

TRIBUNAL DE JUSTICIA DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS
SOUDNÍ DVŮR EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ
DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABERS DOMSTOL
GERICHTSHOF DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN
EUROOPA ÜHENDUSTE KOHUS
ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ
COURT OF JUSTICE OF THE EUROPEAN COMMUNITIES
COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
CÚIRT BHREITHIÚNAIS NA gCÓMHPHOBAL EORPACH
CORTE DI GIUSTIZIA DELLE COMUNITÀ EUROPEE
EIROPAS KOPIENU TIESA



LUXEMBOURG

3ENDRIJŲ TEISINGUMO TEISMAS
I KÖZÖSSÉGEK BÍRÓSÁGA
IL-QORTI TAL-ĠUSTIZZJA TAL-KOMUNITAJIET EWROPEJ
HOF VAN JUSTITIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN
TRYBUNAŁ SPRAWIEDLIWOŚCI WSPÓLNOT EUROPEJSKICH
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DAS COMUNIDADES EUROPEIAS
SÚDNY DVOR EURÓPSKYCH SPOLOČENSTEV
SODIŠČE EVROPSKIH SKUPNOSTI
EUROOPAN YHTEISÖJEN TUOMIOISTUIN
EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS DOMSTOL

Stampa e Informazione

COMUNICATO STAMPA n. 42/06

16 maggio 2006

Sentenza della Corte nella causa C-372/04

The Queen, su richiesta di Yvonne Watts / Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health

L'OBBLIGO DI FARSI CARICO DELLE CURE OSPEDALIERE EROGATE IN UN ALTRO STATO MEMBRO SI APPLICA PARIMENTI AD UN SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE CHE LE DISPENSA GRATUITAMENTE

Per poter rifiutare ad un paziente l'autorizzazione a farsi curare all'estero a causa del tempo di attesa per un trattamento ospedaliero nello Stato di residenza, il NHS (National Health Service britannico) deve stabilire che tale tempo di attesa non ecceda il tempo accettabile sotto il profilo medico tenuto conto dello stato di salute e dei bisogni clinici dell'interessato.

In forza del diritto comunitario, il sistema del formulario E-112 consente di chiedere l'autorizzazione a recarsi all'estero per ivi farsi curare. Tale autorizzazione non può essere rifiutata quando il trattamento di cui trattasi è normalmente disponibile nello Stato membro di residenza, se il trattamento stesso non può ivi essere fornito senza indebito ritardo. La cassa malattia è quindi tenuta a rimborsare al paziente le spese del trattamento.

La sig.ra Watts, che soffriva di artrite alle anche, ha chiesto al Bedford PCT (Bedford Primary Care Trust, centro di assistenza primaria di Bedford) l'autorizzazione a farsi operare all'estero utilizzando un formulario E 112. Nel corso dell'esame di tale domanda, essa è stata visitata, nell'ottobre 2002, da uno specialista che l'ha classificata nella categoria dei «casi abitudinari», il che significava un tempo di attesa di un anno prima di un'operazione. Il Bedford PCT ha rifiutato di rilasciare alla sig.ra Watts il detto formulario dal momento che un trattamento poteva essere fornito alla paziente «in un lasso di tempo conforme agli obiettivi del piano previdenziale del governo», e dunque, «senza indebito ritardo». La sig.ra Watts ha presentato un ricorso alla High Court of Justice diretto all'annullamento della decisione di rifiuto.

A seguito di un peggioramento del suo stato di salute, la sig.ra Watts è stata nuovamente visitata nel gennaio 2003 e fu previsto di operarla in un lasso di tempo di tre o quattro mesi. Il Bedford PTC ha ribadito il suo rifiuto. Tuttavia, nel marzo 2003, la sig.ra Watts si è fatta apporre una protesi all'anca in Francia per un importo di sterline inglesi (GBP) 3900 che essa ha pagato. Essa ha dunque continuato il procedimento dinanzi alla High Court of Justice e ha altresì sollecitato il rimborso delle spese mediche sostenute in Francia. La High Court of Justice ha respinto il ricorso per il fatto che la sig.ra Watts non aveva dovuto far fronte ad un ritardo indebito dopo il riesame del suo caso nel gennaio 2003. La sig.ra Watts nonché il ministro della Sanità (Secretary of State for Health) hanno proposto appello contro tale sentenza. In queste circostanze, la Court of Appeal ha sottoposto alla Corte di giustizia delle Comunità europee delle questioni pregiudiziali sulla portata del regolamento n. 1408/71 e delle disposizioni del Trattato relative alla libera prestazione di servizi.

La portata del regolamento n. 1408/71¹

Innanzitutto, la Corte rammenta che, nell'ambito del regolamento n. 1408/71, l'istituzione competente rilascia la previa autorizzazione di assunzione finanziaria delle cure erogate all'estero soltanto se esse non possono essere fornite entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione nello Stato membro di residenza.

La Corte osserva che, affinché tale istituzione sia legittimata a rifiutare l'autorizzazione sulla base di un motivo relativo all'esistenza di un tempo di attesa, **si deve stabilire che il tempo**, che deriva dagli obiettivi di pianificazione e di gestione dell'offerta ospedaliera, **non ecceda il termine accettabile, tenuto conto di una valutazione medica obiettiva dei bisogni clinici dell'interessato alla luce della sua situazione clinica, della sua anamnesi, del probabile decorso della sua malattia, dell'intensità del suo dolore e/o della natura della sua infermità al momento in cui l'autorizzazione è sollecitata.**

Inoltre, la fissazione di tempi di attesa deve essere gestita in modo flessibile e dinamico, che permetta di riconsiderare il tempo inizialmente comunicato all'interessato in funzione di un eventuale peggioramento del suo stato di salute che sopraggiunga successivamente ad una prima domanda di autorizzazione.

Nel caso di specie, spetta al giudice del rinvio verificare se il tempo di attesa fatto valere dall'ente competente del NHS superasse il tempo accettabile sotto il profilo medico avuto riguardo alla situazione ed ai bisogni clinici individuali dell'interessata.

La portata della libera prestazione di servizi

La Corte considera che una situazione, come quella in esame, in cui una persona il cui stato di salute necessita di cure ospedaliere si reca in un altro Stato membro ed ivi riceva le cure in questione dietro corrispettivo, **rientra nel campo di applicazione delle disposizioni relative alla libera prestazione di servizi**, indipendentemente dal modo di funzionamento del sistema

¹ Regolamento (CEE) del Consiglio 14 giugno 1971, n. 1408, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, nella versione modificata e aggiornata dal regolamento (CE) del Consiglio 2 dicembre 1996, n. 118/97 (GU 1997, L 28, pag. 1).

nazionale a cui tale persona appartiene e presso il quale l'assunzione degli oneri di tali prestazioni è successivamente sollecitata.

La Corte rileva, inoltre, che il sistema d'autorizzazione preliminare che condiziona l'assunzione finanziaria da parte del NHS dei trattamenti ospedalieri disponibili in un altro Stato membro scoraggia, o addirittura trattiene, i pazienti di cui trattasi dal rivolgersi ai prestatori di trattamenti ospedalieri stabiliti in un diverso Stato membro e costituisce, sia per tali pazienti sia per i prestatori, un ostacolo alla libera prestazione dei servizi.

Tuttavia, essa considera che **una tale restrizione può essere giustificata da ragioni imperative**. Infatti, essa afferma che, nella prospettiva di garantire la possibilità di accesso sufficiente e permanente a cure ospedaliere di qualità, nonché di assicurare un controllo dei costi ed evitare ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche ed umane, l'esigenza di una previa autorizzazione per l'assunzione da parte del sistema nazionale degli oneri finanziari delle cure ospedaliere previste in un altro Stato membro appare come una misura al contempo necessaria e ragionevole.

E' tuttavia necessario che le condizioni poste alla concessione di una tale autorizzazione siano giustificate con riguardo alle esigenze imperative suesposte e che soddisfino il requisito di proporzionalità. **Orbene, la normativa relativa al NHS non precisa i criteri di concessione o di rifiuto dell'autorizzazione preliminare necessaria per l'assunzione degli oneri delle cure dispensate in un ambito ospedaliero situato in un altro Stato membro. Essa non inquadra dunque l'esercizio del potere di valutazione delle autorità nazionali competenti a tale riguardo. Tale mancato inquadramento giuridico rende peraltro difficile il sindacato giurisdizionale delle decisioni di rifiuto di autorizzazione.**

A questo proposito, la Corte statuisce che, quando il lasso di tempo che deriva da tali liste d'attesa risulta eccedere, nel singolo caso interessato, il tempo accettabile tenuto conto di una valutazione medica oggettiva del complesso delle circostanze che caratterizzano la situazione e le esigenze cliniche dell'interessato, **l'istituzione competente non può rifiutare l'autorizzazione fondandosi su motivi relativi all'esistenza di tali liste d'attesa, ad un pregiudizio nei confronti del normale ordine delle priorità** collegate al grado d'urgenza dei casi da trattare, alla **gratuità delle cure ospedaliere**, all'obbligo di prevedere **modalità finanziarie specifiche** ai fini dell'assunzione degli oneri del trattamento previsto in un altro Stato membro e/o **ad un confronto dei costi** di tale trattamento e di quelli di un trattamento equivalente nello Stato membro di residenza.

Di conseguenza, le autorità responsabili di un servizio sanitario nazionale come il NHS devono prevedere meccanismi di assunzione degli oneri finanziari delle cure ospedaliere fornite in un altro Stato membro a pazienti ai quali il detto servizio non sarebbe in grado di fornire il trattamento richiesto in un tempo accettabile sotto il profilo medico.

Le modalità di rimborso

La Corte afferma che **il paziente che è stato autorizzato a ricevere un trattamento ospedaliero in un altro Stato membro (Stato del trattamento), o che ha subito un rifiuto di autorizzazione infondato, è legittimato all'assunzione da parte dell'istituzione competente**

del costo del trattamento secondo le disposizioni della legislazione dello Stato del trattamento, come se egli fosse appartenente a quest'ultimo.

Nell'ipotesi di una mancata assunzione finanziaria integrale, il ristabilimento del paziente nelle condizioni in cui si sarebbe trovato se il servizio sanitario nazionale a cui esso appartiene fosse stato in grado di fornirgli gratuitamente, in un tempo accettabile sotto il profilo medico, un trattamento equivalente a quello ricevuto nello Stato membro del trattamento comporta, per l'istituzione competente, un obbligo di intervento complementare a favore dell'interessato per un ammontare pari alla differenza tra, da una parte, l'importo corrispondente al costo di tale trattamento equivalente nello Stato di residenza, non eccedente la misura dell'importo fatturato per il trattamento ricevuto nello Stato del trattamento, e, dall'altra, l'importo dell'intervento dell'istituzione del detto Stato derivante dall'applicazione della legislazione di tale Stato, quando il primo importo è superiore al secondo. **Al contrario, quando il costo fatturato nello Stato del trattamento è superiore** al costo di un trattamento equivalente nello Stato membro di residenza, l'istituzione competente **deve coprire la differenza del costo** del trattamento ospedaliero tra i due Stati membri soltanto nella misura del prezzo del trattamento equivalente nello Stato di residenza.

Per quanto riguarda **le spese di viaggio e di alloggio**, dato che l'obbligo che grava in capo all'istituzione competente verte esclusivamente sulle spese collegate alle cure sanitarie ricevute dal paziente nello Stato membro del trattamento, esse **sono assunte finanziariamente soltanto** se la legislazione dello Stato membro competente imponga al sistema nazionale un corrispondente obbligo di assunzione finanziaria nell'ambito di un trattamento offerto in un istituto locale facente parte del detto sistema.

*Documento non ufficiale ad uso degli organi d'informazione che non impegna
la Corte di giustizia*

Lingue disponibili: tutte

Il testo integrale della sentenza si trova sul sito Internet della Corte

<http://curia.eu.int/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang=IT&Submit=rechercher&numaff=C-372/04>

Di regola tale testo può essere consultato il giorno della pronuncia dalle ore 12 CET.

Per maggiori informazioni rivolgersi alla dott.ssa Raffaella Cetrulo

tel. (00352) 4303 2968 fax (00352) 4303 2674

*Talune immagini della lettura della sentenza sono disponibili su EbS «Europe by Satellite»,
servizio reso dalla Commissione europea, Direzione generale Stampa e Comunicazione.*

L-2920 Lussemburgo, tel. (00352) 4301 35177, fax (00352) 4301 35249

o B-1049 Bruxelles, tel. (0032) 2 2964106, fax (0032) 2 2965956

Parti nella causa principale

Ricorrente: Land Oberösterreich

Convenuta: ČEZ, as

Oggetto

Interpretazione dell'art. 16, n. 1, lett. a), della Convenzione di Bruxelles — Competenza esclusiva «in materia di diritti reali immobiliari» — Azione preventiva intesa a far cessare le turbative causate ad un fondo agricolo da una vicina centrale nucleare, situata sul territorio di uno Stato non contraente

Dispositivo

L'art. 16, punto 1, lett. a), della Convenzione 27 settembre 1968, concernente la competenza giurisdizionale e l'esecuzione delle decisioni in materia civile e commerciale, come da ultimo modificata dalla Convenzione 29 novembre 1996, relativa all'adesione della Repubblica d'Austria, della Repubblica di Finlandia e del Regno di Svezia, deve essere interpretato nel senso che non rientra nell'ambito di applicazione di detta disposizione un'azione che, come quella proposta nella causa principale sulla base dell'art. 364, n. 2, del codice civile austriaco (Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch), sia diretta ad impedire le immissioni che producono o che rischiano di produrre i loro effetti su proprietà immobiliari di cui la parte attrice è proprietaria e sono costituite da radiazioni ionizzanti provenienti da una centrale nucleare situata nel territorio di uno Stato confinante con quello in cui tali beni sono ubicati.

(¹) GU C 215 del 9.10.2004.

Sentenza della Corte (Grande Sezione) 16 maggio 2006 (domanda di pronuncia pregiudiziale proposta dalla Court of Appeal (Civil Division) (Regno Unito) — Yvonne Watts, The Queen/Bedford Primary Care Trust, Secretary of State for Health

(Causa C-372/04) (¹)

(Previdenza sociale — Sistema sanitario nazionale finanziato dallo Stato — Spese mediche assunte in un altro Stato membro — Artt. 48-50 CE e 152, n. 5, CE — Art. 22 del regolamento (CEE) n. 1408/71)

(2006/C 165/11)

Lingua processuale: l'inglese

Giudice del rinvio

Court of Appeal (Civil Division)

Parti nella causa principale

Ricorrente: Yvonne Watts, The Queen

Convenuti: Bedford Primary Care Trust, Secretary of State for Health

Oggetto

Domanda di pronuncia pregiudiziale — Court of Appeal (Civil Division) — Interpretazione degli artt. 48, 49, 50, 55 e 152, n. 5, CE, nonché dell'art. 22 del regolamento (CEE) del Consiglio 14 giugno 1971, n. 1408, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, nella sua versione modificata e aggiornata dal regolamento (CE) del Consiglio 2 dicembre 1996 (GU L 28, pag. 1), nonché dal regolamento (CEE) del Consiglio 21 marzo 1972, n. 574, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento n. 1408/71, nella sua versione modificata e aggiornata dal regolamento n. 118/97 — Condizioni di rimborso delle spese di ospedalizzazione sostenute, senza previa autorizzazione, in uno Stato membro diverso da quello dell'istituzione competente

Dispositivo

- 1) *L'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento (CEE) del Consiglio 14 giugno 1971, n. 1408, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, nella versione modificata e aggiornata dal regolamento (CE) del Consiglio 2 dicembre 1996, n. 118/97, deve essere interpretato nel senso che, per essere legittimata a rifiutare l'autorizzazione di cui al n. 1, lett. c), sub i), di tale articolo per un motivo relativo all'esistenza di un tempo di attesa per un trattamento ospedaliero l'istituzione competente è tenuta a stabilire che tale tempo non superi il periodo accettabile in base ad una valutazione medica oggettiva dei bisogni clinici dell'interessato, alla luce del complesso dei parametri che caratterizzano la sua situazione clinica al momento in cui la domanda di autorizzazione è proposta o, eventualmente, rinnovata.*
- 2) *L'art. 49 CE si applica ad una situazione in cui una persona, il cui stato di salute necessita cure ospedaliere, si reca in un altro Stato membro e ivi riceve tali cure dietro corrispettivo, senza che ci sia bisogno di esaminare se le prestazioni di cure ospedaliere fornite nell'ambito del sistema nazionale cui appartiene tale persona costituiscano esse stesse servizi ai sensi delle disposizioni sulla libera prestazione di servizi.*

L'art. 49 CE deve essere interpretato nel senso che non osta a che l'assunzione degli oneri di cure ospedaliere previste in un istituto situato in un altro Stato membro dipenda dal conseguimento di una previa autorizzazione dell'istituzione competente.

