



ISSIRFA - ISTITUTO DI STUDI SUI SISTEMI REGIONALI  
FEDERALI E SULLE AUTONOMIE "MASSIMO SEVERO GIANNINI"  
CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE

44

## La cooperazione sanitaria transfrontaliera: sfide ed esperienze

a cura di Raffaella Coletti e Gabriella Saputelli



## CAPITOLO V

### UN POSSIBILE APPROCCIO ITALIANO ALLA MOBILITÀ SANITARIA INTERNAZIONALE

*Mariadonata Bellentani (\*)*, *Stefano Bergagna (\*\*)*, *Leopoldo Comisso (\*\*\*)*, *Giulio Zucca (\*\*\*\*)*

1. Auspici: verso un sistema sanitario europeo basato sull'universalità di cura. — 2. Disuguaglianze sanitarie negli Stati Membri e ricadute sulle cure transfrontaliere. — 3. Mobilità transfrontaliera e mobilità sanitaria. — 4. Mobilità transfrontaliera e Turismo sanitario. — 5. Un possibile approccio italiano al Turismo sanitario. — 5.1. Idee ed aspetti di lavoro sul Turismo Sanitario Medico. — 5.2. Idee ed aspetti di lavoro sulla Assistenza sanitaria a turisti: Turismo Sanitario Inclusivo. — 6. Sistema europeo di coordinamento in materia di sicurezza sociale. — 7. Sistema europeo di compensazione delle partite di credito-debito generate dalle cure in Paesi diversi da quello di affiliazione sanitaria. — 8. Regolamenti UE di Sicurezza Sociale e Direttiva UE 24/2011 sulla scelta di cura. — 9. Conclusioni.

#### 1. *Auspici: verso un sistema sanitario europeo basato sull'universalità di cura.*

Nel contesto precedente alla situazione che ha via via coinvolto il mondo intero a partire da febbraio 2020, la maggior parte delle previsioni sui trend di sviluppo della mobilità turistica e della mobilità sanitaria internazionale pronosticavano aumenti della do-

---

(\*) Direttrice Ufficio 2 — Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ministero della Salute.

(\*\*) Direttore Dipartimento Amministrativo di Presidio ASU FC — Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale.

(\*\*\*) Coordinatore WP8 di HoNCAB — Referente Mobilità Sanitaria Internazionale ASU FC — Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale.

(\*\*\*\*) Senior Manager KPMG Advisory SpA. Si ringrazia il dott. Alessio Nardini, Direttore Ufficio 8 — Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ministero della Salute, per i preziosi suggerimenti di cui si è tenuto conto nella redazione del presente contributo.

patologie (recenti filoni di ricerca scientifica che attribuiscono a fattori epigenetici per circa il 98% la maggior parte delle malattie);

- pensare ad integrare il ventaglio di offerte con proposte strutturate di foresta-terapia, *forest bathing* con percorsi ginnici con intensità graduate. Nel bosco si possono respirare sostanze volatili (terpeni) capaci di coadiuvare la funzione immunitaria; effetti su malattie quali l'asma, su stress, ansia, depressione, ecc.;

- acquisire disponibilità dal settore turismo a partecipare a studi in collaborazione con ASL, Università, altri soggetti, anche con raccolte di dati, risposte a questionari ecc..

#### 6. *Sistema europeo di coordinamento in materia di sicurezza sociale.*

Uno dei diritti fondamentali assicurati dalla normativa dell'Unione Europea è la libera circolazione delle persone. Ciò implica che l'essere Cittadino europeo deve necessariamente garantire di poter viaggiare liberamente nell'ambito geografico della UE con possibilità di trovarvi occupazione ed assumere la residenza. Per sostenere tale possibilità di mobilità ed assicurare che i cittadini abbiano pieno accesso alla sicurezza sociale anche in situazioni transnazionali sono vigenti i Regolamenti UE di Coordinamento in materia di Sicurezza Sociale<sup>(13)</sup>, che prevedono delle norme applicabili ed immediatamente esecutive in tutti gli Stati UE.

Dal punto di vista operativo l'applicazione concreta di tale normativa necessita di un notevole e possibilmente diretto livello di comunicazione e di condivisione delle informazioni (nel rispetto della normativa sulla privacy) tra le istituzioni interessate dai vari ambiti propri della sicurezza sociale (sanità, previdenza, infortuni).

