



Comitato economico e sociale europeo

SOC/322

Salute - Diritti dei pazienti

Bruxelles, 4 dicembre 2008

P A R E R E

del Comitato economico e sociale europeo
in merito alla

**Proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio concernente l'applicazione
dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera**

COM(2008) 414 def. - 2008/0142 (COD)

Il Consiglio, in data 23 luglio 2008, ha deciso, conformemente al disposto dell'articolo 262 del Trattato che istituisce la Comunità europea, di consultare il Comitato economico e sociale europeo in merito alla:

Proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera
COM(2008) 414 def. - 2008/0142 (COD).

La sezione specializzata Occupazione, affari sociali, cittadinanza, incaricata di preparare i lavori del Comitato in materia, ha formulato il proprio parere in data 4 novembre 2008, sulla base del progetto predisposto dal relatore BOUIS.

Il Comitato economico e sociale europeo, in data 4 dicembre 2008, nel corso della 449a sessione plenaria, ha adottato il seguente parere con 80 voti favorevoli e 3 voti contrari.

*

* *

1. Osservazioni e raccomandazioni

- 1.1 Il CESE, avendo già trattato le problematiche legate alla salute e ai diritti dei pazienti in diversi pareri, prende ora in esame questa proposta di direttiva soprattutto in virtù del fatto che il testo, oltre a rappresentare una risposta alla giurisprudenza della Corte di giustizia europea, trova il proprio fondamento nei diritti del paziente e nella costruzione di un coordinamento delle politiche sanitarie degli Stati membri.
- 1.2 La proposta ribadisce che i sistemi sanitari rientrano nella sfera di responsabilità degli Stati membri e non modifica le pratiche di rimborso delle prestazioni. Tuttavia, i dispositivi proposti avranno nel tempo delle ripercussioni sui sistemi sanitari basati sulla solidarietà, e incideranno sulla loro sostenibilità finanziaria. Il CESE si interroga quindi sulle modalità di applicazione concrete in relazione al principio di sussidiarietà nella politica sanitaria e formula alcune osservazioni e raccomandazioni.
- 1.3 Preoccupato per il rischio di un aumento delle disuguaglianze tra i vari gruppi sociali in termini di assistenza sanitaria, il CESE chiede che la direttiva includa un riferimento alla necessità di fornire le cure sanitarie nel rispetto del principio della pari dignità delle persone e di garantire un accesso prioritario alle persone con maggiori necessità e/o con minori coperture sociali.

- 1.4 Il diritto fondamentale di qualsiasi fruitore di assistenza di ottenere le necessarie garanzie di qualità e sicurezza crea obblighi di normalizzazione, certificazione e valutazione delle capacità materiali e umane, nonché di organizzazione dell'assistenza.
- 1.5 L'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera presuppone che le capacità delle organizzazioni sanitarie dei diversi paesi siano complementari ed equilibrate, in termini di prestazioni tecniche e umane, di apparecchiature mediche, di responsabilità dei prestatori. Questo comporta una politica europea di sostegno in materia di formazione dei professionisti della sanità e di attrezzature sanitarie. Un'attenzione particolare andrebbe riservata a certi rischi medici determinati da una maggiore mobilità dei pazienti.
- 1.6 Il CESE ritiene che la proposta non debba sancire la volontà di generalizzare la mobilità dei pazienti, ma suggerire piuttosto un quadro che consenta l'esercizio del diritto alla mobilità, senza omettere la necessità di disporre di un'assistenza sanitaria di qualità il più vicino possibile al proprio luogo di residenza. I meccanismi introdotti non dovranno essere sproporzionati rispetto all'entità delle cure transfrontaliere.
- 1.7 Preoccupato per la distinzione tra cure ospedaliere e cure non ospedaliere introdotta dalla proposta di direttiva e per il fatto che questa distinzione si riferisce più agli aspetti finanziari che non alle realtà dell'organizzazione sanitaria di ciascun paese, il Comitato raccomanda che ciascuno Stato membro definisca ciò che intende per cure ospedaliere o non ospedaliere, in virtù del principio di sussidiarietà e dell'articolo 86, paragrafo 2, del Trattato.
- 1.8 L'accesso all'assistenza sanitaria prestata in un altro Stato membro deve essere offerto in maniera non discriminatoria a tutti i cittadini in virtù del disposto dell'articolo 13 del Trattato e nel rispetto dei diritti del paziente già enunciati dal CESE¹, in particolare attraverso una tessera sanitaria e una cartella clinica europea debitamente aggiornata e accessibile ai professionisti della sanità e allo stesso paziente.
- 1.9 Un'effettiva politica di informazione in materia di assistenza transfrontaliera è indispensabile in quanto costituisce l'unico mezzo per mettere in pratica il principio della parità di accesso alle cure sanitarie e consentire ad un fruitore di assistenza di compiere scelte libere e consapevoli. Spetta a ciascuno Stato membro impegnarsi ad elaborare la propria politica di informazione.
- 1.10 L'informazione comprende anche i sistemi di ricorso in caso di danno e le modalità di trattamento delle controversie; a questo riguardo sarebbe utile istituire uno sportello unico ed è necessario che l'eventuale ricorso sia inoltrato presso la giurisdizione del luogo di residenza del paziente. Il CESE raccomanda inoltre che il sistema di assicurazione obbligatoria sia esteso a tutti i professionisti della sanità.