Un rifiuto di autorizzazione preliminare non può essere fondato sulla sola esistenza di liste d'attesa destinate a programmare e a gestire l'offerta ospedaliera in funzione di priorità cliniche prestabilite in termini generali, senza che si abbia proceduto ad una valutazione medica oggettiva della situazione clinica del paziente, della sua anamnesi, dell'eventuale decorso della sua malattia, dell'intensità del suo dolore e/o della natura della sua infermità al momento della presentazione o del rinnovo della domanda di autorizzazione.

Quando il lasso il tempo che deriva da tali liste d'attesa risulta eccedere il tempo accettabile tenuto conto di una valutazione medica oggettiva degli elementi citati, l'istituzione competente non può rifiutare l'autorizzazione sollecitata fondandosi su motivi relativi all'esistenza di tali liste d'attesa, ad un preteso pregiudizio nei confronti del normale ordine delle priorità collegate al rispettivo grado d'urgenza dei casi da trattare, alla gratuità delle cure ospedaliere dispensate nell'ambito del sistema nazionale in questione, all'obbligo di prevedere modalità finanziarie specifiche ai fini dell'assunzione degli oneri del trattamento previsto in un altro Stato membro e/o ad un confronto dei costi di tale trattamento e di quelli di un trattamento equivalente nello Stato membro competente.

- 3) L'art. 49 CE deve essere interpretato nel senso che, nell'ipotesi in cui la normativa dello Stato membro competente preveda la gratuità dei trattamenti ospedalieri erogati nell'ambito di un servizio sanitario nazionale, e in cui la normativa dello Stato membro, nel quale un paziente appartenente al detto servizio è stato o avrebbe dovuto essere autorizzato a ricevere un trattamento ospedaliero a spese di tale servizio, non preveda un'assunzione integrale del costo del detto trattamento, deve essere concesso a tale paziente, da parte dell'istituzione competente, un rimborso corrispondente alla differenza eventuale tra, da una parte, l'importo del costo, oggettivamente quantificato, di un trattamento equivalente in un istituto del servizio di cui trattasi, non eccedente eventualmente, la misura dell'importo globale fatturato per il trattamento offerto nello Stato membro di soggiorno, e, dall'altra, l'importo per cui l'istituzione di tale ultimo Stato è tenuta ad intervenire, ai sensi dell'art. 22, n. 1, lett. c), sub i), del regolamento n. 1408/71, nella versione modificata ed aggiornata dal regolamento n. 118/97, per conto dell'istituzione competente, in applicazione delle disposizioni della normativa di tale Stato membro.

L'art. 22, n. 1, lett. c), sub i), del regolamento n. 1408/71 deve essere interpretato nel senso che il diritto che esso conferisce al paziente di cui trattasi verte esclusivamente sulle spese collegate alle cure sanitarie ottenute da tale paziente nello Stato membro di soggiorno, vale a dire, per quanto riguarda cure di natura ospedaliera, i costi delle prestazioni mediche propriamente dette nonché le spese, indissociabilmente collegate, relative al soggiorno dell'integrato nell'istituto ospedaliero.

L'art. 49 CE deve essere interpretato nel senso che un paziente che è stato autorizzato a recarsi in un altro Stato membro per ivi ricevere trattamenti ospedalieri o che ha subito un rifiuto di autorizzazione che successivamente è giudicato infondato è legittimato a reclamare all'istituzione competente l'assunzione delle spese supplementari collegate a tale trasferimento transfrontaliero per scopi medici solo se la normativa dello Stato membro competente impone al sistema nazionale un obbligo di assunzione degli oneri corrispondente nell'ambito di un trattamento offerto in un istituto locale del detto sistema.

- 4) Non viola l'art. 152, n. 5, CE l'obbligo per l'istituzione competente, a tenore sia dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, nella versione modificata ed aggiornata dal regolamento n. 118/97, sia dell'art. 49 CE, di autorizzare un paziente che appartiene al servizio sanitario nazionale di ottenere, a carico della detta istituzione, un trattamento ospedaliero in un altro Stato membro quando il tempo di attesa eccede il tempo accettabile in base ad

una valutazione medica oggettiva dello stato e dei bisogni clinici del paziente interessato.

(¹) GU C 273 del 6.11.2004.

Sentenza della Corte (Terza Sezione) 11 maggio 2006 (domanda di pronuncia pregiudiziale proposta dalla Court of Appeal (Civil Division) (Regno Unito) — Commissioners of Customs & Excise, Attorney General/Federation of Technological Industries e a.

(Causa C-384/04) (¹)

(Sesta direttiva IVA — Artt. 21, n. 3, e 22, n. 8 — Misure nazionali di lotta antifrode — Responsabilità solidale per il versamento dell'IVA — Costituzione di una garanzia per l'IVA dovuta da parte di un altro operatore)

(2006/C 165/12)

Lingua processuale: l'inglese

Giudice del rinvio

Court of Appeal (Civil Division)

Parti nella causa principale

Ricorrenti: Commissioners of Customs & Excise, Attorney General

Convenuti: Federation of Technological Industries e a.

Oggetto

Domanda di pronuncia pregiudiziale — Court of Appeal (Civil Division) — Interpretazione della sesta direttiva del Consiglio 17 maggio 1977, 77/388/CEE, in materia di armonizzazione delle legislazioni degli Stati Membri relative alle imposte sulla cifra di affari — Sistema comune di imposta sul valore aggiunto: base imponibile uniforme (GU L 145, pag. 1) — Portata dell'art. 21, n. 3, in base al quale gli Stati membri possono disporre che un soggetto distinto dal debitore di imposta risponda in solido del pagamento dell'imposta — Frodi di tipo carosello

Dispositivo

- 1) L'art. 21, n. 3, della sesta direttiva del Consiglio 17 maggio 1977, 77/388/CEE, in materia di armonizzazione delle legislazioni degli Stati membri relative alle imposte sulla cifra di affari — Sistema comune di imposta sul valore aggiunto: base imponibile uniforme, quale modificata dalle direttive del Consiglio 17 ottobre 2000, 2000/65/CE, e 20 dicembre 2001, 2001/115/CE, deve essere interpretato nel senso che esso permette ad uno Stato membro di adottare una normativa, quale quella di cui alla causa principale, ai sensi della quale un soggetto passivo,

Ricorso del 30 agosto 2004 contro la Repubblica italiana, presentato dalla Commissione delle Comunità europee

(Causa C-371/04)

(2004/C 273/28)

Il 30 agosto 2004, la Commissione delle Comunità europee, rappresentata dai signori Gérard Rozet e Antonio Aresu, in qualità di agenti, ha presentato alla Corte di giustizia delle Comunità europee un ricorso contro la Repubblica italiana.

La ricorrente conclude che la Corte voglia:

- constatare che la Repubblica italiana, non tenendo conto dell'esperienza professionale e dell'anzianità acquisite in un altro Stato membro da un lavoratore comunitario assunto nella funzione pubblica italiana, è venuta meno agli obblighi ad essa incombenti ai sensi degli artt. 10 CE e 39 CE e dell'art. 7, n. 1, del regolamento del Consiglio 1612/68⁽¹⁾, del 15 ottobre 1968, relativo alla libera circolazione dei lavoratori all'interno della Comunità;
- condannare la Repubblica italiana al pagamento delle spese processuali.

Motivi e principali argomenti:

I servizi della Commissione hanno ricevuto denunce secondo le quali le autorità italiane competenti si sono rifiutate di considerare, ai fini della determinazione delle relative spettanze professionali, l'esperienza professionale o l'anzianità che i denunciati hanno maturato in un altro Stato membro.

Alla luce della giurisprudenza della Corte di giustizia europea, la Commissione ritiene che il principio della parità di trattamento dei lavoratori comunitari stabilito nell'articolo 39 del Trattato CE e nell'articolo 7, paragrafo 1, del regolamento n. 1612/68 debba essere interpretato nel senso che i periodi precedenti di occupazione comparabile, maturati dai lavoratori comunitari nel settore pubblico di un altro Stato membro, devono essere presi in considerazione dall'amministrazione italiana, ai fini della determinazione delle relative spettanze professionali, come se si trattasse di esperienza acquisita nel sistema italiano.

La Commissione ritiene dunque che la Repubblica italiana sia venuta meno agli obblighi ad essa incombenti ai sensi dell'articolo 39 CE e dell'articolo 7, paragrafo 1, del regolamento n. 1612/68.

La Commissione ritiene anche che il fatto che le autorità italiane abbiano mancato di rispondere alle sue richieste d'informazioni ha reso più difficile l'adempimento dei compiti della Commissione derivanti dal Trattato, in violazione dell'obbligo di cooperazione posto dall'articolo 10 CE.

⁽¹⁾ GU L 257 del 19.10.1968, p. 2

Domanda di pronuncia pregiudiziale, proposta dalla Court of Appeal (England & Wales) (Civil Division), con ordinanza 12 luglio 2004, nel procedimento The Queen ex parte Yvonne Watts contro 1) Bedford Primary Care Trust, 2) The Secretary of State for Health

(Causa C-372/04)

(2004/C 273/29)

Con ordinanza 12 luglio 2004 pervenuta nella cancelleria della Corte il 27 agosto 2004, nel procedimento The Queen ex parte Yvonne Watts contro 1) Bedford Primary Care Trust, 2) The Secretary of State for Health, la Court of Appeal (England & Wales) (Civil Division) ha sottoposto alla Corte delle Comunità europee le seguenti questioni pregiudiziali:

Questione n. 1

Se, tenuto conto della natura del Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito (NHS) e della sua collocazione nel contesto del diritto nazionale, l'art. 49 CE, letto alla luce delle sentenze Geraets Smits, Muller – Fauré ed Inizan, debba essere interpretato nel senso che in linea di principio la normativa comunitaria conferisce alle persone residenti nel Regno Unito il diritto di ricevere un trattamento ospedaliero in altri Stati membri, a spese del Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito («NHS»).

In particolare se, interpretando correttamente l'art. 49 CE:

- a) esista una distinzione tra un servizio sanitario nazionale finanziato dallo Stato come l'NHS e fondi assicurativi quali il sistema olandese ZFW, in particolare considerando che l'NHS non dispone di alcun fondo per il pagamento [del trattamento in oggetto];
- b) l'NHS sia tenuto ad autorizzare ed a pagare tale trattamento in un altro Stato membro, pur non essendo tenuto ad autorizzarne né a pagarne l'erogazione privata da parte di un prestatore di servizi del Regno Unito;
- c) rilevi il fatto che il paziente si sia procurato il trattamento sanitario indipendentemente dall'organismo competente dell'NHS e senza previa autorizzazione o notifica.

Questione n. 2

Se, per risolvere la questione n. 1, sia rilevante accertare che il trattamento ospedaliero prestato dall'NHS costituisca, esso stesso, la prestazione di servizi di cui all'art. 49 CE.

In caso di soluzione affermativa, se, sulla base delle circostanze di fatto in precedenza esposte, gli artt. 48, 49 e 50 CE debbano essere interpretati nel senso che, in linea di principio:

- 1) la prestazione di un trattamento ospedaliero da parte degli enti dell'NHS costituisce la prestazione di servizi ai sensi dell'art. 49 CE;
- 2) il paziente che riceve un trattamento ospedaliero nell'ambito dell'NHS come tale esercita la libertà di avvalersi della prestazione dei servizi ai sensi dell'art. 49 CE; e
- 3) gli enti dell'NHS che erogano trattamento ospedaliero sono prestatori di servizi ai sensi degli artt. 48 e 50 CE.

Questione n. 3

Se, qualora l'art. 49 CE si applichi all'NHS, quest'ultimo o il Secretary of State possano invocare, come obbiettiva giustificazione per rifiutare la previa autorizzazione al trattamento ospedaliero in un altro Stato membro:

- a) il fatto che l'autorizzazione comprometterebbe seriamente il sistema adottato dall'NHS di gestione delle priorità cliniche attraverso liste di attesa;
- b) il fatto che l'autorizzazione permetterebbe a pazienti con esigenze mediche meno urgenti di scavalcare pazienti con esigenze mediche più urgenti;
- c) il fatto che l'autorizzazione avrebbe l'effetto di sviare le risorse destinandole a trattamenti meno urgenti a vantaggio di coloro che sono disposti a recarsi all'estero, danneggiando quindi coloro che non desiderano o non possono spostarsi all'estero, oppure l'effetto di aumentare i costi degli enti dell'NHS;
- d) il fatto che l'autorizzazione potrebbe costringere il Regno Unito ad accrescere il bilancio dell'NHS o a ridurre la gamma dei trattamenti disponibili nell'ambito dell'NHS;
- e) i costi comparativi del trattamento ed i costi addizionali del trattamento stesso nell'altro Stato membro.

Questione n. 4

Nello stabilire se il trattamento sia disponibile senza indebito ritardo ai fini dell'art. 49 CE, in qual misura sia necessario o consentito tenere conto in particolare dei seguenti elementi:

- a) i tempi di attesa;
- b) la priorità clinica concessa al trattamento dall'organismo competente dell'NHS;
- c) la gestione della prestazione dell'assistenza ospedaliera coerentemente con le priorità intese a dare i migliori risultati in presenza di risorse limitate;
- d) il fatto che il trattamento dell'NHS sia prestato gratuitamente nel luogo di erogazione del servizio;
- e) la situazione clinica individuale del paziente, l'anamnesi ed il probabile decorso della malattia per cui il paziente chiede il trattamento.

Questione n. 5

Se, in base ad una corretta interpretazione dell'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71⁽¹⁾ ed in particolare delle parole «entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione»:

- a) i criteri applicabili siano identici a quelli applicabili nel determinare le questioni dell'indebito ritardo, ai fini dell'art. 49 CE; e, in caso di soluzione negativa:
- b) in quale misura sia necessario o consentito tener conto degli elementi menzionati nella questione n. 4.

Questione n. 6

Se, qualora uno Stato membro sia tenuto ai sensi del diritto comunitario a finanziare il trattamento ospedaliero in altri Stati membri di persone residenti nel primo Stato membro, il costo di tale assistenza debba essere calcolato, a norma dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, con riferimento alla legislazione dello Stato membro in cui il trattamento viene prestato o, ai sensi dell'art. 49 CE, con riferimento alla legislazione dello Stato membro di residenza.

In ogni caso:

- a) Quale sia la precisa portata dell'obbligo di pagare o di rimborsare le spese, in particolare quando, come nel caso del Regno Unito, il trattamento ospedaliero è prestato gratuitamente ai pazienti nel luogo di svolgimento del servizio e non è stata fissata nell'ambito nazionale alcuna tariffa per rimborsare ai pazienti il costo del trattamento.
- b) Se l'obbligo sia limitato alle spese effettive che si dovrebbero sostenere per fornire lo stesso trattamento o un trattamento equivalente nel primo Stato membro.
- c) Se esso includa l'obbligo di rimborsare le spese di viaggio e di sistemazione.

Questione n. 7

Se l'art. 49 CE e l'art. 22 del regolamento n. 1408/71 debbano essere interpretati nel senso che impongono ad uno Stato membro l'obbligo di finanziare il trattamento ospedaliero in altri Stati membri indipendentemente dalle esigenze di bilancio e, in questo caso, se detti obblighi siano compatibili con la responsabilità riconosciuta agli Stati membri dall'art. 152, n. 5, CE di organizzare ed erogare i servizi sanitari e l'assistenza medica.

⁽¹⁾ Regolamento (CEE) del Consiglio 14 giugno 1971, n. 1408, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità.