A livello UE è stato creato ed è operativo un Sistema per lo scambio elettronico di informazioni relative alla sicurezza sociale, tra tutti gli Enti europei con competenze nel campo della Sicurezza Sociale, denominato EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) che si pone l'obiettivo di sostituire con Documenti elettronici strutturati (SED) armonizzati, tutta la preesistente modulistica cartacea (modelli E---)<sup>(14)</sup>. Le singole Istituzioni

<sup>(13)</sup> Regolamenti UE 883/2004 e 987/2009.

<sup>(14)</sup> Anche se ad oggi, nella comunicazione fra Istituzioni, è ancora presente lo scambio di moduli cartacei (modelli E---).

possono accedere al sistema tramite l'applicativo RINA (Reference Implementation for National Applications) od in alternativa tramite eventuali applicativi nazionali. Le informazioni sono inviate al punto di accesso nazionale che le recapita all'Ente in indirizzo, per il tramite del punto di accesso nazionale della istituzione di destinazione.

Ogni Azienda Sanitaria nazionale è censita a livello europeo e deve prevedere un Ufficio ed un Referente aziendale EESSI ai sensi dell'art.4 del Regolamento CE 987/2009 <sup>(15)</sup>. Considerando ciò si potrebbe proporre di valutare, su scala nazionale, un'ipotesi organizzativa dell'Ufficio aziendale EESSI che preveda anche l'attribuzione di compiti e di adeguate risorse per lavorare su collaborazioni sinergiche Sanità-Turismo sulle tematiche del Turismo sanitario e progettualità europee.

*7. Sistema europeo di compensazione delle partite di credito-debito generate dalle cure in Paesi diversi da quello di affiliazione sanitaria: il caso dell'Italia.*

In Europa, per quanto riguarda la assistenza sanitaria, coloro che si spostano tra i vari Paesi dovrebbero essere coperti dal Sistema Sanitario del proprio Stato di residenza e/o da una assicurazione (Tessera Europea Assicurazione Malattia, assicurazione privata) o dovrebbero accollarsi il costo delle cure in modo da non costituire, in caso di accesso ai servizi sanitari, costi impropri per gli Stati europei che li ospitano temporaneamente. La copertura di tali costi, per i cittadini affiliati al SSN degli Stati Membri ed equiparati, è uno degli obiettivi prioritari dei Regolamenti europei per il Coordinamento della sicurezza sociale e questo avviene all'interno del Sistema europeo di Mobilità sanitaria internazionale attraverso un meccanismo di compensazione delle partite di credito-debito.

Le Aziende Sanitarie italiane rendicontano i crediti per le prestazioni erogate a stranieri UE ed equiparati che esibiscono un idoneo attestato di diritto (ad es. TEAM: Tessera europea assicurazione malattia) e provvedono al riscontro delle coperture per le prestazioni ricevute (debiti), nei Paesi UE ed equiparati, dalle persone affiliate (iscritte) al SSN italiano. Se la persona straniera

---

<sup>(15)</sup> Per un approfondimento vedasi nota Min. Salute DGPROGS prot. n. 30829-P del 28 settembre 2017.

non è affiliata al SSN italiano, non si accolla le spese in modo diretto (self payer) o indiretto (assicurazione private) e se non è in possesso di un idoneo attestato di diritto o di un'attestazione per le quali i costi possano essere posti a carico di altri capitoli di spesa quali ad es. STP (per extra-UE non in regola con le norme di soggiorno), ENI (per UE: comunitari non in regola con le norme di soggiorno), profughi ecc., tali spese di fatto restano a carico delle Aziende Sanitarie.

La fatturazione delle partite di credito ed il riscontro delle fatture a debito (compensazione della mobilità sanitaria internazionale) avviene tramite la infrastruttura elettronica ASPE (ASPE UE — Assistenza Sanitaria nei Paesi Esteri dell'Unione Europea ed ASPE C — Assistenza Sanitaria nei Paesi Esteri Convenzionati). Facendo una comparazione tra le entità dei flussi turistici dei cittadini stranieri in Italia e dei cittadini italiani che si recano all'estero<sup>(16)</sup>, per un Paese turistico come l'Italia, il saldo delle partite di credito-debito (per le cure erogate a cittadini stranieri in Italia e per le cure ricevute da cittadini italiani in altri Paesi UE ed equiparati) dovrebbe risultare positivo, e lo si dovrebbe poter rilevare dai documenti nazionali sulla situazione economica del Paese alle voci che riportano le partite di credito-debito della mobilità sanitaria transfrontaliera. Questi, invece, generalmente presentano un saldo complessivo negativo per l'Italia. È degno di interesse approfondire le analisi del perché.