¹

Cfr. parere di iniziativa del CESE, del 26 settembre 2007, sul tema *I diritti del paziente*, relatore: BOUIS (GU C 10 del 15.1.2008).

- 1.11 Al fine di limitare le disparità di accesso all'assistenza sanitaria, nei meccanismi relativi alle modalità di rimborso successivo al pagamento della prestazione si dovrà dedicare particolare attenzione ai tempi di rimborso e alle differenze di pratiche terapeutiche e di modalità di fornitura di medicinali o di apparecchiature tra lo Stato di cura e lo Stato di affiliazione.
- 1.12 Analogamente, nel sistema di rimborso va tenuto conto del rischio di disuguaglianze e di eventuali contenziosi dovuti al fatto che i regimi di assicurazione malattia non sono omogenei e presentano delle specificità nazionali quali la partecipazione finanziaria di terzi, il ticket, gli onorari differenziati, il medico curante, la codificazione delle prestazioni, ecc.
- 1.13 Le modalità di informazione, nella loro totalità, non soltanto devono soddisfare le esigenze di sicurezza e di qualità dei messaggi trasmessi, ma soprattutto devono essere un elemento che consente la libera scelta individuale e facilita la conciliazione tra competitività economica, coesione, giustizia sociale e solidarietà collettiva.
- 1.14 I punti di contatto nazionali devono operare in collegamento con le varie associazioni di lavoratori, di famiglie e fruitori del servizio sanitario e nel quadro di una stretta cooperazione con gli enti dell'assicurazione malattia affinché essi divulghino queste informazioni. I punti di contatto devono inoltre realizzare attività di informazione e formazione destinate ai professionisti della sanità, al personale paramedico e agli assistenti sociali riguardanti le possibilità di assistenza sanitaria transfrontaliera.
- 1.15 Una particolare attenzione va rivolta alla continuità dell'assistenza sanitaria, al *follow-up* dei pazienti, all'adeguamento dei dispositivi medici e al consumo di medicinali. A tal fine è necessario che i professionisti della sanità e le strutture sanitarie si coordinino per ciò che riguarda le procedure e i protocolli terapeutici di lunga durata per i pazienti.
- 1.16 L'istituzione delle reti europee di riferimento deve procedere di pari passo con lo sviluppo delle tecnologie dell'informazione, in perfetta interoperabilità, per garantire che qualsiasi paziente possa beneficiarne indipendentemente da dove risiede. Lo scambio di conoscenze dovrebbe permettere di migliorare la qualità dei sistemi degli Stati membri a vantaggio di tutti i soggetti interessati, che si tratti di istituzioni, professionisti della sanità, pazienti, ecc.
- 1.17 L'aggregazione dei dati statistici raccolti dagli Stati membri deve consentire un bilancio dell'applicazione della direttiva. Essa deve inoltre contribuire a definire indicatori che permettano di individuare sia i punti di forza e di debolezza dei sistemi sanitari sia i bisogni e le preferenze delle popolazioni. La relazione sul funzionamento della direttiva dovrebbe essere presentata anche al Comitato, che s'impegna, a sua volta, a monitorare la situazione e a emettere, eventualmente, nuovi pareri d'iniziativa.

