nel 2002, richieste di rimborso pari a € 297.2 milioni

ITALIA

(anno: 1999) 1.022 persone

IRLANDA

Un solo paziente da un altro Stato Membro ha fruito dei servizi sanitari negli ultimi anni

LUSSEMBURGO

(anno: 2001) Modello E-111: 4.101 persone Modello E-112: 250 persone

OLANDA

(anno: 2000) 3.316 persone

AUSTRIA

(anno: 2000) € 5,160,000, corrispondenti a 1.000 persone

PORTOGALLO

Non ha fornito informazioni a livello centrale, in quanto i dati in oggetto sono disponibili a livello locale

FINLANDIA

(anni: 2000, 2001) Modello E-112: 9 casi per i quali alla Finlandia sono stati rimborsati circa € 17,400
Modello E-111: ne sono stati rilasciati 11.483

In totale, la Finlandia ha emesso fatture agli altri Stati Membri per un importo pari a € 877,000 nel 2000 e a € 951,000 nel 2001.

SVEZIA

(anno 2000) € 3,666,411 ca. per rimborsi ottenuti per cure erogate a beneficio di cittadini di altri Stati Membri

€ 5,838,000 pagati per cure erogate a beneficio di cittadini di altri paesi nordici. I paesi in oggetto non rimborsano questi importi.

REGNO UNITO

(anni: 2001, 2002) Nel 2001, sono stati sottoposti a trattamenti medici 871 pazienti ai sensi del Modello E-112, per un totale di € 8,720,428, di cui 641 provenienti dall'Irlanda e 121 dall'Italia. Nel 2002, i pazienti sono stati 776, per un totale di € 1,897,791, di cui 659 dall'Irlanda e 60 dall'Italia

Tabella 3: Numero di persone che hanno fatto richiesta di autorizzazione preventiva per curarsi all'estero

BELGIO

(anno 2000) Totale della spesa per lavoratori dipendenti assicurati in Belgio: € 104,449,312,

(- 12,50% rispetto al 1999)

Totale della spesa per lavoratori autonomi assicurati in Belgio; € 2,804,890

(- 23,49% rispetto al 1999)

DANIMARCA

Nel 2000, 70 pazienti hanno ottenuto cure all'estero. Nel 2001, il numero era di 75.

SPAGNA

Nel 2001, si sono rilasciati 651 Modelli E-112 e 57.468 Modelli E-111.

FRANCIA

Nel periodo 1996-1999, 1.240 persone hanno fatto richiesta di autorizzazione per essere curate all'estero. Sono state concesse 749 (64%) autorizzazioni.

IRLANDA

Nel 2000 e 2001, hanno fatto richiesta di autorizzazione circa 650 persone per anno, di cui 600 circa riguardavano le forme richieste dal Regolamento CE 1408/71. Nel 2000 e nel 2001, l'Irlanda ha rimborsato circa € 7 milioni per cure sostenute da cittadini irlandesi in un altro paese europeo.

Nel 2002, l'Irlanda ha istituito il "National Treatment Purchase Fund" con lo scopo di ridurre le liste d'attesa coinvolgendo gli erogatori sanitari privati sia in Irlanda che all'estero. Questo fondo ha speso € 6.6 milioni nell'anno 2002 per un totale di 1.950 pazienti che sono stati curati in cliniche private in Irlanda e nel Regno Unito.

ITALIA

Nel 1999, hanno fatto richiesta di autorizzazione 21.300.

Il numero di casi contemplati dalle disposizioni del Regolamento CE 1408/71 è stato di 16.280 nel 1999, corrispondente a € 49,952,314. Il totale corrispondente alle autorizzazioni concesse al di fuori della disciplina del Regolamento è stato di € 19,980,840

LUSSEMBURGO

Nel 2001, hanno presentato richiesta di autorizzazione 11.751 persone, delle quali 4.272 per cure ospedaliere, 74 per cure termali. Sono state rifiutate 254 domande.

AUSTRIA

Il numero di Modelli E-112 è stato di 850 pari a 0,0154% del numero totale delle persone assistite in Austria per una somma di € 4,724,000. Il numero delle domande rigettate non è pervenuto.