Tra le possibili cause si può innanzitutto menzionare caricamento e fatturazioni non effettuabili o per le quali può essere richiesto l'annullamento da parte della Cassa estera per mancanza di documenti, di fotocopia della TEAM o dell'attestato di diritto, ecc. A tal proposito si può considerare che essendo generalmente separato il momento della erogazione della prestazione da quello della rendicontazione-fatturazione, se ad esempio in una località turistica balneare il paziente si presenta al pronto soccorso senza documenti le prestazioni vengono erogate per mandato istituzionale (in ossequio al principio di cura universale), ma se in seguito la persona scorrettamente omette di fornire i documenti identifi-

---

<sup>(16)</sup> Ci si riferisce ai dati disponibili che si riferiscono alla situazione pre-covid in quanto va tenuto conto della asimmetria temporale tra l'anno di erogazione delle prestazioni e quello di rendicontazione e fatturazione e della successiva attività di compensazione economica tra gli Organismi di collegamento degli Stati Membri.

cativi o di assumere la copertura diretta di quanto dovuto, risulta praticamente impossibile per la ASL ottenere la copertura del credito. Inoltre, sulla impossibilità di recuperare il credito può incidere anche una non corretta interpretazione del concetto di “sistema universalistico” il quale implica che sicuramente innanzitutto va garantita la cura, ma questo non sottintende che non ci si debba, da parte dell’erogatore, adoperare per addivenire alla più corretta possibile identificazione dell’utente (anche per considerazioni di carattere deontologico nell’erogazione della cura) e della conseguente rilevazione di tutti i dati necessari anche alla successiva imputazione contabile della prestazione.

Uno degli aspetti da approfondire potrebbe essere cercare di capire, su scala nazionale, le criticità e le motivazioni che non consentono una maggiore azione di recupero dei costi, per poter definire delle idonee strategie e linee guida affinché le aziende sanitarie riescano ad intercettare correttamente gli utenti esteri, rilevando senza errori gli elementi necessari per la fatturazione delle prestazioni; uno delle possibili risposte potrebbe essere la necessità di fare formazione agli operatori sull’importanza della corretta rilevazione dei dati ed ancora di più sulla acquisizione di copia dei documenti.

In termini di sanità transfrontaliera va considerato, ancora, l’aspetto dei mancati pagamenti per le cure sanitarie erogate a persone provenienti da altri Stati membri, che non pagano o non sono in grado di pagare l’attenzione sanitaria ricevuta, e questo è una problematica di entità più ampia se queste persone sono cittadini di Stati membri in cui, ad oggi, non è ancora pienamente attiva una copertura sanitaria di tipo universalistico. A tal fine, anche come possibile proposta, potrebbe essere utile segnalare che nell’ambito dei risultati del già citato progetto HoNCAB (Progetto europeo co-finanziato dal programma d’Azione Comunitaria in materia di salute dell’Unione Europea), tra le evidenze emerse <sup>(17)</sup> nelle raccomandazioni <sup>(18)</sup> ai Policymaker a livello eu-

---

<sup>(17)</sup> “Considering credits not settled, that hospital had for health services dispensed to foreigners EU patients that not pay or hadn’t enough money to pay, as underlined in some case studies, a possible solution would be the creation of a EU fund to sustain a form of compensation to member state that had costs not settled by EU patients treated abroad (for example there was a proposal in 2005 by former Spanish Health Minister Ms Elena Salgado, in order to create a “EUROPEAN COHESION FUND” to pay back unpaid health

ropeo ed a livello nazionale si esortava a creare un Fondo Europeo (Unpaid Healthcare Assistance Cohesion Fund), per la compensazione economica delle spese sanitarie sostenute, per le persone cittadine di altro Stato Membro, non coperte dal proprio Stato e che non hanno pagato o non hanno sufficienti risorse economiche per saldare quanto dovuto.

#### 8. *Regolamenti UE di Sicurezza Sociale e Direttiva UE 24/2011 sulla scelta di cura.*

Nei precedenti paragrafi si è accennato al Sistema europeo di sicurezza sociale ed alle modalità di compensazione delle partite debitorie e creditorie inerenti le prestazioni sanitarie che vengono erogate, in uno Stato membro diverso dal proprio, ad un cittadino europeo in possesso di un idoneo attestato di diritto.