SENTENZA DELLA CORTE (Grande Sezione)

16 maggio 2006 (*)

«Previdenza sociale – Sistema sanitario nazionale finanziato dallo Stato – Spese mediche assunte in un altro Stato membro – Artt. 48 CE - 50 CE e 152, n. 5, CE – Art. 22 del regolamento (CEE) n. 1408/71»

Nel procedimento C-372/04,

avente ad oggetto la domanda di pronuncia pregiudiziale proposta alla Corte, ai sensi dell'art. 234 CE, dalla Court of Appeal (England & Wales) (Civil Division) (Regno Unito) con decisione 12 luglio 2004, pervenuta in cancelleria il 27 agosto 2004, nella causa tra

The Queen, su richiesta di :

Yvonne Watts

contro

Bedford Primary Care Trust,

Secretary of State for Health,

LA CORTE (Grande Sezione),

composta dal sig. V. Skouris, presidente, dai sigg. P. Jann, C.W.A. Timmermans e A. Rosas, presidenti di sezione, dal sig. R. Schintgen, dalla sig.ra N. Colneric, dai sigg. K. Lenaerts (relatore), J. Klučka, U. Löhmus, E. Levits e A. Ó Caoimh, giudici,

avvocato generale: sig. L. A. Geelhoed

cancelliere: sig.ra L. Hewlett, amministratore principale,

vista la fase scritta del procedimento e in seguito alla trattazione orale del 4 ottobre 2005,

considerate le osservazioni presentate:

- per la sig.ra Watts, dai sigg. R. Gordon, QC, e J. Hyam, barrister;
- per il governo del Regno Unito, dalle sig.re E. O'Neill e S. Nwaokolo, in qualità di agenti, assistite dai sigg. D. Lloyd-Jones e D. Wyatt, QC, nonché dalla sig.ra S. Lee, barrister;
- per il governo belga, dal sig. M. Wimmer, in qualità di agente;
- per il governo spagnolo, dai sigg. E. Braquehais Conesa e J. M. Rodríguez Cárcamo, in qualità di agenti;
- per il governo francese, dal sig. G. de Bergues e dalla sig.ra C. Bergeot-Nunes, in qualità di agenti;
- per l'Irlanda, dal sig. D. O'Hagan, in qualità di agente, assistito dal sig. N. Travers, BL;

- per il governo maltese, dal sig. S. Camilleri, in qualità di agente, assistito dal sig. S. Mifsud, avukat;
- per il governo polacco, dal sig. P. Sadowy, in qualità di agente;
- per il governo finlandese, dalla sig.ra T. Pynnä, in qualità di agente;
- per il governo svedese, dalla sig.ra K. Norman e dal sig. A. Kruse, in qualità di agenti;
- per la Commissione delle Comunità europee, dal sig. D. Martin e dalla sig.ra N. Yerrell, in qualità di agenti,

sentite le conclusioni dell'avvocato generale, presentate all'udienza del 15 dicembre 2005,

ha pronunciato la seguente

Sentenza

- 1 La domanda di pronuncia pregiudiziale verte sull'interpretazione degli artt. 48 CE - 50 CE e 152, n. 5, CE, nonché dell'art. 22 del regolamento (CEE) del Consiglio 14 giugno 1971, n. 1408, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, nella versione modificata e aggiornata dal regolamento (CE) del Consiglio 2 dicembre 1996, n. 118/97 (GU 1997, L 28, pag. 1; in prosieguo: il «regolamento n. 1408/71»).
- 2 Tale domanda è stata presentata nell'ambito di una controversia sorta dal rifiuto del Bedford Primary Care Trust (in prosieguo: il «Bedford PCT») di rimborsare il costo di un trattamento ospedaliero ricevuto in Francia dalla sig.ra Watts, che risiede in Gran Bretagna.

Contesto normativo

La normativa comunitaria

- 3 L'art. 22 del regolamento n. 1408/71, intitolato «Dimora fuori dello Stato competente - Ritorno o trasferimento di residenza in un altro Stato membro durante una malattia o una maternità - Necessità di recarsi in un altro Stato per ricevere le cure adatte», così dispone:

«1. II lavoratore subordinato o autonomo che soddisfa alle condizioni richieste dalla legislazione dello Stato competente per aver diritto alle prestazioni, tenuto conto eventualmente di quanto disposto dall'articolo 18, e

(...)

- c) che è autorizzato dall'istituzione competente a recarsi nel territorio di un altro Stato membro per ricevere le cure appropriate al suo stato,

ha diritto:

- i) alle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora (...) secondo le disposizioni della legislazione che

essa applica, come se fosse ad essa iscritto; tuttavia, la durata dell'erogazione delle prestazioni è determinata dalla legislazione dello Stato competente;

(...)

2. (...)

L'autorizzazione richiesta a norma del paragrafo 1, lett. c), non può essere rifiutata quando le cure di cui trattasi figurano fra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro nel cui territorio l'interessato risiede, se le cure stesse, tenuto conto dello stato di salute dello stesso nel periodo in questione e della probabile evoluzione della malattia, non possono essergli praticate entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione nello Stato membro di residenza.

(...)».

- 4 Come risulta dalla decisione della commissione amministrativa delle Comunità europee per la sicurezza sociale dei lavoratori migranti 7 ottobre 1993, n. 153 (94/604/CE), relativa ai modelli dei formulari necessari per l'applicazione dei regolamenti del Consiglio (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 (E 001, E 103-E 127) (GU 1994, L 244, pag. 22), il formulario E 112 è l'attestato necessario per l'applicazione dell'art. 22, n. 1, lett. c), sub i), del regolamento n. 1408/71.

La normativa nazionale

- 5 La legge del 1977 sul servizio sanitario nazionale (National Health Service Act 1977; in prosieguo: l'«NHS Act») dispone che il Ministro della Sanità è tenuto ad assicurare un servizio sanitario nazionale in Inghilterra e nel Galles.
- 6 Tale obbligo è precisato come segue negli artt. 1 e 3 dell'NHS Act:

«Articolo 1

1. (1) È compito del Ministro continuare a promuovere in Inghilterra e nel Galles un servizio sanitario ampio, inteso a garantire il miglioramento

- a) della salute fisica e mentale della popolazione di tali paesi, e
- b) della prevenzione, della diagnosi e del trattamento della malattia, fornendo o garantendo, a questo scopo, l'effettiva prestazione dei servizi in conformità della presente legge.

(2) I servizi così prestati devono essere gratuiti fatta eccezione per il caso in cui l'imposizione e il recupero di spese siano espressamente previsti da e in una qualsivoglia disciplina legale, quale che sia il momento della sua emanazione.

(...)

Articolo 3

3. (1) È compito del Ministro segretario di Stato fornire ovunque in Inghilterra e nel Galles, nella misura che egli ritenga necessaria a soddisfare ogni ragionevole esigenza,

- a) ricovero ospedaliero;
- b) altro ricovero necessario per la prestazione di servizi ai sensi di questa legge;
- c) servizi medici, odontoiatrici, infermieristici e di ambulanze;

- d) ogni altra struttura per l'assistenza alle gestanti, alle madri che allattano ed ai neonati nella misura in cui la ritenga appropriata come parte del servizio sanitario;
- e) servizi per la prevenzione delle malattie, l'assistenza alle persone affette da patologie e la convalescenza delle persone che hanno sofferto di malattie, nella misura in cui li ritenga appropriati come parte del servizio sanitario;
- f) ogni altro servizio necessario per la diagnosi ed il trattamento delle malattie».

- 7 Secondo le indicazioni fornite dalla decisione di rinvio, il National Health Service (servizio sanitario nazionale; in prosieguo: l'«NHS») presenta le seguenti caratteristiche principali.
- 8 L'assistenza ospedaliera è dispensata gratuitamente dagli enti dell'NHS, senza scopo di lucro, a chiunque risieda abitualmente nel Regno Unito.
- 9 Tale assistenza è finanziata direttamente dallo Stato, essenzialmente grazie ad entrate fiscali che sono ripartite dal governo tra i centri locali di assistenza primaria (i Primary Care Trust; in prosieguo: i «PCT») in funzione delle rispettive esigenze della popolazione della loro zona geografica.
- 10 Non esiste un sistema di contributi del lavoratore o del datore di lavoro per il finanziamento dell'NHS. Non è previsto un sistema di quote di spese sanitarie a carico del paziente.
- 11 Non esistono liste nazionali di prestazioni mediche da fornire.
- 12 L'accesso all'assistenza ospedaliera dipende in linea di massima dalla prescrizione di un medico generico.
- 13 Poiché i finanziamenti attribuiti dal governo all'NHS non sono sufficienti per permettere a tutti i pazienti, quale che sia il grado di urgenza, di ottenere rapidamente assistenza, l'NHS utilizza le risorse disponibili stabilendo priorità, il che si concreta in liste d'attesa relativamente lunghe per i trattamenti che non sono molto urgenti. Gli enti dell'NHS decidono, nei limiti della copertura finanziaria che è stata loro attribuita, la ponderazione delle priorità cliniche nel rispetto di direttive nazionali.
- 14 Le liste d'attesa mirano, da una parte, ad assicurare la prestazione di assistenza ospedaliera in conformità delle priorità e delle decisioni degli enti dell'NHS per quanto riguarda l'uso delle risorse disponibili e, dall'altra, a garantire l'equità tra i pazienti che necessitano di un trattamento ospedaliero per differenti problemi di salute e con gradi d'urgenza diversi.
- 15 I pazienti appartenenti all'NHS non hanno il diritto di beneficiare di un trattamento particolare in un momento determinato. Il tipo, il luogo, il momento e la durata dell'assistenza ospedaliera sono determinati in funzione delle priorità cliniche e delle risorse dell'ente competente dell'NHS, e non a scelta del paziente. Le decisioni degli enti dell'NHS possono essere oggetto di un ricorso di annullamento, ma tali ricorsi vengono molto spesso respinti.
- 16 Tenuto conto della gratuità delle cure erogate nell'ambito dell'NHS, la questione del loro rimborso al paziente non si pone e non è disciplinata. Non esistono, di conseguenza, tariffe di rimborso nella legislazione britannica.
- 17 I pazienti dell'NHS non possono pretendere assistenza ospedaliera nel settore privato in Inghilterra e nel Galles a spese dell'NHS.

- 18 I PCT sono enti pubblici istituiti a norma dell'art. 16 A dell'NHS Act, come inserito dall'art. 2 della legge del 1999 sulla sanità (Health Act 1999) e modificato dalla legge del 2002, recante riforma del servizio sanitario nazionale e relativa alle professioni sanitarie (National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002). La loro composizione è stabilita mediante regolamento. Alcuni dei loro membri sono designati dal Ministro. Il ruolo dei PCT consiste nel pianificare e garantire l'assistenza sanitaria a livello locale, ivi compresi i servizi di medicina generale. Ogni regione è di competenza di un PCT. Durante ogni esercizio finanziario, il Ministro della Sanità versa ai diversi PCT un importo, stabilito nel massimo, destinato a coprire le spese collegate all'assistenza ospedaliera e le spese generali.
- 19 Gli «NHS trust» sono persone giuridiche distinte, che sono state create in forza della legge del 1990 relativa al servizio sanitario nazionale e all'assistenza a domicilio (National Health Service and Community Care Act 1990). L'art. 5, n. 1, di tale legge, come modificata dall'art. 13 della legge del 1999 sulla sanità, dispone che gli NHS trust hanno lo scopo di fornire beni e servizi nell'ambito dell'NHS. Le funzioni di tali trust sono definite con decreto ministeriale. Gli ospedali britannici sono quasi tutti gestiti da un NHS trust. Gli NHS trust sono finanziati con i versamenti dei PCT che corrispondono ai trattamenti e ai servizi medici che questi ordinano loro.
- 20 La collaborazione tra i PCT e gli NHS trust si basa, in forza dell'art. 4 della legge del 1990, su di un sistema di «contratti NHS», che non hanno forza esecutiva, ma a cui è legata una forma speciale di arbitrato interno affidato al ministro competente. I contratti NHS sono generalmente stabiliti sulla base di un accordo che stabilisce la quantità di servizi attesi e il finanziamento corrispondente.
- 21 I PCT e gli NHS trust non sono enti a scopo di lucro. Il finanziamento concesso che non fosse speso può essere rinviato a talune condizioni. Altrimenti, deve essere restituito al governo.
- 22 I pazienti che non risiedono abitualmente nel Regno Unito possono ricevere cure mediche nell'ambito dell'NHS, in linea di massima a titolo oneroso. Il regolamento del 1989 sulle spese fatturate ai pazienti venuti dall'estero [NHS (Charges to Overseas Visitors) Regulations 1989] determina le modalità di fatturazione e di recupero delle spese legate a cure erogate a tali pazienti da parte dell'NHS. I PCT sono obbligati a procedere a tali operazioni, a meno che il paziente rientri in un caso di esenzione precisato dal detto regolamento. Quest'ultimo prevede esenzioni, in particolare, da una parte, per le cure erogate in seno ad un servizio ospedaliero riservato agli incidenti o in seno ad un servizio di pronto soccorso e, dall'altra, per tener conto dei diritti delle persone affiliate al sistema di previdenza sociale di un altro Stato membro.
- 23 Risulta dalla decisione di rinvio che il regolamento n. 1408/71, essendo direttamente applicabile negli Stati membri, non è oggetto di nessuna misura di attuazione nel diritto britannico. Un paziente dell'NHS e che risiede abitualmente nel Regno Unito ha la possibilità di ricevere assistenza ospedaliera in un altro Stato membro in applicazione dell'art. 22, n. 1, lett. c), del detto regolamento. In questo caso, il rimborso dei costi collegati a tale assistenza è effettuato, in conformità di tale regolamento, direttamente a favore dell'istituzione dello Stato membro in cui l'assistenza è stata fornita, al tasso di rimborso in vigore nel detto Stato membro.

Causa principale

- 24 La sig.ra Watts, che soffre di artrite alle anche, si è informata presso il Bedford PCT sulla possibilità di farsi operare all'estero utilizzando un formulario E 112.

- 25 Il 1° ottobre 2002 la signora è stata visitata da un medico specialista britannico che, con lettera 28 ottobre 2002, ha informato il Bedford PCT che il caso della sig.ra Watts meritava lo stesso riguardo di quello di altre sue pazienti colpite da artrite acuta, che la mobilità di tale paziente era gravemente ridotta e che essa soffriva di dolori costanti. Il predetto ha classificato la sig.ra Watts nella categoria dei «casi abitudinari», il che significava per lei un tempo di attesa di circa un anno prima di potersi sottoporre ad un intervento chirurgico in un ospedale locale.
- 26 Il 21 novembre 2002 il Bedford PCT ha comunicato il suo rifiuto di rilasciare alla sig.ra Watts un formulario E 112 poiché la seconda condizione enunciata nell'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71 non era soddisfatta. Esso ha considerato, infatti, che un trattamento poteva essere erogato alla paziente in un ospedale locale «in un lasso di tempo conforme agli obiettivi del piano previdenziale del governo» e, dunque, «senza indebito ritardo».
- 27 Il 12 dicembre 2002, la sig.ra Watts ha avviato una procedura che mirava ad ottenere l'autorizzazione per proporre un ricorso di annullamento avverso tale decisione di rifiuto.
- 28 L'udienza riservata alla ricevibilità di tale ricorso si è tenuta davanti alla High Court of Justice (England & Wales), Queen's Bench Division (Administrative Court), il 22 gennaio 2003. Nel corso di tale udienza si è rilevato che, all'inizio del mese di gennaio 2003, la sig.ra Watts si era recata in Francia per consultare un medico specialista, il quale aveva considerato che la necessità di operare la paziente diventava più urgente a causa di un peggioramento del suo stato di salute. Il Secretary of State for Health (Ministro della Sanità) e il Bedford PCT hanno pertanto suggerito che la sig.ra Watts si facesse rivisitare affinché la decisione 21 novembre 2002 potesse essere riconsiderata.
- 29 Il 31 gennaio 2003 la sig.ra Watts è stata nuovamente visitata dal medico specialista britannico che l'aveva visitata nell'ottobre del 2002. Con lettera datata lo stesso giorno, questi ha comunicato al Bedford PCT che bisognava ormai classificare la sig.ra Watts nella categoria dei pazienti che dovevano essere operati «presto», vale a dire in una categoria intermedia tra quella dei casi più urgenti e quella dei casi abitudinari. Ciò significava che essa sarebbe stata operata entro un lasso di tempo di tre o quattro mesi, vale a dire ad aprile o a maggio del 2003.
- 30 Il 4 febbraio 2003 il Bedford PCT ha ribadito il suo rifiuto di rilasciare un formulario E 112, per il fatto che il tempo di attesa per farsi operare in un ospedale locale era stato ridotto a tre o quattro mesi. Si è nuovamente basato sugli obiettivi di pianificazione dell'NHS per concludere in merito alla mancanza di indebito ritardo nel caso della sig.ra Watts.
- 31 Il 7 marzo 2003 la sig.ra Watts si è fatta apporre una protesi all'anca ad Abbeville (Francia). Essa ha pagato le spese legate a questo intervento medico, di importo equivalente a sterline inglesi (GBP) 3 900.
- 32 Essa ha continuato il procedimento che mira ad ottenere l'autorizzazione per proporre un ricorso di annullamento avverso la decisione di rifiuto del Bedford PCT e ha altresì sollecitato il rimborso delle spese mediche sostenute in Francia.
- 33 Il 1° ottobre 2003 la High Court of Justice (England & Wales), Queen's Bench Division (Administrative Court), che aveva sospeso il giudizio nell'attesa della pronuncia della sentenza della Corte 13 maggio 2003, causa C-385/99, Müller-Fauré e van Riet (Racc. p. I-4509), ha stabilito che le prestazioni mediche di cui la sig.ra Watts ha beneficiato in Francia rientrano nel campo di applicazione dell'art. 49 CE, a dispetto del fatto che il rimborso delle spese collegate al trattamento ricevuto è sollecitato nell'ambito dell'NHS.