- 1.18 L'applicazione di un vero e proprio diritto dei pazienti nell'ambito dell'assistenza transfrontaliera richiede un certo periodo di adattamento per poter modificare le pratiche sanitarie in profondità e consentire un'evoluzione delle mentalità e della formazione degli operatori del settore sanitario. Essa comporta l'integrazione, nei regolamenti nazionali, dei principi di una carta europea dei diritti e dei doveri reciproci dei diversi attori della sanità.
- 1.19 A giudizio del CESE è evidente che l'approccio adottato non riesce a conciliare pienamente la questione della sussidiarietà in materia di assistenza sanitaria e la necessità di un modus operandi coerente per i trattamenti transfrontalieri. In questo modo si dà spazio ad interpretazioni divergenti e di conseguenza a difficoltà di carattere giudiziario sia per i pazienti che per gli operatori della sanità.

2. Sintesi della comunicazione

2.1 Contesto giuridico e politico della richiesta

- 2.1.1 Conformemente alla giurisprudenza della Corte di giustizia, già dal 2003 la Commissione è stata invitata a studiare come rafforzare la certezza del diritto nel settore dell'assistenza sanitaria transfrontaliera.
- 2.1.2 La direttiva relativa ai servizi nel mercato interno presentata nel 2004 comprendeva disposizioni riguardanti i servizi sanitari. Il Parlamento e il Consiglio non le hanno accolte in quanto hanno ritenuto che non fossero prese sufficientemente in considerazione le specificità delle politiche sanitarie, che differiscono considerevolmente da un paese all'altro, le loro complessità tecniche e le questioni concernenti il finanziamento. È inoltre opportuno rilevare la delicatezza del tema per l'opinione pubblica.

La Commissione ha deciso di presentare nel 2008 una comunicazione e una direttiva intese ad istituire un quadro chiaro e trasparente per la prestazione di assistenza sanitaria transfrontaliera all'interno dell'Unione, vale a dire l'assistenza sanitaria ricevuta all'estero da un paziente che vada a farsi curare da un prestatore stabilito in un altro Stato membro. A tal fine la Commissione propone una definizione dei concetti di cure ospedaliere e cure non ospedaliere.

2.2 Quadro proposto

- 2.2.1 La base giuridica della proposta presentata è costituita dall'articolo 95 del Trattato CE relativo all'instaurazione e al funzionamento del mercato interno, dall'articolo 152 sulla sanità pubblica e dai principi generali riconosciuti dalla Carta dei diritti fondamentali, così come sono stati ripresi nelle disposizioni del Trattato di riforma.

- 2.2.2 Per raggiungere gli obiettivi stabiliti, le definizioni giuridiche e le disposizioni generali si articolano in tre settori principali: i principi comuni a tutti i sistemi sanitari dell'UE, un quadro specifico per l'assistenza sanitaria transfrontaliera, una cooperazione europea in materia di assistenza sanitaria. La direttiva precisa i principi applicabili al rimborso delle cure sanitarie prestate in un altro Stato membro e le modalità secondo le quali saranno esercitati in concreto i diritti dei pazienti, distinguendo tra cure ospedaliere e cure non ospedaliere.
- 2.2.3 Questa proposta non modifica il quadro normativo per il coordinamento dei regimi di sicurezza sociale, che resterà in vigore.
- 2.2.4 La proposta di direttiva precisa le procedure da seguire e prevede inoltre l'introduzione di meccanismi adatti per informare e assistere i pazienti attraverso punti di contatto nazionali. Qualsiasi paziente che non possa accedere in tempi ragionevoli alle cure sanitarie nel proprio paese è autorizzato a beneficiarne in un altro Stato membro.
- 2.2.5 La proposta promuove una maggiore cooperazione europea attraverso la creazione di reti di riferimento europee, la valutazione delle tecnologie sanitarie e lo sviluppo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione elettroniche.