La Direttiva Europea 24/2011, in estrema sintesi, prevede la possibilità per il Cittadino europeo, a determinate condizioni, di potersi recare in un altro Stato Membro per ricevere delle cure sicure e di qualità e nel contempo promuove la cooperazione tra gli Stati membri della Unione europea in materia di assistenza sanitaria. Per brevità, in questa sede ci si sofferma solamente su alcuni aspetti inerenti l'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Dal punto di vista della regolazione economica la Direttiva non prevede una compensazione economica fra Organismi di collegamento degli Stati, bensì il pagamento diretto da parte del cittadino ed il successivo rimborso da parte dell'ente di affiliazione sanitaria (in situazioni particolari sono previsti delle possibilità di anticipo). Un'altra differenza tra Direttiva e Regolamenti è che la Direttiva apre la possibilità di ricevere cure all'estero anche da parte di istituzioni o professionisti privati non accreditati-convenzionati con i sistemi sanitari pubblici dello Stato Membro UE di cura.

Dal punto di vista della tipologia di fonte normativa, una Direttiva UE, per diventare operativa deve essere recepita nell'or-

---

treatments). health services dispensed to foreigners EU patients that did not pay or hadn't enough money to pay for such services" — Final Report of WP 8 p.74. Al Work Package n. 8, "Inchiesta sui temi chiave: turismo, sanità transfrontaliera", hanno partecipato istituzioni sanitarie di sei Stati Membri (Austria, Francia, Grecia, Italia, Malta, Repubblica di Slovenia).

(18) "It is recommended to create an EU fund of compensation among EU Member States (Unpaid Healthcare Assistance Cohesion Fund)" — Final Report of WP 8 page 77.

dinamento giuridico dello Stato e questo, naturalmente nei limiti concessi dalla norma europea, può poi creare delle diversità di ampiezza dei diritti esercitabili dai cittadini dei vari Stati dovuti appunto alle norme di recepimento (ad esempio nel caso della Direttiva UE 24/2011 può essere prevista la necessità di una autorizzazione preventiva al ricovero, cosa prevista dalla norma di recepimento italiana) <sup>(19)</sup>.

I Regolamenti europei di sicurezza sociale coprono le ipotesi di cure urgenti e medicalmente necessarie per chi si trovi nella necessità di dover usufruire di tali cure durante una temporanea presenza in uno Stato membro diverso da quello di affiliazione sanitaria, come pure, con vari formulari, copre situazioni di lavoro e soggiornanti di lungo periodo (ad esempio pensionati affiliati a SSN di uno Stato membro residenti in un altro Stato UE) e copre anche situazioni che possono necessitare di un ricovero programmato di alta specializzazione o per motivi particolari. A termini dei Regolamenti UE, le cure all'estero programmate, necessitano di una autorizzazione da parte di una Commissione Ricoveri all'estero. I regolamenti europei a differenza delle Direttive, non necessitano di norme di recepimento, ma sono esecutivi in tutti gli Stati UE e sono sovraordinati alle normative Statali che nel caso di difformità devono essere disapplicate.

Non è possibile, in questa sede, approfondire analiticamente le differenze tra i percorsi previsti dai Regolamenti e quelli previsti dalla Direttiva; al riguardo vi sono comunque varie disposizioni comunitarie nazionali ed internazionali in materia di mobilità sanitaria internazionale, articoli, report e documenti <sup>(20)</sup>. Preme invece, nell'ottica di chi poi nelle ASL si occupa di assistenza sani-

---

<sup>(19)</sup> D.lgs. 4 marzo 2014, n. 38 Attuazione della Direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della Direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro. (14G00050) (GU n. 67 del 21 marzo 2014).

<sup>(20)</sup> Si veda ad esempio: Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria "Raccolta delle disposizioni comunitarie, nazionale e internazionali in materia di mobilità sanitaria internazionale", 31 marzo 2021; Corte dei Conti -. Sezione Centrale di Controllo sulla Gestione delle Amministrazioni dello Stato *La mobilità sanitaria: l'assistenza transfrontaliera*, Deliberazione 7 dicembre 2020, n. 14/2020/G; European Committee of the Regions — Network of Regional Hubs for EU Policy Implementation Review, *Implementation report Third Consultation, on Cross-border Healthcare*, 10 July 2020; Euro-



taria internazionale, ricoveri e cure all'estero, evidenziare alcuni aspetti di cui forse potrebbe essere utile tenere conto in sede di revisione ed aggiornamento della normativa europea sulla mobilità sanitaria internazionale.