- 34 Tale giudice ha tuttavia respinto la domanda della sig.ra Watts. Pur ritenendo che «qualsiasi autorità nazionale che si fosse correttamente ispirata ai principi enunciati dalla [Corte], in particolare nelle sentenze [12 luglio 2001, causa C-157/99, Schmits e Peerbooms (Racc. pag. I-5473),] nonché Muller-Fauré e van Riet, avrebbe dovuto concludere nell'ottobre-novembre 2002 che il termine previsto di circa un anno era sicuramente "indebito", e pertanto tale da far sorgere il diritto della ricorrente, ai sensi dell'art. 49 [CE], al rimborso delle spese sostenute per ottenere un trattamento più tempestivo in un altro Stato membro», esso ha tuttavia stabilito che la sig.ra Watts non aveva dovuto far fronte ad un indebito ritardo dopo il riesame del suo caso alla fine del gennaio 2003. Esso ha considerato che un periodo di attesa di tre o quattro mesi non era tale da attribuire alla sig.ra Watts il diritto di ottenere un trattamento all'estero e non le permetteva di chiedere all'NHS il rimborso delle spese collegate a tale trattamento.
- 35 La sig.ra Watts e il Secretary of State for Health hanno interposto appello contro tale sentenza dinanzi alla Court of Appeal (England and Wales), Civil Division. L'appello interposto dalla sig.ra Watts è stato principalmente motivato con il rigetto della sua domanda di rimborso nonché con le considerazioni contenute nella sentenza di prima istanza, secondo cui il tempo di attesa applicabile ai sensi del diritto nazionale costituisce un elemento rilevante ai fini dell'applicazione dell'art. 49 CE ed un elemento d'importanza fondamentale nel contesto dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71. Il Secretary of State for Health ha basato il suo appello essenzialmente sull'argomento secondo cui i pazienti dell'NHS non hanno il diritto di avvalersi dell'art. 49 CE, di modo che il caso della sig.ra Watts deve essere esclusivamente disciplinato dall'art. 22 del regolamento n. 1408/71.
- 36 Con decisione 20 febbraio 2004, il giudice del rinvio osserva che, tenuto conto delle citate sentenze Smits e Peerbooms, nonché Müller-Fauré e van Riet, i servizi sanitari nazionali finanziati dallo Stato, come l'NHS, rientrano nel campo di applicazione dell'art. 49 CE. Esso aggiunge, tuttavia, come dal punto 98 della citata sentenza Müller-Fauré e van Riet sembri risultare che il diritto, derivato da tale articolo, di ricevere assistenza all'estero dipende dall'esistenza del diritto di ottenere un trattamento nello Stato membro competente, diritto di cui non godono i pazienti britannici nell'ambito dell'NHS.
- 37 Esso considera che, dato che le attività mediche sono prestazioni di servizi ai sensi dell'art. 49 CE, le autorità nazionali incaricate del finanziamento dell'assistenza sanitaria non possono, in linea di principio, impedire ai residenti di ricevere assistenza in un altro Stato membro, a meno che una tale restrizione possa essere giustificata dalla necessità di mantenere un servizio medico ed ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti, non potendo tuttavia farsi valere una tale giustificazione quando si traducesse in un indebito ritardo nella concessione del trattamento al paziente nel suo Stato membro di residenza.
- 38 Esso rileva che, in forza della sentenza 23 ottobre 2003, causa C-56/01, Inizan (Racc. pag. I-12403), la nozione di indebito ritardo deve essere interpretata, come la seconda condizione enunciata all'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71, sulla base di considerazioni di ordine clinico collegate a ciascun singolo caso, e non tenendo conto di tempi normali di attesa e di liste che si basano su considerazioni di natura economica. Esso afferma tuttavia che, finora, la Corte non ha fornito una risposta chiara sul modo di interpretare tale nozione.
- 39 Esso si interroga altresì, alla luce della citata sentenza Inizan, sulla rilevanza delle considerazioni di ordine finanziario nel contesto di una causa come quella oggetto del procedimento principale. Esso si domanda se occorra considerare che uno Stato membro è obbligato ad assegnare risorse destinate a permettere ai suoi cittadini di ricevere all'estero un trattamento in un tempo più breve, rischiando, da una parte, di produrre un prolungamento dei tempi necessari per ottenere un trattamento sul territorio nazionale nei casi più urgenti e, dall'altra, di colpire la gestione delle risorse e la pianificazione del sistema di assistenza sanitaria di cui trattasi.

- 40 Ammesso che siffatto obbligo esista, esso si chiede se lo Stato membro di cui trattasi sia tenuto a rimborsare i costi di un trattamento ricevuto all'estero secondo la legislazione dello Stato membro di soggiorno, in conformità dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, o secondo la propria legislazione, in conformità dell'art. 49 CE. Esso si chiede altresì se le spese di viaggio e di soggiorno debbano essere assunte in una simile ipotesi.
- 41 Esso sottolinea che un obbligo di rimborso secondo la legislazione dello Stato membro competente significherebbe, per un sistema come l'NHS, in cui l'assistenza sanitaria è gratuita, un obbligo di rimborso integrale. Esso considera pertanto, che, se la nozione di indebito ritardo dovesse essere valutata non tenendo conto delle considerazioni di bilancio, l'applicazione dell'art. 49 CE si tradurrebbe in un'intromissione del diritto comunitario nella politica finanziaria degli Stati membri in materia di pubblica sanità, tale da suscitare interrogativi rispetto all'art. 152, n. 5, CE.

Questioni pregiudiziali

- 42 In tale contesto, la Court of Appeal (England & Wales), Civil Division, ha deciso di sospendere il procedimento e di sottoporre alla Corte le seguenti questioni pregiudiziali:
- «1) Se, tenuto conto della natura dell'NHS e della sua collocazione nell'ordinamento giuridico nazionale, l'art. 49 CE, letto alla luce delle sentenze Smits [e Peerbooms], Muller-Fauré [e van Riet], nonché Inizan, debba essere interpretato nel senso che, in linea di principio, la normativa comunitaria conferisce alle persone residenti abitualmente nel Regno Unito il diritto di ricevere un trattamento ospedaliero in altri Stati membri, a spese dell'NHS.

In particolare se, interpretando correttamente l'art. 49 CE:

- a) esista una distinzione tra un servizio sanitario nazionale finanziato dallo Stato come l'NHS e fondi assicurativi quali quelli previsti dal sistema olandese retto dalla ZFW, considerato, in particolare, che l'NHS non dispone di alcun fondo per il pagamento;
 - b) l'NHS sia tenuto ad autorizzare ed a finanziare tale trattamento in un altro Stato membro, pur non essendo tenuto ad autorizzarne né a pagarne l'erogazione da parte di un prestatore di servizi privato del Regno Unito;
 - c) rilevi il fatto che il paziente si sia procurato il trattamento sanitario indipendentemente dall'organismo competente dell'NHS e senza previa autorizzazione o notifica.
- 2) Se, per risolvere la questione n. 1, sia rilevante accertare che il trattamento ospedaliero dispensato dall'NHS costituisca, di per sé, una prestazione di servizi di cui all'art. 49 CE.

In caso di soluzione affermativa, se, sulla base delle circostanze di fatto in precedenza esposte, gli artt. 48 [CE], 49 [CE] e 50 CE debbano essere interpretati nel senso che, in linea di principio:

- a) la prestazione di un trattamento ospedaliero da parte degli enti dell'NHS costituisce una prestazione di servizi ai sensi dell'art. 49 CE;
- b) il paziente che beneficia di un trattamento ospedaliero nell'ambito dell'NHS come tale esercita il suo diritto di ricevere servizi ai sensi dell'art. 49 CE, e
- c) gli enti dell'NHS che erogano il detto trattamento sono prestatori di servizi ai sensi degli artt. 48 CE e 50 CE.

- 3) Se, qualora l'art. 49 CE si applichi all'NHS, quest'ultimo o il Ministro possano invocare, come obiettiva giustificazione per rifiutare la previa autorizzazione al trattamento ospedaliero in un altro Stato membro:
 - a) il fatto che l'autorizzazione comprometterebbe seriamente il sistema adottato dall'NHS di gestione delle priorità cliniche attraverso liste di attesa;
 - b) il fatto che l'autorizzazione permetterebbe a pazienti con esigenze mediche meno urgenti di scavalcare pazienti con esigenze mediche più urgenti;
 - c) il fatto che l'autorizzazione avrebbe l'effetto di sviare le risorse destinandole a trattamenti meno urgenti a vantaggio di coloro che sono disposti a recarsi all'estero, danneggiando quindi coloro che non desiderano o non possono recarsi all'estero, oppure l'effetto di aumentare i costi degli enti dell'NHS;
 - d) il fatto che l'autorizzazione potrebbe costringere il Regno Unito ad aumentare il bilancio dell'NHS o a ridurre la gamma dei trattamenti disponibili nell'ambito dell'NHS;
 - e) i costi comparati del trattamento ed i costi addizionali del trattamento stesso nell'altro Stato membro.
- 4) Nello stabilire se il trattamento sia disponibile senza indebito ritardo ai fini dell'art. 49 CE, in qual misura sia necessario o consentito tenere conto in particolare dei seguenti elementi:
 - a) i tempi di attesa;
 - b) la priorità clinica concessa al trattamento dall'organismo competente dell'NHS;
 - c) la gestione della prestazione dell'assistenza ospedaliera coerentemente con le priorità intese a dare i migliori risultati in presenza di risorse limitate;
 - d) il fatto che il trattamento dell'NHS sia prestato gratuitamente nel luogo di erogazione del servizio;
 - e) la situazione clinica individuale del paziente, l'anamnesi ed il probabile decorso della malattia per cui il paziente chiede il trattamento.
- 5) Se, in base ad una corretta interpretazione dell'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71 e, in particolare, delle parole «entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione»:
 - a) i criteri applicabili siano identici a quelli applicabili nel determinare le questioni dell'indebito ritardo, ai fini dell'art. 49 CE;e, in caso di soluzione negativa:
 - b) in quale misura sia necessario o consentito tener conto degli elementi menzionati nella questione n. 4.
- 6) Se, qualora uno Stato membro sia tenuto, ai sensi del diritto comunitario, a finanziare il trattamento ospedaliero in altri Stati membri di persone abitualmente residenti nel primo Stato membro, il costo di tale assistenza debba essere calcolato, a norma dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, con riferimento alla legislazione dello Stato membro in cui il trattamento viene prestato o, ai sensi dell'art. 49 CE, con riferimento alla legislazione dello Stato membro di residenza.

In ogni caso:

- a) quale sia la precisa portata dell'obbligo di pagare o di rimborsare le spese, in particolare quando, come nel caso del Regno Unito, il trattamento ospedaliero è prestato gratuitamente ai pazienti nel luogo di erogazione del servizio e non è stata fissata nell'ambito nazionale alcuna tariffa per rimborsare ai pazienti il costo del trattamento;
 - b) se l'obbligo sia limitato alle spese effettive che si dovrebbero sostenere per fornire lo stesso trattamento o un trattamento equivalente nel primo Stato membro;
 - c) se esso includa l'obbligo di rimborsare le spese di viaggio e di sistemazione.
- 7) Se l'art. 49 CE e l'art. 22 del regolamento n. 1408/71 debbano essere interpretati nel senso che impongono agli Stati membri l'obbligo di finanziare il trattamento ospedaliero in altri Stati membri indipendentemente dalle esigenze di bilancio e, in questo caso, se tali obblighi siano compatibili con la responsabilità, riconosciuta agli Stati membri dall'art. 152, n. 5, CE, di organizzare ed erogare i servizi sanitari e l'assistenza medica».

Sulle questioni pregiudiziali

Considerazioni preliminari

- 43 Con le sue questioni il giudice del rinvio chiede chiarimenti sia sulla portata delle disposizioni del Trattato CE relative alla libera prestazione dei servizi sia su quella dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71.
- 44 Come suggerito dalla Commissione delle Comunità europee nelle sue osservazioni scritte, occorre pronunciarsi innanzi tutto sulla domanda d'interpretazione dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71.
- 45 Infatti, è pacifico, ai sensi della decisione di rinvio, che la sig.ra Watts ha sollecitato l'autorizzazione di recarsi, tramite un formulario E 112, in un altro Stato membro per ivi ricevere trattamenti appropriati al suo stato, e ciò a carico dell'NHS, in applicazione dell'art. 22, n. 1, lett. c), sub i), del regolamento n. 1408/71. Risulta peraltro dalla detta decisione che il Bedford PCT, cui appartiene la sig.ra Watts, le ha rifiutato tale autorizzazione per il fatto che l'interessata non soddisfaceva le condizioni previste dall'art. 22, n. 2, del detto regolamento.
- 46 L'applicabilità del detto art. 22 nella causa in esame non esclude tuttavia che questa possa altresì rientrare nell'ambito di applicazione dell'art. 49 CE.
- 47 Infatti, da una parte, il fatto che un provvedimento nazionale possa essere eventualmente conforme ad una disposizione di diritto derivato, nel caso di specie l'art. 22 del regolamento n. 1408/71, non produce l'effetto di sottrarre tale provvedimento all'applicazione delle disposizioni del Trattato (sentenza 28 aprile 1998, causa C-158/96, Kohll, Racc. pag. I-1931, punto 25).
- 48 D'altra parte, occorre ricordare che l'art. 22, n. 1, lett. c), sub i), del regolamento n. 1408/71 ha per oggetto di conferire un diritto alle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora, secondo le disposizioni della legislazione dello Stato membro in cui le prestazioni sono erogate, come se l'interessato appartenesse a quest'ultima istituzione (v. sentenza Inizan, cit., punto 20). L'applicabilità dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71 alla situazione di cui

trattasi non esclude che l'interessato possa in via parallela disporre, ai sensi dell'art. 49 CE, del diritto di accedere a trattamenti sanitari in un altro Stato membro a condizioni di assunzione di oneri diverse da quelle previste nel detto art. 22 (v., in tal senso, sentenza 12 luglio 2001, causa C-368/98, Vanbraekel e a., Racc. pag. I-5363, punti 37-53).

- 49 Tenuto conto di quanto precede, occorre rispondere innanzi tutto alla domanda d'interpretazione dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, oggetto della quinta questione, poi alle domande di interpretazione delle disposizioni relative alla libera prestazione dei servizi enunciate dalle prime quattro questioni e, infine, alla sesta e alla settima questione, che riguardano indistintamente l'art. 49 CE e l'art. 22 del regolamento n. 1408/71.
- 50 Al pari della Commissione, si deve ancora rilevare che la causa considerata riguarda esclusivamente prestazioni mediche dispensate in un ambito ospedaliero e che richiedano il soggiorno dell'interessata nell'istituto all'interno del quale le dette prestazioni sono state fornite.

Sulla quinta questione

- 51 Con tale questione il giudice del rinvio chiede, in sostanza, se i criteri d'interpretazione delle parole «entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione», di cui all'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71, siano identici a quelli che servono a definire la nozione di «indebito ritardo» nel contesto dell'art. 49 CE.
- 52 Facendo riferimento a questo punto alla quarta questione, il giudice del rinvio mira parimenti a sapere se, per interpretare il termine di cui all'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71, sia necessario o consentito tener conto dei fattori enumerati in questa quarta questione, vale a dire l'esistenza di tempi di attesa, le priorità cliniche definite dall'ente competente dell'NHS, la gestione dell'offerta di assistenza ospedaliera in funzione di priorità destinate a utilizzare nel modo migliore le risorse limitate, la gratuità dell'assistenza prestata nell'ambito delle strutture dell'NHS nonché la situazione clinica individuale del paziente, l'anamnesi ed il probabile decorso della sua malattia.
- 53 In via preliminare, occorre rammentare che, collocato nell'ambito degli obiettivi generali del Trattato, l'art. 22 del regolamento n. 1408/71 rientra tra le misure dirette a consentire ad un paziente soggetto alla legislazione di uno Stato membro di beneficiare, alle condizioni da esso previste, di prestazioni in natura negli altri Stati membri, a prescindere dall'ente nazionale competente o dal luogo della sua residenza (v., in tal senso, sentenze 3 luglio 2003, causa C-156/01, Van der Duin e ANOZ Zorgverzekeringen, Racc. pag. I-7045, punto 50, e 12 aprile 2005, causa C-145/03, Keller, Racc. pag. I-2529, punto 45).
- 54 Garantendo, al n. 1, lett. c), sub i), al paziente rientrante nell'ambito di applicazione della normativa di uno Stato membro e provvisto di un'autorizzazione un accesso alle cure negli altri Stati membri a condizioni altrettanto favorevoli quanto quelle di cui beneficiano le persone rientranti nell'ambito di applicazione della normativa dei detti Stati e precisando al suo n. 2, secondo comma, che l'ente nazionale competente non può rifiutare una tale autorizzazione quando sono presenti le due condizioni oggetto di quest'ultima disposizione, l'art. 22 del regolamento n. 1408/71 contribuisce a facilitare la libera circolazione dei pazienti e, nella stessa misura, la prestazione di servizi medici transfrontalieri tra gli Stati membri (v., in tal senso, citate sentenze Vanbraekel e a., punto 32; Inizan, punto 21, e Keller, punto 46).
- 55 L'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71 enuncia due condizioni la cui presenza rende obbligatorio il rilascio della previa autorizzazione cui la detta

disposizione si riferisce da parte dell'istituzione competente, quale che sia lo Stato membro cui essa appartiene (v. sentenza, Inizan, cit., punto 37).