3. **Osservazioni generali**

- 3.1 Il CESE, avendo già trattato le problematiche legate alla salute e ai diritti dei pazienti in diversi pareri, prende ora atto della volontà della Commissione europea di affrontare il tema dell'assistenza sanitaria transfrontaliera.
- 3.2 Il Comitato ritiene che questa iniziativa non debba sancire la volontà di generalizzare la mobilità dei pazienti, bensì proporre un quadro che consenta l'esercizio del diritto alla mobilità. I meccanismi introdotti non dovranno essere sproporzionati, per entità o costi, rispetto alla portata dell'attività di assistenza transfrontaliera.
- 3.3 La proposta rispecchia i valori dell'Unione europea e quelli della carta di Tallinn². L'obiettivo di questi testi è proporre in tutta l'Europa un'assistenza sanitaria di qualità elevata e accessibile a tutti.
- 3.4 Attualmente la proposta di direttiva tende piuttosto ad ignorare il carattere complesso, variegato e divergente dei sistemi sanitari dei 27 Stati membri. È quasi certo che la direttiva non sarà interpretata in maniera univoca dai diversi sistemi sanitari dei vari Stati membri. Per questo motivo il Comitato si interroga sulle modalità di applicazione concrete e auspica che le cure ospedaliere e non ospedaliere siano chiaramente definite al fine di rafforzare la certezza giuridica dei pazienti e dei servizi sanitari.

²

Carta firmata il 27 giugno 2008 a Tallinn dai ministri della Sanità dei paesi della regione europea dell'OMS.

- 3.4.1 La proposta ribadisce che i sistemi sanitari rientrano nella sfera di responsabilità degli Stati membri e rispetta appieno le competenze di questi ultimi in materia di organizzazione dei servizi sanitari, di fornitura dell'assistenza medica e di rimborso delle prestazioni. Tuttavia, le disposizioni proposte avranno prima o poi delle ripercussioni sui sistemi sanitari, sulla loro sostenibilità finanziaria e sull'entità dei diritti da essi previsti.
- 3.4.2 Alla luce delle considerevoli differenze che esistono in termini di cure prestate e di relativi costi, il sistema di rimborso successivo al pagamento della prestazione da parte del paziente rischia di creare disuguaglianze ed eventualmente di fare sorgere controversie a causa della non omogeneità dei regimi di assicurazione malattia, che presentano specifiche caratteristiche nazionali. Il CESE teme che la direttiva costituisca un'opportunità per aprire il mercato della sanità alla concorrenza e, in effetti, dopo l'entrata in vigore della direttiva servizi, per compromettere la qualità della protezione sanitaria in Europa nel suo complesso.
- 3.4.3 L'efficacia e il corretto utilizzo dell'assistenza sanitaria in un contesto transfrontaliero presuppongono che le capacità delle organizzazioni sanitarie nei diversi paesi siano complementari ed equilibrate, in termini di prestazioni tecniche e umane, apparecchiature mediche e definizione delle responsabilità dei fornitori di assistenza sanitaria.
- 3.4.4 In ogni caso, anche quando sono erogate cure sanitarie transfrontaliere, i pazienti hanno diritto ad attendersi determinate garanzie riguardo alla qualità e alla sicurezza dell'assistenza prestata. L'attuazione di questo fondamentale diritto presuppone che vengano armonizzate le procedure di certificazione e di valutazione delle pratiche professionali e delle prestazioni delle apparecchiature mediche, come pure l'organizzazione del sistema di risarcimento in caso di danno.
- 3.4.5 Per quanto concerne l'assistenza sanitaria transfrontaliera, un corretto trattamento dei pazienti presuppone il rispetto di un certo numero di condizioni per assicurare la continuità delle prestazioni, tra cui:
- la diffusione di una tessera sanitaria personale di cui ciascun individuo sia in possesso fin dalla nascita,
 - l'esistenza di una cartella clinica europea debitamente aggiornata e accessibile sia ai professionisti della sanità che al paziente,
 - una formulazione comune dei protocolli terapeutici,
 - pratiche di prescrizione coordinate, e in particolare l'indicazione del nome della molecola piuttosto che del nome commerciale del medicinale, nonostante il fatto che i medicinali siano soggetti alle norme che regolano il commercio internazionale,
 - una normalizzazione e una certificazione delle protesi, delle apparecchiature e dei dispositivi medici,

- l'introduzione di un meccanismo di accreditamento ed eventualmente anche di certificazione europea delle attrezzature ospedaliere mediche e paramediche,
- una procedura comunitaria di autorizzazione per l'immissione in commercio dei medicinali.