PORTOGALLO

Nel corso del 2001, sono state avanzate 260 domande di autorizzazione, di cui 246 sono state rigettate.

FINLANDIA

Nel 2001, sono state concesse n. 9 autorizzazioni in conformità al Modello E-112, pari a € 17,900, mentre i Modelli E-111 sono stati 24.143. Nel 2002, sono state concesse n. 4 autorizzazioni Modello E-112. In totale, la Finlandia ha rimborsato ad altri Stati Membri un importo pari a € 1.7 milioni.

SVEZIA

Poche domande di autorizzazione sono state registrate dalle autorità sanitarie competenti. Nel 2002, sono state avanzate n. 6 richieste, tutte rigettate. La Svezia autorizza circa 400.000 Modelli E-111 all'anno.

REGNO UNITO

Nel 2000, hanno presentato richiesta di autorizzazione 1.100 persone in conformità al Modello E-112. Nel 2001, la cifra è stata di 1.134.

Tabella 4: a) % di autorizzazioni concesse; b) numero di persone che hanno fatto richiesta di rimborso senza aver ottenuto la preventiva autorizzazione

BELGIO

Spesa legata all'applicazione delle sentenze Kohll e Decker

1999: € 87,284; 2000: € 134,448; 2001: € 224,639

FRANCIA

Nel periodo 1996-1999 è stato concesso il 64% delle autorizzazioni

IRLANDA

a) E' stato concesso oltre il 90% delle autorizzazioni richieste

b) Tra il 2001 e il 2002, 14 persone hanno fatto richiesta di rimborso senza aver preventivamente presentato istanza di autorizzazione

ITALIA

a) Nel 1999, le autorizzazioni concesse sono state pari al 91,5%

b) Nel 1999, 4 sono state le richieste di rimborso

LUSSEMBURGO

Nel 2001: a) sono state rigettate 245 domande di autorizzazione. La ragione del rifiuto riguardava il fatto che le domande erano state presentate a posteriori. Tuttavia, quando si tratta di cure non ospedaliere le autorità sanitarie procedono al rimborso delle spese sostenute all'estero sulla base delle decisioni Kohll e Decker

b) Le persone coperte dal Modello E-112 sono state 11.751

Totali: € 133,768,556, dei quali E 112: € 24,513,299

AUSTRIA

Sono state rimborsate 58.000 persone senza previa autorizzazione per cure sanitarie all'estero (1,051% delle persone coperte dall'assicurazione sanitaria obbligatoria in Austria), per un importo pari a € 3,445,470. Si tratta di cure dentistiche ottenute in Ungheria.

PORTOGALLO

b) Nel 2001, una sola richiesta di rimborso

REGNO UNITO

a) Nel 2000, sono state rifiutate 193 richieste di autorizzazione per Modello E 112 e 253 nel 2001.

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO UTILIZZATO PER LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI

1. Il Sistema sanitario nazionale del Vostro Paese interviene a coprire le spese sanitarie sostenute per le cure termali?
2. Se sì, in quale misura? Le cure termali rientrano nelle provvidenze a carico dello Stato? In caso di risposta affermativa, quali spese sono coperte (alloggio, viaggio, ecc.)?
3. Ai pazienti è richiesto il pagamento di un ticket?
4. Si registra una differenza tra le cure termali sostenute all'interno del sistema e quelle richieste all'estero? Se sì, quali?
5. Esistono categorie di persone esentate dal pagamento ovvero cui il sistema si rivolge in via preferenziale?
6. Oltre allo Stato (Regioni), esistono altre organizzazioni (pubbliche o private) che intervengono a coprire i costi delle cure termali (quali ad esempio fondi sanitari, casse mutue, ecc.)?
7. Gli stabilimenti termali debbono risultare iscritti in appositi albi nazionali (regionali)? Se sì, quale è la procedura seguita?
8. Laddove possibile, fornire i riferimenti di legge, regolamenti, o altre provvidenze normative applicabili.

ALLEGATO 2

LE CURE MEDICHE IN GERMANIA