- 56 Per soddisfare la prima condizione, occorre che le cure di cui trattasi figurino fra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro nel cui territorio l'interessato risiede. Non risulta che, nella causa oggetto del procedimento principale, il rifiuto di farsi carico del trattamento sia stato motivato dall'inosservanza di tale prima condizione.
- 57 La seconda condizione è soddisfatta soltanto se le cure che il paziente ha intenzione di ricevere in uno Stato membro diverso rispetto a quello sul cui territorio egli risiede, tenuto conto del suo attuale stato di salute e del probabile decorso della sua malattia, non possono essergli fornite entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione nello Stato membro di residenza.
- 58 Tale seconda condizione è manifestamente rilevante nella causa principale, come risulta sia dalla formulazione della quinta questione sia dai termini con cui l'ente competente ha manifestato all'interessata il suo rifiuto di rilasciarle un formulario E 112 (v. punti 26 e 30 della presente sentenza).
- 59 A tale riguardo, come rilevato dalla sig.ra Watts, dai governi belga e francese, nonché dalla Commissione, nelle loro osservazioni scritte, la Corte, ai punti 45 e 46 della citata sentenza Inizan, ha dato un'interpretazione del termine di cui all'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71 riprendendo quella che essa aveva stabilito per il termine «tempestivamente», nelle citate sentenze Smits e Peerbooms (punti 103 e 104), nonché Müller-Fauré e van Riet (punti 89 e 90), a proposito della valutazione della compatibilità con l'art. 49 CE di una disposizione nazionale che subordina l'assunzione di trattamenti ospedalieri previsti in un altro Stato membro ad una condizione collegata al carattere necessario di tali trattamenti.
- 60 In realtà, come sottolineato dall'avvocato generale al paragrafo 101 delle sue conclusioni, nessun elemento permette seriamente di giustificare interpretazioni diverse nel contesto dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, da una parte, e in quello dell'art. 49 CE, dall'altra, dato che, in un caso e nell'altro, come ha affermato il governo belga nelle sue osservazioni scritte, la questione è se i trattamenti ospedalieri richiesti dallo stato di salute dell'interessato possano essere dispensati sul territorio dello Stato membro della sua residenza entro un lasso di tempo accettabile che mantenga la loro utilità e la loro efficacia.
- 61 Nella citata sentenza Inizan (punto 45), la Corte ha così stabilito, riferendosi per analogia al punto 103 della citata sentenza Smits e Peerbooms, nonché al punto 89 della citata sentenza Müller Fauré e Van Riet, che la seconda condizione, enunciata all'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71, non è soddisfatta quando risulta che un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia per il paziente possa essere tempestivamente ottenuto nello Stato membro di residenza di questi.
- 62 Traendo ispirazione dal punto 104 della citata sentenza Smits e Peerbooms, nonché dal punto 90 della citata sentenza Müller Fauré e Van Riet, la Corte ha precisato che, per valutare se un trattamento che presenti lo stesso grado di efficacia per il paziente possa essere tempestivamente ottenuto nello Stato membro di residenza, l'istituzione competente è tenuta a prendere in considerazione l'insieme delle circostanze che caratterizzano ogni caso concreto, tenendo nel dovuto conto non solamente il quadro clinico del paziente nel momento in cui è richiesta l'autorizzazione e, all'occorrenza, il grado del dolore o la natura dell'infermità di quest'ultimo, che potrebbe, ad esempio, rendere impossibile o eccessivamente difficile l'esercizio di un'attività professionale, ma anche i suoi antecedenti (sentenza Inizan, cit., punto 46).

- 63 Nella citata sentenza Müller-Fauré e van Riet (punto 92), la Corte ha peraltro sottolineato che, per stabilire se un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia per il paziente sia disponibile tempestivamente presso un istituto situato nel territorio dello Stato membro di residenza, l'istituto competente non può fondarsi esclusivamente sull'esistenza di liste d'attesa nel detto territorio, senza prendere in considerazione le circostanze concrete che caratterizzano la situazione medica del paziente di cui trattasi.
- 64 Quest'ultima precisazione, data a proposito dell'art. 49 CE, può essere ripresa nel contesto dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, tenuto conto di ciò che è stato esposto ai punti 59 e 60 della presente sentenza.
- 65 Occorre, a tale riguardo, rilevare che l'art. 20 del regolamento (CE) del Parlamento europeo e del Consiglio 29 aprile 2004, n. 883, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (GU L 166, pag. 1), che è destinato a sostituire l'art. 22 del regolamento n. 1408/71, prevede l'obbligo di concedere l'autorizzazione di cui si tratta, in particolare, se le cure non possono essere praticate, nello Stato membro di residenza «entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dell'attuale stato di salute dello stesso e della probabile evoluzione della sua malattia».
- 66 È alla luce di queste indicazioni che occorre precisare al giudice del rinvio i fattori che questo deve prendere in considerazione tra quelli individuati nella quarta questione, per verificare se la seconda condizione posta dall'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71 sia o meno soddisfatta.
- 67 In un contesto caratterizzato da una richiesta di cure ospedaliere in costante aumento a ragione, soprattutto, dei progressi della medicina e dell'allungamento dell'aspettativa di vita, da una parte, e con un'offerta necessariamente limitata da esigenze imperative di bilancio, dall'altra, non si può negare che le autorità nazionali incaricate della gestione della prestazione di tali cure abbiano il diritto di stabilire, se lo ritengono necessario, un sistema di liste d'attesa che mirino a pianificare l'erogazione di tali cure e a stabilire priorità in funzione delle risorse e delle capacità disponibili.
- 68 Come già si ricava dagli stessi termini dell'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71, e in forza della giurisprudenza ricordata ai punti 62 e 63 della presente sentenza, affinché l'istituzione competente sia legittimata a rifiutare l'autorizzazione di cui all'art. 22, n. 1, lett. c), del detto regolamento sulla base di un motivo relativo all'esistenza di un tempo di attesa, si deve tuttavia stabilire che il tempo, che deriva dagli obiettivi di pianificazione e di gestione dell'offerta ospedaliera perseguiti dalle autorità nazionali in funzione di priorità cliniche prestabilite in termini generali, in cui il trattamento ospedaliero richiesto dallo stato di salute del paziente può essere ottenuto in un istituto del sistema nazionale di cui trattasi non ecceda il termine accettabile, tenuto conto di una valutazione medica obiettiva dei bisogni clinici dell'interessato alla luce della sua situazione clinica, della sua anamnesi, del probabile decorso della sua malattia, dell'intensità del suo dolore e/o della natura della sua infermità al momento in cui l'autorizzazione è sollecitata.
- 69 Inoltre, come ha osservato la Commissione, e come sottolineato dall'avvocato generale al paragrafo 86 delle sue conclusioni, la fissazione di tempi di attesa deve essere gestita in un modo flessibile e dinamico, che permetta di riconsiderare il tempo inizialmente comunicato all'interessato in funzione di un eventuale peggioramento del suo stato di salute che sopraggiunga successivamente ad una prima domanda di autorizzazione.
- 70 Se il tempo che deriva dagli obiettivi generali di pianificazione non eccede il tempo accettabile sotto il profilo medico nel senso precisato al punto 68 della presente sentenza, l'istituzione competente è legittimata a considerare che la seconda condizione enunciata all'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71 non è

soddisfatta e a rifiutare il rilascio dell'autorizzazione sollecitata dall'interessato ai sensi del n. 1, lett. c), sub i), di tale articolo.

- 71 Infatti, se pazienti soggetti ad un servizio sanitario nazionale come quello di cui al procedimento principale dovessero essere autorizzati a recarsi in un altro Stato membro per ivi ricevere, a carico dell'istituzione competente, trattamenti ospedalieri che le infrastrutture del detto servizio sono in grado di fornire loro in un tempo accettabile sotto il profilo medico nel senso precisato al punto 68 della presente sentenza, per il semplice motivo che trattamenti identici o che presentano lo stesso grado di efficacia sono disponibili più rapidamente in questo altro Stato membro, risulterebbero flussi migratori di pazienti tali da rendere vani tutti gli sforzi sia logistici che finanziari di pianificazione e di razionalizzazione compiuti dallo Stato membro competente nel settore vitale delle cure sanitarie al fine di evitare i problemi di sovraccapacità ospedaliera, di squilibrio nell'offerta di cure mediche ospedaliere, di spreco e dispersione (v., in tal senso, citate sentenze Smits e Peerbooms, punto 106, nonché Müller-Fauré e van Riet, punto 91).
- 72 Per contro, nell'ipotesi inversa di quella menzionata al punto 70 della presente sentenza, la seconda condizione posta dell'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71 deve essere considerata soddisfatta.
- 73 Il fatto che il costo del trattamento ospedaliero previsto in un altro Stato membro possa essere superiore a quello che avrebbe assunto tale trattamento se fosse stato prestato in un istituto del sistema nazionale di cui trattasi non può, in una simile ipotesi, costituire un motivo legittimo di rifiuto di autorizzazione.
- 74 Nella stessa ipotesi, non costituirebbe neppure un tale motivo il fatto che il rilascio dell'autorizzazione sollecitata ha per effetto di costringere un servizio nazionale sanitario come quello di cui trattasi nella causa principale, caratterizzato dalla gratuità delle cure ospedaliere prestate nell'ambito delle sue infrastrutture, a prevedere un meccanismo finanziario destinato a permettere a tale servizio di soddisfare la richiesta di rimborso da parte dell'istituzione dello Stato membro di soggiorno e relativa alle prestazioni in natura dispensate da quest'ultima al paziente interessato (v., in tal senso, sentenza Müller-Fauré e van Riet, punto 105).
- 75 Contrariamente ai timori espressi dal governo del Regno Unito nelle sue osservazioni scritte, l'interpretazione del lasso di tempo di cui all'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/72, come risulta dai punti 59-72 della presente sentenza, non è tale da rimettere in discussione la facoltà che hanno le autorità nazionali competenti di gestire le capacità ospedaliere disponibili sul loro territorio in funzione delle liste d'attesa, purché l'esistenza di tali liste non sia d'ostacolo al prendere in considerazione, in ogni singolo caso, circostanze caratterizzanti la situazione medica ed i bisogni clinici dell'interessato al momento in cui questi sollecita un'autorizzazione per ricevere in un altro Stato membro cure ospedaliere a carico del sistema cui appartiene.
- 76 Peraltro, una tale interpretazione finisce col vietare alle autorità nazionali competenti di rifiutare la concessione dell'autorizzazione sollecitata da un paziente il cui caso personale presenterebbe, al termine di una valutazione medica obiettiva, un grado di urgenza che giustifica l'ottenimento di un trattamento in un altro Stato membro in un tempo più breve rispetto a quello che deriverebbe dalle liste d'attesa che riflettono obiettivi generali di pianificazione nonché di gestione, e in cui l'interessato può aspettarsi di ottenere il trattamento di cui trattasi in un istituto locale del servizio sanitario nazionale. Per contro, essa non rimette in discussione il diritto di tali autorità di opporsi al rilascio di un'autorizzazione quando nessun motivo d'urgenza proprio della situazione clinica del paziente di cui trattasi permette di considerare irragionevole rispetto a tale situazione il tempo di attesa che deriva da tali obiettivi.

- 77 Tale interpretazione non è neanche tale da comportare un esodo dei pazienti che, disponendo di risorse sufficienti a tal fine, vorrebbero recarsi in un altro Stato membro per ottenere a carico ulteriore del servizio sanitario nazionale a cui appartengono, a prescindere da ogni considerazione di necessità medica, il trattamento ospedaliero di cui trattasi in un lasso di tempo più breve di quello in cui il detto trattamento può essere fornito loro in un istituto nazionale di tale servizio. Infatti, essa fa salvo il diritto dell'istituzione competente di rifiutare il rilascio dell'autorizzazione necessaria per farsi carico a livello finanziario dell'assistenza ospedaliera prevista in un altro Stato membro in mancanza di circostanze particolari che inducono a ritenere che il tempo di attesa imposto all'interessato eccederebbe il tempo accettabile sotto il profilo medico nel suo caso personale.
- 78 Nella causa principale spetta al giudice del rinvio verificare se il tempo di attesa fatto valere dall'ente competente dell'NHS e fondato sugli obiettivi di pianificazione perseguiti dalle autorità britanniche per respingere la domanda iniziale di autorizzazione e la domanda rinnovata superasse il tempo accettabile sotto il profilo medico, avuto riguardo alla situazione e ai bisogni clinici individuali dell'interessata in questi rispettivi momenti.
- 79 Alla luce di quanto precede si deve risolvere la quinta questione nel senso che l'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71 deve essere interpretato nel senso che, per essere legittimata a rifiutare l'autorizzazione di cui al n. 1, lett. c), sub i), di tale articolo per un motivo relativo all'esistenza di un tempo di attesa per un trattamento ospedaliero, l'istituzione competente è tenuta a stabilire che tale tempo non superi il periodo accettabile in base ad una valutazione medica oggettiva dei bisogni clinici dell'interessato, alla luce del complesso dei parametri che caratterizzano la sua situazione clinica al momento in cui la domanda di autorizzazione è proposta o, eventualmente, rinnovata.

Sulle prime quattro questioni

- 80 Con le prime quattro questioni, che occorre esaminare congiuntamente, il giudice del rinvio chiede, in sostanza, se, e a quali condizioni, un paziente dell'NHS sia legittimato, ai sensi dell'art. 49 CE, a beneficiare di cure ospedaliere in un altro Stato membro a carico del detto servizio nazionale.
- 81 La prima questione mira ad accertare se, tenuto conto delle caratteristiche particolari dell'NHS, una persona che risiede nel Regno Unito possa pretendere, in forza del detto articolo, di beneficiare di cure ospedaliere in uno Stato membro diverso dal Regno Unito, a carico dell'NHS. Nell'ambito di tale questione, il giudice del rinvio si chiede, in particolare, se si debba prendere in considerazione, per interpretare l'art. 49 CE in un tale contesto, da una parte, la mancanza di fondi a disposizione degli enti dell'NHS per farsi carico a livello finanziario di tali cure, e, dall'altra, il mancato obbligo per l'NHS di farsi carico di cure ospedaliere ricevute da un paziente di sua competenza in un istituto privato situato in Inghilterra o nel Galles. Esso desidera altresì accertare se la mancata richiesta di autorizzazione o di previa notifica all'ente competente dell'NHS abbia un'influenza sull'interpretazione dell'art. 49 CE.
- 82 Con la seconda questione, esso chiede se, per risolvere la prima, occorra determinare se le cure ospedaliere dispensate nell'ambito dell'NHS costituiscano servizi ai sensi dell'art. 49 CE.
- 83 Nella terza questione, esso enumera, nell'ipotesi in cui tale ultima disposizione fosse applicabile, una serie di elementi rispetto ai quali vuol sapere se essi possano essere validamente fatti valere da parte delle autorità nazionali competenti per rifiutare di rilasciare la previa autorizzazione necessaria all'assunzione degli oneri da parte dell'NHS di un trattamento ospedaliero previsto in un altro Stato membro.