Tutte queste condizioni richiedono lo sviluppo di nuove tecnologie insieme all'interoperabilità dei sistemi informatici.

- 3.4.6 Siffatte modifiche dell'organizzazione del sistema e delle pratiche professionali presuppongono un cambiamento delle mentalità e delle attività di formazione dei professionisti della sanità, ma anche un'evoluzione giuridica della definizione delle competenze, del ruolo e delle responsabilità delle autorità sanitarie di ciascun paese, e tutto questo richiede sicuramente un periodo di adattamento.
- 3.4.7 La possibilità offerta a qualsiasi paziente di fruire dell'assistenza sanitaria transfrontaliera deve rientrare nel principio di parità di accesso a tutti i servizi e a tutti i professionisti della sanità, e non deve essere oggetto di discriminazioni fondate sul sesso, la razza e l'origine etnica, la religione o le convinzioni personali, gli handicap, l'età o le tendenze sessuali. Tale principio richiede pertanto l'attuazione di un'efficace politica di informazione articolata attorno a due assi:
- 3.4.7.1 un'informazione sull'offerta di cure sanitarie rivolta a tutti i cittadini affinché possano decidere se ricorrere all'assistenza transfrontaliera. Tali informazioni devono essere pubblicate sotto la responsabilità delle autorità di controllo sanitario, le quali devono garantire che possano accedervi anche i gruppi più deboli, come le persone che vivono in condizioni di emarginazione sociale e di precarietà;
- 3.4.7.2 un'informazione sulla malattia, sui trattamenti possibili con i loro vantaggi e i loro rischi, le caratteristiche delle strutture o dei professionisti che li erogano.
- 3.4.7.3 Poiché queste informazioni sono fornite nel quadro di un'interazione con i professionisti della sanità, si presuppone che le loro conoscenze sulle possibilità offerte in Europa siano costantemente aggiornate. È quindi fondamentale che si stabilisca un legame tra i prestatori di assistenza sanitaria e i punti di contatto nazionali, fatto che comporta lo stanziamento di risorse finanziarie destinate a tale scopo. Va inoltre superata la barriera linguistica.
- 3.4.8 L'informazione deve essere completa e pertinente per consentire al paziente di compiere scelte libere e informate, evitandogli di essere vittima di azioni di accaparramento di clientela e di derive commerciali.
- 3.4.9 Siffatti obblighi di informazione sono gli unici a poter dare un contenuto al principio di parità di accesso alle cure sanitarie enunciato dalla proposta di direttiva, quale che sia il bisogno di fruizione dell'assistenza sanitaria in un altro Stato membro.

4. Osservazioni specifiche

4.1 Articolo 3

4.1.1 Il CESE reputa che la proposta di direttiva debba essere applicata lasciando impregiudicate le prescrizioni comunitarie precedentemente definite e, in particolare, le disposizioni di cui ai regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CE) n. 883/2004.

4.2 Articolo 4, lettera d)

4.2.1 Il CESE ritiene che l'elenco dei professionisti della sanità sia incompleto e chiede che vi siano aggiunte le professioni paramediche quali ortofonisti, ortottisti, ecc.

4.3 Articolo 5

4.3.1 Il Comitato accoglie con particolare favore questo articolo e fa notare che la sfida consisterà nel garantire un'assistenza in grado di rispondere alle esigenze e alle aspirazioni dei cittadini, ai quali devono essere riconosciuti diritti ma anche responsabilità al fine di promuovere il benessere attraverso un giusto equilibrio tra competitività economica, coesione, giustizia sociale e solidarietà collettiva. Il CESE vigilerà affinché le definizioni delle norme di qualità e di sicurezza non minaccino in nessun modo la diversità dei sistemi sanitari degli Stati membri (articolo 152, paragrafo 5, del TCE).