Attraverso la Direttiva UE 24/2011 da una parte viene garantita la libertà di scelta di cura, però di fatto si possono venire a creare delle disuguaglianze sia tra i cittadini dello stesso Paese sia tra cittadini di diversi Stati membri. Tra queste, limitazioni di accesso alle possibilità di usufruirne legate al censo ed alla ricchezza del paziente, perché viene previsto un meccanismo di anticipo delle spese da parte del paziente e la copertura delle spese fino all'importo corrispondente al valore che quell'intervento avrebbe nel Paese di affiliazione. Il paziente estero che accede alle prestazioni a termini di Direttiva, per l'ente erogatore delle cure diventa un self-payer come qualsiasi paziente che richieda delle cure come pagante in proprio, e ciò genera differenze tra i cittadini del singolo Stato (tra chi possiede risorse proprie e chi no), ma ancora di più tra cittadini europei appartenenti a Stati diversi, nel senso che Paesi a livello di reddito più basso, in cui il Sistema Sanitario eroga un minore ventaglio di cure, ed in cui i cittadini avrebbero più necessità di poter scegliere di curarsi all'estero (ad es. per indisponibilità di cure ad elevata complessità) non possono accedere, per mancanza di risorse economiche, alle possibilità che giuridicamente permette la Direttiva. Quindi dal punto di vista pratico i diritti previsti dalla Direttiva diventano diritti solo teorici per molti cittadini europei. Inoltre, autorizzando cure all'estero anche presso soggetti privati, non parte dei SSN o convenzionati con essi, si vengono a creare delle disuguaglianze con chi può curarsi solo nel proprio Paese (per esempio per possibilità di reddito che non consentono la anticipazione delle spese) e solo rivolgersi al servizio pubblico (ad esempio in Italia si può accedere alle cure private solamente a pagamento, mentre a termini di Direttiva si può accedere a cure private all'estero rimborsate dal Sistema Sanitario Pubblico). Questo può generare potenziali effetti distorsivi in termini di impatto e tenuta organizzativo-economica del SSN considerando la possibile contemporanea riduzione di fondi per il finan-

---

pean Commission, *Study on cross-border health services: enhancing information provision to patients*, written by the consortium of Ecorys, KU Leuven and GfK Belgium, June 2018.

ziamento del SSN interno dovute alle eventuali spese per la copertura delle cure private ottenute all'estero a termini di Direttiva.

Appare evidente anche un paradosso: la casa comune europea garantisce la possibilità di libera scelta di cura all'estero, però non essendo ancora riuscita a garantire a tutti i cittadini europei un livello comune di cure essenziali a carico del SSN dello Stato di affiliazione, se il Cittadino di quello Stato membro non è coperto dal proprio SSN, di fatto, non può usufruire né della Regolamentazione europea di Sicurezza Sociale né delle possibilità di cura usufruibili a termini di Direttiva. Questo può essere letto in casi particolari e si spera residuali, come una sospensione ed asimmetria di un diritto. Ci sono le norme, ma poi nelle condizioni applicative non si riesce a garantirne la parità di esercizio a tutti i cittadini UE.

Guardando da un certo angolo prospettico appare che i diritti derivanti dai Regolamenti UE di Sicurezza sociale, ma ancora di più quelli promananti dalla Direttiva UE, diventano esercitabili da parte del Cittadino europeo più in funzione della possibilità economica e delle capacità di accedere a tutta una serie di informazioni che del bisogno e/o del diritto di salute.

A parere di chi scrive, anche da ciò, si evince la necessità che la riduzione delle disuguaglianze sanitarie debba diventare un obiettivo prioritario dell'azione dell'UE e per quanto riguarda la mobilità sanitaria transfrontaliera si può desumere la necessità di pensare ad una revisione ed armonizzazione della normativa di riferimento. Considerando che Regolamenti e Direttiva hanno una gerarchia giuridica diversa, forse sarebbe opportuno che si attivasse un dibattito internazionale anche sulla possibilità di rivedere la "durezza" delle due fonti ed in un'ottica di revisione, riprendere gli assunti della Direttiva in forma di Regolamento. Si potrebbero così evitare possibili disuguaglianze di salute tra cittadini di diversi Stati dovute, all'esercizio delle prerogative concesse nella fase di recepimento della Direttiva negli Ordinamenti Giuridici interni, e si potrebbe far sì che la norma sia esecutiva nello stesso modo in tutti gli Stati Membri.

## 9. Conclusioni.

Dal punto di vista della mobilità appare logico porre in relazione flussi transfrontalieri con "bisogni di assistenza sanitaria"