- 84 La quarta questione, che si confonde con la terza, mira ad accertare quali fattori possano o debbano essere presi in considerazione per valutare se il trattamento ospedaliero richiesto dallo stato di salute del paziente possa essere dispensato senza indebito ritardo in un istituto dell'NHS e se, di conseguenza, l'autorizzazione sollecitata da tale paziente in vista dell'assunzione degli oneri di un trattamento previsto in un altro Stato membro possa essere rifiutata dall'istituzione competente.
- 85 Per risolvere tali questioni, occorre innanzi tutto determinare se l'art. 49 CE sia applicabile a fatti come quelli di cui alla causa principale.
- 86 A tale proposito si deve rammentare, che, secondo giurisprudenza costante, le prestazioni mediche fornite dietro corrispettivo rientrano nell'ambito di applicazione delle disposizioni relative alla libera prestazione dei servizi (v., in particolare, sentenze 4 ottobre 1991, causa C-159/90, *Society for the Protection of Unborn Children Ireland*, Racc. pag. I-4685, punto 18, nonché Kohll, cit., punto 29), senza che si debba distinguere a seconda che le cure siano dispensate in ambito ospedaliero o fuori dallo stesso (citate sentenze Vanbraekel e a., punto 41; Smits e Peerbooms, punto 53; Müller-Fauré e van Riet, punto 38, nonché Inizan, punto 16).
- 87 È stato anche considerato che la libera prestazione dei servizi comprende la libertà, da parte dei destinatari dei servizi, in particolare delle persone che devono ricevere cure mediche, di recarsi in un altro Stato membro per fruire ivi di tali servizi (v. sentenza 31 gennaio 1984, cause riunite 286/82 e 26/83, *Luisi e Carbone*, Racc. pag. 377, punto 16).
- 88 È giocoforza constatare, per quanto riguarda la controversia principale, che la sig.ra Watts ha pagato direttamente l'istituto, situato in un altro Stato membro, in cui le è stato prestato un trattamento.
- 89 La circostanza che il rimborso delle cure ospedaliere di cui trattasi sia successivamente sollecitato presso un servizio sanitario nazionale come quello oggetto del procedimento principale non è tale da far venir meno l'applicazione delle norme della libera prestazione dei servizi garantita dal Trattato (v., in tal senso, citate sentenze Smits e Peerbooms, punto 55, nonché Müller-Fauré e van Riet, punto 39). È già stato affermato che una prestazione medica non perde la sua qualifica di prestazione di servizi ai sensi dell'art. 49 CE per il fatto che il paziente, dopo aver retribuito il prestatore straniero per le cure ricevute, sollecita successivamente l'assunzione di tali cure da parte di un servizio sanitario nazionale (v. sentenza Müller-Fauré e van Riet, cit., punto 103).
- 90 Occorre dunque ammettere che l'art. 49 CE si applica alla situazione di una paziente che, come la sig.ra Watts, riceve in uno Stato membro diverso dal suo Stato di residenza prestazioni ospedaliere dietro corrispettivo, indipendentemente dal modo di funzionamento del sistema nazionale a cui tale persona appartiene e presso il quale l'assunzione degli oneri di tali prestazioni è successivamente sollecitata.
- 91 Senza che ci sia bisogno, nella fattispecie, di determinare se le prestazioni di cure ospedaliere fornite nell'ambito di un servizio sanitario nazionale come l'NHS costituiscono esse stesse servizi ai sensi delle disposizioni del Trattato sulla libera prestazione dei servizi, si deve dunque considerare che una situazione, come quella all'origine della controversia principale, in cui una persona, il cui stato di salute necessita cure ospedaliere, si reca in un altro Stato membro e ivi riceve le cure di cui trattasi dietro corrispettivo, rientra nel campo di applicazione delle dette disposizioni.
- 92 Pur essendo pacifico che il diritto comunitario non menoma la competenza degli Stati membri ad organizzare i loro sistemi previdenziali e che, in mancanza di un'armonizzazione a livello comunitario, spetta alla normativa di ciascuno Stato membro determinare le condizioni di concessione delle prestazioni in materia di previdenza sociale, è pur vero che nell'esercizio di tale potere gli Stati membri devono rispettare il

diritto comunitario, in particolare le disposizioni relative alla libera prestazione dei servizi (v., in particolare, citate sentenze *Smits e Peerbooms*, punti 44-46; *Müller-Fauré e van Riet*, punto 100, nonché *Inizan*, punto 17). Tali disposizioni comportano il divieto per gli Stati membri di introdurre o mantenere restrizioni ingiustificate all'esercizio di tale libertà nel campo delle cure sanitarie.

- 93 Si deve dunque verificare l'esistenza di una tale restrizione in una situazione come quella di cui al procedimento principale.
- 94 A tale proposito va ricordato che, secondo una giurisprudenza consolidata, l'art. 49 CE osta all'applicazione di qualsiasi normativa nazionale che abbia l'effetto di rendere la prestazione di servizi tra Stati membri più difficile della prestazione di servizi puramente interna ad uno Stato membro (sentenze 5 ottobre 1994, causa C-381/93, Commissione/Francia, Racc. pag. I-5145, punto 17; *Kohll*, cit., punto 33, nonché *Smits e Peerbooms*, cit., punto 61).
- 95 Nella fattispecie, risulta dalla decisione del giudice del rinvio 20 febbraio 2004, nonché dalla decisione di rinvio, in particolare dalla terza questione, che, se i pazienti che appartengono all'NHS hanno, certamente, la possibilità di rivolgersi ad un istituto d'assistenza ospedaliera situato in un altro Stato membro, è pur vero che, in mancanza di una previa autorizzazione, il paziente non può ottenere, a carico dell'NHS, prestazioni di assistenza in un tale istituto.
- 96 Vero è che, come affermato dai governi del Regno Unito e spagnolo, dall'Irlanda, nonché dai governi maltese e finlandese, un paziente appartenente all'NHS non ha la scelta del momento e del luogo in cui le prestazioni di assistenza ospedaliera richieste dal suo stato di salute gli saranno fornite nell'ambito delle infrastrutture dell'NHS. Tuttavia, è pacifico che, all'obbligo posto a carico del Ministro della Sanità dagli artt. 1° e 3 dell'NHS Act (v. punto 6 della presente sentenza) corrisponde il conseguimento gratuito, negli istituti dell'NHS, di prestazioni disponibili nell'ambito di questo, senza che tale conseguimento sia soggetto ad una previa autorizzazione.
- 97 Di conseguenza, mentre, secondo la decisione 20 febbraio 2004 e la decisione di rinvio, un'autorizzazione preliminare condiziona l'assunzione da parte dell'NHS dell'assistenza ospedaliera disponibile in un altro Stato membro, il conseguimento gratuito di prestazioni disponibili nell'ambito dell'NHS non dipende, invece, da una tale autorizzazione, dato che le modalità di tale conseguimento sono soggette ad una decisione preliminare delle autorità nazionali competenti.
- 98 Occorre dunque ammettere che il sistema di autorizzazione preliminare menzionato al punto 95 della presente sentenza scoraggia, o addirittura trattiene, i pazienti di cui trattasi dal rivolgersi ai prestatori di trattamenti ospedalieri stabiliti in un diverso Stato membro e costituisce, sia per tali pazienti sia per i prestatori, un ostacolo alla libera prestazione dei servizi (v., in tale senso, citate sentenza *Smits e Peerbooms*, punto 69, nonché *Müller-Fauré e van Riet*, punto 44).
- 99 Tale analisi non è rimessa in discussione dal fatto, oggetto della prima questione, lett b), che l'NHS non è tenuto ad autorizzare e a farsi carico dei trattamenti ospedalieri offerti ai pazienti negli istituti privati, non facenti parte dell'NHS, situati in Inghilterra e nel Galles.
- 100 Infatti, per applicare la giurisprudenza ricordata al punto 94 della presente sentenza, non bisogna confrontare le condizioni di assunzione da parte del detto servizio di cure ospedaliere previste in un altro Stato membro al trattamento riservato dal diritto nazionale alle prestazioni di cure ospedaliere ricevute dai pazienti in istituti locali privati. Al contrario, il confronto deve essere effettuato con le condizioni in cui tali prestazioni sono fornite da tale servizio nell'ambito delle infrastrutture ospedaliere che ne fanno parte.

- 101 Poiché è stata stabilita l'esistenza di una restrizione alla libera prestazione dei servizi, e prima di pronunciarsi sulla questione se un paziente che appartiene all'NHS sia legittimato, ai sensi dell'art. 49 CE, a beneficiare, a carico del servizio nazionale interessato, di cure mediche fornite in ambito ospedaliero in un altro Stato membro senza essere ostacolato da tale restrizione, si deve esaminare se questa possa essere oggettivamente giustificata.
- 102 A tale riguardo occorre ricordare, al pari di ciò che è stato fatto in un gran numero di osservazioni presentate alla Corte, le esigenze imperative che possono essere prese in considerazione al fine di giustificare gli ostacoli alla libera prestazione di servizi medici forniti in ambito ospedaliero.
- 103 La Corte ha precedentemente dichiarato che non può escludersi che un rischio di grave alterazione dell'equilibrio finanziario del sistema previdenziale può costituire un motivo imperativo di interesse generale atto a giustificare un ostacolo al principio della libera prestazione dei servizi (citate sentenze Kohll, punto 41; Smits e Peerbooms, punto 72, nonché Müller-Fauré e van Riet, punto 73).
- 104 La Corte ha altresì riconosciuto che l'obiettivo di mantenere un servizio medico-ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti può parimenti rientrare nel regime di deroghe giustificate da ragioni di sanità pubblica previsto dall'art. 46 CE, laddove un tale obiettivo contribuisca alla realizzazione di un livello elevato di tutela della salute (citate sentenze Kohll, punto 50; Smits e Peerbooms, punto 73, nonché Müller-Fauré e van Riet, punto 67).
- 105 La Corte ha inoltre precisato che l'art. 46 CE consente agli Stati membri di limitare la libera prestazione dei servizi medico-ospedalieri qualora la conservazione di un sistema sanitario o di una competenza medica nel territorio nazionale sia essenziale per la sanità pubblica, o addirittura per la sopravvivenza della loro popolazione (citate sentenze Kohll, punto 51; Smits e Peerbooms, punto 74, nonché Müller-Fauré e van Riet, punto 67).
- 106 Si deve perciò verificare se la restrizione di cui trattasi nella causa principale possa effettivamente giustificarsi con riguardo a tali esigenze imperative ed assicurarsi eventualmente, conformemente ad una giurisprudenza costante, che essa non ecceda quanto oggettivamente necessario a tale scopo e che tale risultato non possa essere ottenuto tramite provvedimenti meno restrittivi (v. sentenza Smits e Peerbooms, cit., punto 75, nonché giurisprudenza ivi citata).
- 107 Per quanto riguarda le prestazioni mediche erogate in un istituto ospedaliero, la Corte ha già formulato, ai punti 76-80 della citata sentenza Smits e Peerbooms, le seguenti considerazioni.
- 108 È notorio che il numero di infrastrutture ospedaliere, la loro ripartizione geografica, la loro organizzazione e le attrezzature di cui sono dotate, o ancora la natura dei servizi medici che sono in grado di fornire, devono poter fare oggetto di una programmazione, la quale risponde, in linea di massima, a diverse preoccupazioni.
- 109 Da un lato, tale programmazione persegue l'obiettivo di garantire nel territorio dello Stato interessato la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure ospedaliere di qualità. Dall'altro, essa è espressione della volontà di garantire un controllo dei costi ed evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane. Un tale spreco si dimostrerebbe infatti tanto più dannoso in quanto è pacifico che il settore delle cure ospedaliere genera costi notevoli e deve rispondere a bisogni crescenti, mentre le risorse finanziarie che possono essere destinate alle cure sanitarie non sono, quale che sia la modalità di finanziamento usata, illimitate.

- 110 In questa duplice prospettiva, il requisito consistente nel sottoporre a previa autorizzazione l'assunzione da parte del sistema nazionale degli oneri finanziari delle cure ospedaliere previste in un altro Stato membro appare una misura al contempo necessaria e ragionevole.
- 111 Per quanto riguarda il sistema olandese di assicurazione contro le malattie, in esame nelle cause che hanno dato luogo alla citata sentenza *Smits e Peerbooms*, la Corte ha ammesso, al punto 81 di questa, che, se i pazienti potessero liberamente ed in ogni circostanza fare ricorso ad istituti ospedalieri con i quali la loro cassa malattia non ha concluso alcuna convenzione, che si tratti di istituti situati nei Paesi Bassi o in un altro Stato membro, tutti gli sforzi di programmazione effettuati tramite il sistema di convenzioni al fine di contribuire ad assicurare un'offerta di cure ospedaliere che sia razionale, stabile, equilibrata ed accessibile sarebbero nel momento stesso compromessi.
- 112 Tali considerazioni, espresse a proposito di un sistema di previdenza sociale che poggia su un regime di convenzioni tra le casse pubbliche di malattia e i prestatori di trattamenti ospedalieri, e che autorizzano, nel nome di esigenze imperative di programmazione, ad apporre limiti al diritto dei pazienti di ricorrere, a carico del sistema nazionale cui essi appartengono, a prestatori di trattamenti ospedalieri che non appartengono al detto sistema possono essere riprese per un servizio sanitario nazionale come l'NHS.
- 113 Alla luce di quanto precede, e per risolvere la prima questione, lett. c), il diritto comunitario, in particolare l'art. 49 CE, non osta dunque al fatto che il diritto di un paziente di ottenere assistenza ospedaliera in un altro Stato membro a carico del sistema cui esso appartiene sia soggetto ad una misura di previa autorizzazione.
- 114 È tuttavia necessario che le condizioni poste alla concessione di una tale autorizzazione siano giustificate con riguardo alle esigenze imperative suesposte e che soddisfino il requisito di proporzionalità richiamato al punto 106 della presente sentenza (v. , in tal senso, citate sentenze *Smits e Peerbooms*, punto 82, nonché *Müller-Fauré e van Riet*, punto 83).
- 115 Risulta da una giurisprudenza costante che un regime di previa autorizzazione 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 nella causa principale, di un'applicazione utile (v. citate sentenze *Smits e Peerbooms*, punto 90, nonché *Müller-Fauré e van Riet*, punto 84, e giurisprudenza citata in tali punti).
- 116 Pertanto, un regime di previa autorizzazione, perché sia giustificato anche quando deroga a tale libertà fondamentale, deve essere comunque fondato su criteri oggettivi, non discriminatori e noti in anticipo, in modo da circoscrivere l'esercizio del potere discrezionale delle autorità nazionali affinché esso non sia usato in modo arbitrario. Un tale regime di autorizzazione deve, inoltre, basarsi su un sistema procedurale di facile accesso e tale da garantire agli interessati che la loro domanda sarà trattata entro un termine ragionevole ed in modo oggettivo e imparziale, dovendo inoltre eventuali dinieghi di autorizzazione poter essere considerati nell'ambito di un ricorso giurisdizionale (citate sentenze *Smits e Peerbooms*, cit., punto 90, nonché *Müller-Fauré e van Riet*, punto 85).
- 117 A tale scopo, i dinieghi di autorizzazione, o i pareri sui quali tali dinieghi eventualmente si fondano, devono indicare le specifiche disposizioni sulle quali si basano ed essere debitamente motivati alla luce di queste ultime. Allo stesso modo, i giudici cui è presentato un ricorso contro tali decisioni di diniego devono potersi avvalere, se lo ritengono necessario per l'esercizio del controllo loro spettante, del parere di esperti indipendenti che presentino tutte le garanzie di obiettività ed imparzialità (v., in tal senso, sentenza *Inizan*, cit., punto 49).

- 118 Orbene, per quanto riguarda la controversia della causa principale, occorre rilevare, al pari della Commissione, che la normativa relativa all'NHS non precisa i criteri di concessione o di rifiuto dell'autorizzazione preliminare necessaria per l'assunzione degli oneri delle cure dispensate in un ambito ospedaliero situato in altro Stato membro. La detta normativa non inquadra dunque l'esercizio del potere di valutazione delle autorità nazionali competenti a tale riguardo. Tale mancato inquadramento giuridico rende peraltro difficile il sindacato giurisdizionale delle decisioni di rifiuto di autorizzazione.
- 119 Per quanto riguarda le circostanze e i fattori menzionati nella terza e nella quarta questione, si deve considerare, tenuto conto dell'analisi espressa ai punti 59-77 della presente sentenza, che un rifiuto di autorizzazione preliminare non può essere fondato sulla sola esistenza di liste d'attesa destinate a programmare e a gestire l'offerta ospedaliera in funzione di priorità cliniche prestabilite in termini generali, senza che si sia proceduto, nel singolo caso di cui trattasi, ad una valutazione medica oggettiva della situazione clinica del paziente, della sua anamnesi, dell'eventuale decorso della sua malattia, dell'intensità del suo dolore e/o della natura della sua infermità al momento della presentazione o del rinnovo della domanda di autorizzazione.
- 120 Ne deriva che, quando il lasso il tempo che deriva da tali liste d'attesa risulta eccedere, nel singolo caso interessato, il tempo accettabile tenuto conto di una valutazione medica oggettiva del complesso delle circostanze che caratterizzano la situazione e le esigenze cliniche dell'interessato, l'istituzione competente non può rifiutare l'autorizzazione sollecitata fondandosi su motivi relativi all'esistenza di tali liste d'attesa, ad un preteso pregiudizio nei confronti del normale ordine delle priorità collegate al rispettivo grado d'urgenza dei casi da trattare, alla gratuità delle cure ospedaliere dispensate nell'ambito del sistema nazionale in questione, all'obbligo di prevedere modalità finanziarie specifiche ai fini dell'assunzione degli oneri del trattamento previsto in un altro Stato membro e/o ad un confronto dei costi di tale trattamento e di quelli di un trattamento equivalente nello Stato membro competente.
- 121 Quanto agli elementi menzionati nella prima questione, lett. a), e nella terza questione, lett. d), occorre aggiungere all'analisi sviluppata ai punti 59-77 della presente sentenza che, benché il diritto comunitario non menomi la competenza degli Stati membri ad organizzare i loro sistemi previdenziali e decidere del livello delle risorse da destinare al loro funzionamento, la realizzazione delle libertà fondamentali garantite dal Trattato obbliga tuttavia inevitabilmente gli Stati membri ad apportarvi adattamenti, senza peraltro che si possa ritenere che ne venga compromessa, in tal modo, la loro competenza sovrana in materia (v. sentenza Müller-Fauré e van Riet, cit., punti 100 e 102).
- 122 Come rileva l'avvocato generale al paragrafo 88 delle sue conclusioni, occorre dunque ammettere che la necessità per gli Stati membri di conciliare i principi e l'economia dei loro sistemi di cure sanitarie, da una parte, e le esigenze derivanti dalle libertà fondamentali, dall'altra, comporta, alla stessa stregua delle esigenze derivanti dall'art. 22 del regolamento n. 1408/71, l'obbligo, per le autorità responsabili di un servizio sanitario nazionale come l'NHS, di prevedere meccanismi di assunzione degli oneri finanziari delle cure ospedaliere fornite in un altro Stato membro a pazienti ai quali il detto servizio non sarebbe in grado di fornire il trattamento richiesto in un tempo accettabile sotto il profilo medico nel senso precisato al punto 68 della presente sentenza.
- 123 Alla luce di quanto precede, occorre risolvere le prime quattro questioni nel modo seguente:
- L'art. 49 CE si applica ad una situazione in cui una persona, il cui stato di salute necessita cure ospedaliere, si reca in un altro Stato membro e ivi riceve tali cure dietro corrispettivo, senza che ci sia bisogno di esaminare se le prestazioni di cure ospedaliere fornite nell'ambito del sistema nazionale cui appartiene tale persona

costituiscano esse stesse servizi ai sensi delle disposizioni sulla libera prestazione dei servizi.