4.3.2 Il CESE insiste sull'importanza che assumono i sistemi sanitari per tutte le fasce della popolazione, in particolare per quelle meno abbienti, ma anche sulle conseguenze di un accesso migliore all'assistenza sanitaria per la crescita economica. A tal fine, il Comitato sottolinea che un maggiore coordinamento tra tutti gli investimenti intesi a migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria servirà a renderli più efficaci.

4.4 Articolo 6

4.4.1 Il CESE ritiene necessario che nel meccanismo istituito in materia di rimborsi successivi al pagamento della prestazione si faccia molta attenzione al fatto che le pratiche terapeutiche e le pratiche di fornitura di medicinali o di apparecchiature saranno di competenza dello Stato di cura e non dello Stato di affiliazione, che è responsabile dell'attuazione dei criteri di copertura. Pertanto, sarebbe necessario redigere elenchi di concordanza sia per i tassi di rimborso che per gli obblighi in materia di continuità dell'assistenza sanitaria.

4.4.2 Il CESE è preoccupato per il costo supplementare che il paziente dovrà sostenere in caso di mancato rimborso non previsto. Nel medio periodo, per assicurare la continuità dell'assistenza sanitaria, sarà necessario prevedere una copertura finanziaria dei trattamenti da parte del

paese di affiliazione, il che potrebbe ripercuotersi in maniera rilevante sui sistemi di finanziamento.

4.4.3 Il CESE, per evitare qualsiasi incoraggiamento ad una medicina a due velocità dal punto di vista sia dei pazienti che degli Stati, giudica necessario che venga chiarita la questione delle modalità di fatturazione dei costi delle prestazioni fornite in un altro Stato membro e delle condizioni di pagamento. Il CESE sottolinea che in materia di fatturazione occorre tener conto delle strutture e delle pratiche esistenti.

4.5 Articoli 7 e 8

4.5.1 Il CESE è particolarmente preoccupato per la distinzione tra cure ospedaliere e non ospedaliere introdotta dalla direttiva. Fa notare che questa distinzione si basa più sugli aspetti finanziari che sulle realtà dell'organizzazione sanitaria di ciascun paese.

4.5.2 Sebbene la Commissione proponga l'elaborazione di un elenco complementare, il CESE raccomanda, conformemente al principio di sussidiarietà e al disposto dell'articolo 86, paragrafo 2, del Trattato, che siano gli Stati membri a definire che cosa intendono per cure ospedaliere, eccetto nei casi di abuso manifesto. I paragrafi 1 e 2 dovrebbero quindi essere modificati di conseguenza.

4.6 Articolo 9

4.6.1 Il CESE fa presente che i sistemi di autorizzazione preventiva possono rivelarsi utili quando offrono l'occasione per avviare un processo di riflessione e di informazione del paziente, grazie al dialogo che può instaurarsi tra il paziente e il suo organismo di copertura finanziaria. Questi sistemi possono inoltre garantire la copertura di prestazioni specifiche, come il rimborso delle spese di trasporto.

4.6.2 Il Comitato considera che, indipendentemente dalla pubblicazione a priori dei criteri relativi all'autorizzazione preventiva, è necessario che qualsiasi motivo di rifiuto sia debitamente giustificato e chiaramente spiegato al paziente.

4.7 Articolo 10

4.7.1 Il CESE ritiene importante istituire i dispositivi adeguati per informare i pazienti e consentire loro di optare per l'assistenza transfrontaliera. Queste informazioni devono segnalare in particolare sia gli obblighi e i limiti della prestazione sia le modalità di rimborso e la parte restante a carico del paziente.