- L'art. 49 CE deve essere interpretato nel senso che non osta a che l'assunzione degli oneri di cure ospedaliere previste in un istituto situato in un altro Stato membro dipenda dal conseguimento di una previa autorizzazione dell'istituzione competente.
- Un rifiuto di autorizzazione preliminare non può essere fondato sulla sola esistenza di liste d'attesa destinate a programmare e a gestire l'offerta ospedaliera in funzione di priorità cliniche prestabilite in termini generali, senza che si sia proceduto ad una valutazione medica oggettiva della situazione clinica del paziente, della sua anamnesi, dell'eventuale decorso della sua malattia, dell'intensità del suo dolore e/o della natura della sua infermità al momento della presentazione o del rinnovo della domanda di autorizzazione.
- Quando il lasso il tempo che deriva da tali liste d'attesa risulta eccedere il tempo accettabile tenuto conto di una valutazione medica oggettiva degli elementi citati, l'istituzione competente non può rifiutare l'autorizzazione sollecitata fondandosi su motivi relativi all'esistenza di tali liste d'attesa, ad un preteso pregiudizio nei confronti del normale ordine delle priorità collegato al rispettivo grado d'urgenza dei casi da trattare, alla gratuità delle cure ospedaliere dispensate nell'ambito del sistema nazionale in questione, all'obbligo di prevedere modalità finanziarie specifiche ai fini dell'assunzione degli oneri del trattamento previsto in un altro Stato membro e/o ad un confronto dei costi di tale trattamento e di quelli di un trattamento equivalente nello Stato membro competente.

Sulla sesta questione

- 124 Con questa questione il giudice del rinvio chiede, in sostanza, se l'assunzione del costo delle cure ospedaliere erogate in un altro Stato membro, a cui sarebbe tenuto uno Stato membro in forza del diritto comunitario, debba essere calcolata in forza dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, in conformità della legislazione dello Stato membro in cui le dette cure sono state fornite (Stato membro di soggiorno) o, in forza dell'art. 49 CE, in conformità della legislazione dello Stato membro di residenza del paziente (Stato membro competente). Esso desidera altresì conoscere l'incidenza, sulla questione relativa a tale assunzione, della gratuità delle cure ospedaliere dispensate nell'ambito del servizio sanitario nazionale di cui trattasi e della correlativa mancanza di tariffe di rimborso nella legislazione dello Stato membro competente. Esso chiede altresì se l'obbligo di assunzione del costo di un trattamento ospedaliero dispensato nello Stato membro di soggiorno copra le spese di viaggio e di alloggio.
- 125 In proposito si deve, innanzi tutto, ricordare che il paziente che, avendo sollecitato un'autorizzazione ai sensi dell'art. 22, n. 1, lett. c), sub i), del regolamento n. 1408/71, si è visto accordare tale autorizzazione o si è opposto ad un rifiuto il cui carattere infondato sarebbe stato stabilito successivamente deve beneficiare, secondo gli stessi termini di tale disposizione, delle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione dello Stato membro di soggiorno, secondo le disposizioni della legislazione di quest'ultima, come se egli fosse appartenente a quest'ultima istituzione (v. citate sentenze Vanbraekel e a., punto 32; Inizan, punto 20, e Keller, punto 65).
- 126 Ne deriva che, in simile ipotesi, devono applicarsi le modalità d'intervento previste dalla normativa dello Stato membro di soggiorno, con l'obbligo da parte dell'istituzione competente di rimborsare successivamente l'istituzione del detto Stato alle condizioni previste dall'art. 36 del regolamento n. 1408/71 (v. sentenza Vanbraekel e a., cit., punto 33).

- 127 La circostanza che, per il fatto della gratuità delle cure ospedaliere nel servizio sanitario nazionale di cui trattasi, la legislazione dello Stato membro competente non comporta tariffe di rimborso non è tale da impedire l'applicazione delle disposizioni degli artt. 22, n. 1, lett. c), sub i), e 36 del regolamento n. 1408/71. Infatti, l'obbligo che grava sull'istituzione competente, nell'ambito del sistema istituito da tali disposizioni, consiste nel rimborsare l'istituzione dello Stato membro di soggiorno a concorrenza dell'importo delle prestazioni erogate da quest'ultima in applicazione delle disposizioni del detto Stato, senza che ci sia bisogno, a tale effetto, di riferirsi ad una qualsiasi tariffa di rimborso ai sensi della legislazione dello Stato membro competente.
- 128 Occorre, inoltre, esaminare se un paziente che appartiene all'NHS sia legittimato ad ottenere dall'istituzione competente, a tenore dell'art. 49 CE, un'assunzione degli oneri del trattamento ospedaliero ricevuto nello Stato membro di soggiorno, superiore a quella derivante dall'applicazione delle disposizioni della legislazione di tale Stato.
- 129 A tale riguardo, si deve ricordare che la Corte ha già affermato che il fatto che la legislazione dello Stato membro competente non garantisca ad un paziente, soggetto a tale legislazione, che è stato autorizzato a sottoporsi ad un ricovero ospedaliero in un altro Stato membro conformemente all'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71, un livello di assunzione di oneri analogo a quello di cui tale paziente avrebbe beneficiato se fosse stato ricoverato in un ospedale dello Stato membro competente comporta una restrizione ingiustificata della libera prestazione dei servizi ai sensi dell'art. 49 CE (v. sentenza Vanbraekel e a., cit., punti 43-52).
- 130 Alla luce di tale giurisprudenza, nel contesto di una normativa nazionale che, come quella di cui alla causa principale, prevede la gratuità dei trattamenti ospedalieri erogati negli istituti del servizio sanitario nazionale che essa istituisce, occorre considerare che l'esistenza di un ostacolo alla libera prestazione dei servizi è esclusa nell'ipotesi in cui il paziente, appartenente al detto servizio, che è stato autorizzato a ricevere un trattamento ospedaliero in un altro Stato membro in conformità dell'art. 22, n. 1, lett. c), sub i), del regolamento n. 1408/71, o che ha subito un rifiuto di autorizzazione il cui carattere infondato sarebbe stato stabilito successivamente, ha diritto all'assunzione integrale del costo del detto trattamento in applicazione delle disposizioni della legislazione dello Stato membro di soggiorno. Infatti, l'interessato non è tenuto in un caso simile ad alcun contributo finanziario relativo al costo di tale trattamento.
- 131 Per contro, nell'ipotesi di una mancata assunzione integrale, ai sensi della legislazione dello Stato membro di soggiorno, del costo del trattamento ospedaliero erogato in questo, il ristabilimento del paziente nelle condizioni in cui si sarebbe trovato se il servizio sanitario nazionale a cui esso appartiene fosse stato in grado di fornirgli gratuitamente, in un tempo accettabile sotto il profilo medico un trattamento equivalente a quello ricevuto nello Stato membro di soggiorno, comporta, per l'istituzione competente, un obbligo di intervento complementare a favore dell'interessato per un ammontare pari alla differenza tra, da una parte, l'importo corrispondente al costo, oggettivamente quantificato, di tale trattamento equivalente, fissato eventualmente nel limite massimo pari all'importo globale fatturato per il trattamento ricevuto nello Stato membro di soggiorno, e, dall'altra, l'importo dell'intervento dell'istituzione del detto Stato derivante dall'applicazione della legislazione di tale Stato, quando il primo importo è superiore al secondo.
- 132 Contrariamente alla posizione sostenuta dalla sig.ra Watts nelle sue osservazioni scritte, l'obbligo che starebbe in capo all'istituzione competente di coprire in ogni circostanza l'integralità della differenza tra l'importo del costo del trattamento ospedaliero erogato nello Stato membro di soggiorno e quello dell'intervento dell'istituzione del detto Stato membro in applicazione delle disposizioni di questo, ivi compreso quando il costo di tale trattamento è superiore al costo di un trattamento equivalente nello Stato membro competente, farebbe sì che il paziente di cui trattasi beneficerebbe di un livello di

copertura eccedente la portata del diritto di cui dispone nei confronti del servizio sanitario nazionale cui appartiene.

- 133 Occorre inoltre precisare che, nel contesto di una legislazione che, come quella di cui trattasi nella causa principale, comporta, secondo le indicazioni contenute nella decisione di rinvio (v. punto 22 della presente sentenza), norme che mirano a determinare l'importo delle spese che devono in linea di massima essere fatturate ad alcuni pazienti stranieri, da essi pagate, per trattamenti dispensati in un istituto ospedaliero che appartiene al servizio sanitario nazionale, le dette norme possono costituire utili strumenti di riferimento per determinare, ai fini della quantificazione di cui al punto 131 della presente sentenza, il costo che rappresenta, nello Stato membro competente, un trattamento ospedaliero nell'istituto appartenente al detto servizio, equivalente a quello offerto al paziente nello Stato membro di soggiorno.
- 134 Per quanto riguarda le spese di viaggio e di alloggio, si deve rilevare che, trattandosi del regime di autorizzazione istituito dall'art. 22, n. 1, lett. c), sub i), del regolamento n. 1408/71, tale disposizione conferisce al paziente il diritto di beneficiare delle «prestazioni in natura» erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione dello Stato membro di soggiorno secondo le disposizioni adottate da quest'ultimo.
- 135 Come confermato dai termini dell'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71, il n. 1, lett. c), sub i), dello stesso articolo ha per unico scopo di conferire ai pazienti soggetti alla normativa di uno Stato membro e provvisti di un'autorizzazione dell'istituzione competente un accesso alle «cure» in un altro Stato membro a condizioni d'intervento favorevoli come quelle di cui beneficiano i pazienti soggetti alla normativa di tale ultimo Stato membro (v. citate sentenze Vanbraekel e a., punto 32, e Inizan, punto 21).
- 136 L'obbligo che incombe all'istituzione competente ai sensi degli artt. 22 e 36 del regolamento n. 1408/71 verte dunque esclusivamente sulle spese collegate alle cure sanitarie ottenute dal paziente nello Stato membro di soggiorno, vale a dire, per quanto riguarda cure di natura ospedaliera, i costi delle prestazioni mediche propriamente dette nonché le spese, indissociabilmente collegate, relative al soggiorno dell'interessato nell'istituto ospedaliero per le esigenze del suo trattamento.
- 137 La caratteristica essenziale delle «prestazioni in natura» ai sensi del regolamento n. 1408/71 è infatti che queste sono «destinate a coprire cure ricevute dall'assicurato» nella presa a carico o nel rimborso delle «spese di natura medica» conseguenti allo stato di questi (v., nel contesto di un regime legale relativo all'assicurazione sociale contro il rischio di dipendenza, sentenza 5 marzo 1998, causa C-160/96, Molenaar, Racc. pag. I-843, punti 32 e 34).
- 138 Non avendo dunque ad oggetto la regolamentazione della questione delle spese accessorie, come le spese di trasferimento e di alloggio eventuale, fuori dello stesso istituto ospedaliero, affrontate da un paziente autorizzato dall'istituzione competente a recarsi in un altro Stato membro per ivi ricevere cure appropriate al suo stato di salute, l'art. 22 del regolamento n. 1408/71 non prescrive, ma non vieta nemmeno, l'assunzione di tali spese. Alla luce di quanto sopra, si deve esaminare se l'obbligo di una tale assunzione possa discendere dall'art. 49 CE (v., in senso analogo, sentenza Vanbraekel e a., cit., punto 37).
- 139 A tale riguardo, dalla giurisprudenza ricordata al punto 94 della presente sentenza deriva che la legislazione di uno Stato membro non può, senza violare l'art. 49 CE, escludere l'assunzione delle spese accessorie affrontate da un paziente autorizzato a recarsi in un altro Stato membro per ivi ricevere un trattamento ospedaliero, quando essa prevedrebbe l'assunzione di tali spese se il trattamento fosse erogato in un istituto del sistema nazionale di cui trattasi.

- 140 Per contro, uno Stato membro non è tenuto, ai sensi dell'art. 49 CE, a prevedere l'obbligo per le proprie istituzioni competenti di assumersi le spese accessorie relative ad un trasferimento transfrontaliero autorizzato a fini medici, quando un tale obbligo non esisterebbe per tali spese se queste fossero collegate ad un trasferimento all'interno del territorio nazionale.
- 141 In queste circostanze, è compito del giudice del rinvio verificare se la normativa britannica preveda l'assunzione delle spese accessorie collegate ad un tale trasferimento all'interno del Regno Unito.
- 142 In questo caso, il paziente che sia stato autorizzato a recarsi in un altro Stato membro per ivi ricevere cure ospedaliere, o che abbia subito un rifiuto di autorizzazione che successivamente venisse giudicato infondato, è legittimato, come espresso dal governo belga nelle sue osservazioni scritte e come osservato dall'avvocato generale al paragrafo 118 delle sue conclusioni, a sollecitare l'assunzione delle spese supplementari collegate a tale trasferimento medico transfrontaliero alle stesse condizioni e limiti, oggettivi e trasparenti, di quelli stabiliti dalla legislazione competente per l'assunzione delle spese supplementari collegate ad un trattamento medico erogato nello Stato membro competente (v., in tal senso, sentenza 18 marzo 2004, causa C-8/02, Leichtle, Racc. pag. I-2641, in particolare punti 41-48).
- 143 Alla luce di quanto precede, occorre risolvere nel modo seguente la sesta questione:
- L'art. 49 CE deve essere interpretato nel senso che, nell'ipotesi in cui la normativa dello Stato membro competente preveda la gratuità dei trattamenti ospedalieri erogati nell'ambito di un servizio sanitario nazionale, e in cui la normativa dello Stato membro, nel quale un paziente appartenente al detto servizio è stato o avrebbe dovuto essere autorizzato a ricevere un trattamento ospedaliero a spese di tale servizio, non preveda un'assunzione integrale del costo del detto trattamento, deve essere concesso a tale paziente, da parte dell'istituzione competente, un rimborso corrispondente alla differenza eventuale tra, da una parte, l'importo del costo, oggettivamente quantificato, di un trattamento equivalente in un istituto del servizio di cui trattasi, non eccedente, se del caso, la misura dell'importo globale fatturato per il trattamento offerto nello Stato membro di soggiorno, e, dall'altra, l'importo per cui l'istituzione di tale ultimo Stato è tenuta ad intervenire, ai sensi dell'art. 22, n. 1, lett. c), sub i), del regolamento n. 1408/71, per conto dell'istituzione competente, in applicazione delle disposizioni della normativa di tale Stato membro.
 - L'art. 22, n. 1, lett. c), sub i), del regolamento n. 1408/71 deve essere interpretato nel senso che il diritto che esso conferisce al paziente di cui trattasi verte esclusivamente sulle spese collegate alle cure sanitarie ottenute da tale paziente nello Stato membro di soggiorno, vale a dire, per quanto riguarda cure di natura ospedaliera, i costi delle prestazioni mediche propriamente dette nonché le spese, indissociabilmente collegate, relative al soggiorno dell'interessato nell'istituto ospedaliero.
 - L'art. 49 CE deve essere interpretato nel senso che un paziente che è stato autorizzato a recarsi in un altro Stato membro per ivi ricevere trattamenti ospedalieri o che ha subito un rifiuto di autorizzazione che successivamente è giudicato infondato è legittimato a reclamare all'istituzione competente l'assunzione delle spese supplementari collegate a tale trasferimento transfrontaliero per scopi medici solo se la normativa dello Stato membro competente impone al sistema nazionale un obbligo di assunzione degli oneri corrispondente nell'ambito di un trattamento offerto in un istituto locale del detto sistema.