- 4.7.2 Il CESE raccomanda che il sistema di assicurazione obbligatoria³ sia esteso a tutti i professionisti della sanità e che i pazienti siano informati riguardo ai sistemi di ricorso in caso di danno causato da un incidente medico con o senza colpa (rischio terapeutico).
- 4.7.3 Il Comitato ritiene che sia pertinente optare per il principio di uno sportello unico nel quadro delle procedure di denuncia da parte dei pazienti e che qualsiasi contenzioso debba rientrare nella competenza della giurisdizione del luogo di residenza del paziente.
- 4.7.4 Il CESE considera che i servizi e i siti di informazione online sono un elemento di informazione dei pazienti che merita di essere sviluppato. Le fonti e le modalità di informazione non possono limitarsi tuttavia a quest'unico strumento, dato che molti dei nostri concittadini non hanno accesso ad Internet o dispongono di un accesso limitato. Si rischierebbe di promuovere un sistema sanitario a due velocità in cui solo le fasce sociali più abbienti e meglio informate potrebbero beneficiare dell'accesso all'assistenza transfrontaliera.
- 4.8 Articolo 12
- 4.8.1 I punti di contatto nazionali devono essere collegati alle diverse associazioni dei lavoratori, delle famiglie e dei fruitori dell'assistenza sanitaria e devono intrattenere una stretta cooperazione con gli enti di assicurazione malattia e le organizzazioni autonome dei fornitori di servizi sanitari, in quanto rappresentano il canale di informazione pertinente. Inoltre è necessario che questi punti di contatto nazionali, essendo designati sotto la responsabilità dei rispettivi Stati membri, sviluppino azioni di informazione e di formazione rivolte ai professionisti della sanità, al personale paramedico e agli assistenti sociali per aggiornarli in merito alle possibilità offerte nell'ambito dell'assistenza sanitaria transfrontaliera.
- 4.9 Articolo 14
- 4.9.1 Il CESE accoglie con favore questo articolo che consente di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria in materia di consumo di medicinali, ma ne sollecita al contempo un'applicazione rigorosa, tenuto conto dei possibili rischi di consumo eccessivo o anche, eventualmente, di traffico di medicinali. Il CESE osserva che la proposta di direttiva non tiene conto della somministrazione di medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa.
- 4.10 Articolo 15
- 4.10.1 Il CESE ritiene che questo articolo risponda in parte alla sua preoccupazione per la diversa qualità delle prestazioni sanitarie a seconda degli Stati membri. Ribadisce comunque che l'istituzione di queste reti di riferimento europee deve essere accompagnata da uno sviluppo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione che permettano a qualsiasi paziente di beneficiarne, indipendentemente dal luogo in cui risiede.

³ Assicurazione responsabilità civile.

4.10.2 Tra gli obiettivi delle reti europee, dovrebbero altresì figurare:

- in aggiunta al punto 2, lettera a) "la valutazione e la registrazione delle pratiche terapeutiche",
- in aggiunta al punto 2, lettera d) "il riconoscimento dei diplomi e il controllo dei codici etici".

4.10.3 Inoltre, anche se è prevista una procedura per l'adesione di nuovi membri alla rete, il CESE ribadisce l'importanza di una valutazione o eventualmente dell'introduzione di una procedura di certificazione.

4.10.4 Nell'elenco di condizioni e criteri specifici che le reti devono soddisfare, il CESE auspica che:

- il punto 3, lettera a) capoverso ix) sia completato come segue: "una tale collaborazione si rivela assolutamente indispensabile, soprattutto ai fini del coinvolgimento dei fruitori di assistenza nella definizione di tempi di attesa giustificabili",
- al punto 3, lettera a) sia aggiunto il seguente capoverso x): "promuovano il riconoscimento e il rispetto di una carta comune dei diritti del paziente che garantisca l'applicazione effettiva di questi diritti sia nel paese di origine che nel caso di assistenza transfrontaliera".

4.11 Articolo 18

4.11.1 L'aggregazione dei dati statistici raccolti dagli Stati membri deve consentire un bilancio dell'applicazione della direttiva in esame. Sarebbe auspicabile che la raccolta dei dati conducesse inoltre alla definizione di indicatori che permettano di individuare con maggiore precisione i punti forti e i punti deboli dei sistemi sanitari e di conoscere le esigenze e le preferenze delle popolazioni.

4.12 Articolo 20

4.12.1 Le modalità di autorizzazione preventiva dovrebbero essere esplicitate e comunicate alla Commissione come un dato da analizzare.

4.12.2 La relazione sul funzionamento della direttiva dovrebbe essere presentata anche al Comitato economico e sociale europeo.

Bruxelles, 4 dicembre 2008

Il Presidente
del Comitato economico e sociale europeo

Il Segretario generale
del Comitato economico e sociale europeo

Mario SEPI

Martin WESTLAKE