Sulla settima questione

- 144 Con questa questione il giudice del rinvio chiede se l'art. 49 CE e l'art. 22 del regolamento n. 1408/71 debbano essere intesi nel senso che impongono agli Stati membri di finanziare trattamenti ospedalieri erogati in altri Stati membri senza tener conto di esigenze di bilancio e, eventualmente, se un tale obbligo sia compatibile con l'art. 152, n. 5, CE.
- 145 A tale riguardo occorre sottolineare, innanzi tutto, che, come risulta dalle considerazioni esposte nell'ambito delle soluzioni delle prime sei questioni, le esigenze che derivano dagli artt. 49 CE e 22 del regolamento n. 1408/71 non possono essere intese nel senso che impongono agli Stati membri di farsi carico delle cure ospedaliere erogate in altri Stati membri senza tener conto di ogni considerazione di bilancio, ma si basano, al contrario, sulla ricerca di un equilibrio tra l'obiettivo di libera circolazione dei pazienti, da una parte, e le esigenze imperative nazionali di programmazione delle capacità ospedaliere disponibili, di controllo delle spese sanitarie e di equilibrio finanziario dei sistemi di previdenza sociale, dall'altra.
- 146 Inoltre, si deve rilevare che, ai sensi dell'art. 152, n. 5, CE, l'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica rispetta appieno le competenze degli Stati membri in materia di organizzazione e fornitura di servizi sanitari e assistenza medica.
- 147 Tale disposizione non esclude tuttavia che gli Stati membri siano tenuti, a tenore di altre disposizioni del Trattato, come l'art. 49 CE, o di misure comunitarie adottate sul fondamento di altre disposizioni del Trattato, come l'art. 22 del regolamento n. 1408/71, ad apportare adattamenti al loro sistema di previdenza nazionale, senza peraltro che si possa ritenere che ne venga compromessa, in tal modo, la competenza sovrana in materia (v., in tal senso, sentenza Müller-Fauré e van Riet, cit., punto 102; v., altresì, analogamente, sentenza 5 ottobre 2000, causa C-376/98, Germania/Parlamento e Consiglio, Racc. pag. I-8419, punto 78).
- 148 Alla luce di quanto precede, occorre risolvere la settima questione nel senso che non viola l'art. 152, n. 5, CE l'obbligo per l'istituzione competente, a tenore sia dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71 sia dell'art. 49 CE, di autorizzare un paziente che appartiene al servizio sanitario nazionale di ottenere, a carico della detta istituzione, un trattamento ospedaliero in un altro Stato membro quando il tempo di attesa eccede il tempo accettabile in base ad una valutazione medica oggettiva dello stato e dei bisogni clinici del paziente interessato.

Sulle spese

- 149 Nei confronti delle parti nella causa principale il presente procedimento costituisce un incidente sollevato dinanzi al giudice nazionale, cui spetta quindi statuire sulle spese. Le spese sostenute da altri soggetti per presentare osservazioni alla Corte non possono dar luogo a rifusione.

CONCLUSIONI DELL'AVVOCATO GENERALE
GEELHOED

presentate il 15 dicembre 2005 ¹(1)

Causa C-372/04

**The Queen su richiesta di
Yvonne Watts**

contro

Bedford Primary Care Trust

e

Secretary of State for Health

[(Domanda di pronuncia pregiudiziale: Court of Appeal (England & Wales) (Civil Division)
Regno Unito]

(Interpretazione degli artt. 48, 49, 50, 55 e 152, n. 5, CE e dell'art. 22 del regolamento del Consiglio (CEE) n. 1408/71, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità – Condizioni di rimborso delle spese relative ad un trattamento ospedaliero ricevuto senza previa autorizzazione in uno Stato membro diverso da quello in cui ha sede l'autorità competente)

I – Introduzione

1. Dopo le sentenze pronunciate dalla Corte, inter alia, nelle cause Kohll, Smits e Peerbooms e Müller-Fauré (2), il caso in esame ripropone il problema relativo alla mobilità dei pazienti all'interno della Comunità. Sebbene la Corte abbia elaborato una serie di principi sulle condizioni in base alle quali i pazienti hanno il diritto, in forza dell'art. 49 CE, di ricevere cure mediche in altri Stati membri, e di ottenere il rimborso delle relative spese da parte del regime sanitario nazionale cui sono iscritti, si chiede adesso alla Corte di chiarire in che misura tali principi si applichino al Servizio sanitario nazionale del Regno Unito [the United Kingdom's National Health Service (in prosieguito: l'«NHS»)], che, a differenza dei regimi esaminati dalla giurisprudenza fino ad oggi, è a carattere interamente pubblico per quanto riguarda sia l'organizzazione, sia il finanziamento. Oltre alla questione relativa alla possibilità di applicare l'art. 49 CE all'NHS in quanto tale, la domanda di pronuncia pregiudiziale solleva questioni relative all'uso delle liste di attesa come mezzo per bilanciare la domanda e l'offerta di servizi ospedalieri e concernenti le implicazioni finanziarie di un'eventuale pronuncia della Corte nel senso che sistemi analoghi all'NHS devono prevedere meccanismi di rimborso delle spese relative a servizi ospedalieri ricevuti in altri Stati membri. La domanda proposta dal giudice del rinvio verte inoltre sulla corretta interpretazione dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, applicato in tale contesto.

II – Normativa pertinente

A – Diritto comunitario

2. L'art. 49, primo comma, CE, dispone:

«Nel quadro delle disposizioni seguenti, le restrizioni alla libera prestazione dei servizi all'interno della Comunità sono vietate nei confronti dei cittadini degli Stati membri stabiliti in un paese della Comunità che non sia quello del destinatario della prestazione».

3. A termini dell'art. 152, n. 5, prima frase, CE:

«L'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica rispetta appieno le competenze degli Stati membri in materia di organizzazione e fornitura di servizi sanitari e assistenza medica (...)».

4. L'art. 22 del regolamento n. 1408/71 dispone:

«1. Il lavoratore che soddisfa alle condizioni richieste dalla legislazione dello Stato competente per avere diritto alle prestazioni, tenuto conto eventualmente di quanto disposto dall'articolo 18, e:

(...)

c) che è autorizzato dall'istituzione competente a recarsi nel territorio di un altro Stato membro per ricevere le cure appropriate al suo stato, ha diritto:

i) alle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora o di residenza secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come

se fosse ad essa iscritto; tuttavia, la durata dell'erogazione delle prestazioni è determinata dalla legge dello Stato competente;

(...)

2. (...) L'autorizzazione richiesta ai sensi del paragrafo 1, lettera b), non può essere rifiutata quando le cure di cui trattasi figurano fra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro nel cui territorio l'interessato risiede, se le cure stesse, tenuto conto dello stato di salute dello stesso nel periodo in questione e della probabile evoluzione della malattia, non possono essergli erogate entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione nello Stato membro di residenza.

3. (...)».

B – *Diritto nazionale*

5. Il Capo 1 del National Health Service Act [legge sul servizio sanitario nazionale] del 1977, così dispone:

«(1) È compito del Secretary of State continuare a promuovere in Inghilterra e nel Galles un servizio sanitario di ampie dimensioni, inteso a garantire il miglioramento

(a) della salute fisica e mentale della popolazione di tali paesi, e

(b) della prevenzione, diagnosi e trattamento delle malattie, fornendo o garantendo, a questo scopo, l'effettiva prestazione dei servizi in conformità della presente legge.

(2) I servizi così prestati devono essere gratuiti fatta eccezione per il caso in cui l'imposizione o il recupero di spese siano espressamente previsti da o in una qualsivoglia disciplina legale, quale che sia il momento della sua emanazione».

6. Nel Capo 3 del National Health Service Act del 1977 si legge:

«[1] È compito del Secretary of State fornire ovunque in Inghilterra e nel Galles, nella misura che egli ritenga necessaria a soddisfare ogni ragionevole esigenza,

(a) ricovero ospedaliero;

(b) altro ricovero necessario per la prestazione di servizi ai sensi della presente legge;

(c) servizi medici, odontoiatrici, infermieristici e di ambulanze;

(d) ogni altra struttura per l'assistenza alle gestanti, alle puerpere ed ai neonati nella misura in cui la ritenga appropriata come parte del servizio sanitario;

(e) servizi per la prevenzione delle malattie, l'assistenza alle persone affette da patologie e la convalescenza delle persone che hanno sofferto di malattie, nella misura in cui li ritenga appropriati come parte del servizio sanitario;

(f) ogni altro servizio necessario per la diagnosi ed il trattamento delle malattie».

C – *Tratti essenziali dell'NHS*

7. In base alle informazioni fornite dal giudice nazionale nell'ordinanza di rinvio, le caratteristiche essenziali dell'NHS possono essere così riassunte:

– gli enti dell'NHS forniscono, senza fini di lucro, assistenza ospedaliera gratuita nel luogo di erogazione del servizio a chiunque risieda regolarmente nel Regno Unito.

– L'assistenza ospedaliera viene finanziata direttamente dallo Stato, quasi interamente con gli introiti della tassazione generale, che vengono ripartiti dall'amministrazione centrale tra i vari Primary Care Trusts (centri locali di assistenza primaria; in prosieguo: i «PCT») secondo le esigenze rispettive della popolazione residente nelle aree geografiche di competenza; non esiste alcun sistema di contributi del lavoratore o del datore di lavoro a regimi di assicurazione contro la malattia, né sistemi che impongano al paziente di pagare una parte delle spese mediche; tuttavia gli importi assegnati ai PCT per i ricoveri ospedalieri sono soggetti ad un limite.

– I PCT sono enti istituiti dalla legge con il compito di pianificare e garantire l'assistenza sanitaria, inclusi tutti i servizi di medicina generale in aree geografiche particolari (3). Per ogni area geografica dell'Inghilterra è competente un PCT.

– Gli «NHS trusts» sono persone giuridiche distinte, istituite dal National Health Service and Community Care Act 1990 (Legge sul Servizio sanitario nazionale e sull'assistenza sociale) per assumere la responsabilità della proprietà e della gestione di ospedali o di altri istituti o strutture. Il Capo 5, n. 1, di tale legge, come emendato, dispone ora che i trusts sono istituiti per fornire beni e servizi ai fini del servizio sanitario. In generale, i trusts NHS vengono finanziati attraverso i pagamenti eseguiti dai PCT.

– Poiché gli NHS trusts provvedono sempre a prestare assistenza (ospedaliera) direttamente e a titolo gratuito – o in un esiguo numero di casi, attraverso altri prestatori, sulla base di un accordo per l'assistenza –, non si pone il problema di rimborsare le spese al

paziente e non vi sono disposizioni in proposito. I pazienti dell'NHS non dispongono di azioni di diritto di privato per reclamare il finanziamento dell'assistenza medica da parte dell'NHS, né sono legittimati in base al diritto pubblico ad esigere un qualsiasi trattamento specifico in un preciso momento. Essi non hanno diritto, come tali, a ricevere cure ospedaliere nel settore privato, in Inghilterra e nel Galles, a spese dell'NHS.

– L'accesso alle cure ospedaliere dipende generalmente dalla prescrizione di un medico generico. Non esistono liste nazionali di prestazioni mediche da fornire.

– Nel sistema dell'NHS, il tipo, il luogo e il tempo del trattamento ospedaliero sono determinati dall'organismo competente sulla base delle priorità cliniche e della disponibilità di risorse, e non a scelta del paziente. Le decisioni degli organi dell'NHS in merito alla prestazione di assistenza medica possono essere impugnate con ricorso giurisdizionale in conformità dei principi sanciti dal diritto pubblico nazionale, ma le impugnazioni vengono normalmente respinte.

– I finanziamenti attribuiti all'NHS non sono sufficienti per garantire la rapida prestazione di cure mediche a tutti coloro che lo richiedano, a prescindere dall'urgenza. Conseguentemente, l'NHS utilizza le sue limitate risorse sulla base delle priorità accordate ai diversi tipi di trattamento e con riguardo ai casi individuali. Ciò fa sì che si creino liste di attesa per i trattamenti sanitari meno urgenti.

– Gli enti dell'NHS hanno piena libertà di determinare le priorità cliniche e di ponderarle nell'ambito degli orientamenti fissati a livello nazionale. La gestione delle liste di attesa mira ad assicurare la prestazione delle cure ospedaliere in conformità alle priorità assegnate ed alle decisioni adottate dai competenti organismi dell'NHS in ordine all'uso delle risorse, ed è altresì intesa a garantire il rispetto dell'equità tra pazienti che necessitano di assistenza ospedaliera per differenti patologie e con diversi gradi di urgenza.

– Un paziente dell'NHS che risiede stabilmente nel Regno Unito ha la possibilità di ricevere cure ospedaliere in un altro Stato membro a norma dell'art. 22, n. 1, lett. c) del regolamento n. 1408/71 (utilizzando il modello E-112). In tal caso il rimborso delle relative spese viene effettuato, in conformità del regolamento, direttamente all'istituzione competente dello Stato membro in cui è stato eseguito il trattamento, alla tariffa di rimborso normalmente applicabile nello Stato membro in cui è stato dispensato il trattamento, e non al paziente. Non esiste una normativa nel Regno Unito che attui l'art. 22, n. 1, lett. c) del regolamento n. 1408/71.

– Anche i visitatori stranieri, ossia le persone che non risiedono stabilmente nel Regno Unito, possono ricevere prestazioni mediche attraverso l'NHS, ma non a titolo gratuito. Le NHS Regulations del 1989 [(Charges to Overseas Visitors) Ordinanze sugli oneri dei visitatori stranieri], come emendate, disciplinano l'imposizione e il recupero delle spese per le prestazioni erogate dall'NHS ai visitatori stranieri. Tali oneri vengono riscossi e trattenuti dall'ente dell'NHS che esegue la prestazione. Un NHS trust che fornisce una prestazione sanitaria ad un visitatore straniero è tenuto ad imporgli un onere per tale prestazione, salvo che il paziente non soddisfi uno dei criteri di esenzione previsti dalle Regulations (4).

III – Fatti e procedimento dinanzi all'organo giurisdizionale nazionale

8. Nel settembre 2002, alla sig.ra Watts era stata diagnosticata dal medico generico una osteoartrite ad ambedue le anche. Il successivo 1° ottobre la signora veniva visitata da un consulente specialista in chirurgia ortopedica, il quale concludeva che la paziente aveva bisogno di protesi ad entrambe le anche.

9. Nel frattempo, la figlia della sig.ra Watts chiedeva al PCT di Bedford di appoggiare la richiesta di sua madre di sottoporsi all'intervento chirurgico ad entrambe le anche all'estero, a norma dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, utilizzando il modello E-112. Il medico consulente della sig.ra Watts scriveva al PCT che la paziente era gravemente impedita nei movimenti, e che soffriva di dolori continui. Alla domanda, formulata dalla sig.ra Watts, se l'operazione potesse essere eseguita all'estero a spese dell'NHS, egli rispondeva che, come gli altri pazienti affetti da gravi forme di artrite, l'interessata si trovava sulla sua lista d'attesa. Tuttavia, poiché il suo caso veniva considerato di «routine», la paziente avrebbe dovuto aspettare circa un anno prima di venire sottoposta ad intervento chirurgico presso l'ospedale locale.

10. Con lettera del 21 novembre 2002, il PCT respingeva la domanda della sig.ra Watt basata sul modello E-112, motivando che il caso della signora era stato definito dal consulente un caso «di routine», aggiungendo che, in quanto la prestazione richiesta rientrava negli obiettivi del piano sanitario nazionale, non era soddisfatta la condizione relativa all'impossibilità di

ricevere le cure necessarie nello Stato membro di residenza «entro un lasso di tempo normalmente necessario» di cui all'art. 22 del regolamento n. 1408/71. Il PCT concludeva che non si trattava di «indebito ritardo», poiché il trattamento richiesto poteva essere erogato dalla struttura locale entro il termine di dodici mesi indicato nel piano sanitario nazionale del governo. In data 12 dicembre 2002 la sig.ra Watts presentava un ricorso mirante al sindacato giurisdizionale della detta decisione.

11. Nel gennaio 2003, la sig.ra Watts si recava in Francia per consultare uno specialista. Il consulente giungeva alla conclusione che le condizioni della paziente si erano aggravate e che l'intervento di sostituzione dell'anca avrebbe dovuto essere eseguito entro il mese di marzo dello stesso anno.

12. Durante una prima udienza, tenutasi il 22 gennaio 2003 in seguito al ricorso giurisdizionale presentato dalla sig.ra Watts, il Secretary of State proponeva che la signora venisse sottoposta a una nuova visita affinché il PCT potesse rivedere la propria decisione. La signora veniva pertanto riesaminata, il successivo 31 gennaio, dallo stesso consulente che l'aveva visitata in precedenza. Quest'ultimo dichiarava che le condizioni dell'interessata erano leggermente peggiorate rispetto alle condizioni medie dei pazienti e che riteneva di doverla classificare, al momento, come una paziente che necessitava di un intervento «in tempi brevi». Ciò significava che l'interessata sarebbe stata operata entro i successivi tre o quattro mesi, cioè nel mese di aprile o di maggio del 2003. Successivamente, con lettera 4 febbraio 2003, il PCT, alla luce delle ultime informazioni, confermava l'impossibilità di accogliere la richiesta della sig.ra Watts di ricevere assistenza all'estero secondo il modello E-112, motivando tale atteggiamento con il fatto che la paziente avrebbe dovuto ora attendere solo tre o quattro mesi prima di essere sottoposta all'intervento chirurgico di sostituzione dell'anca nella struttura di Bedford.

13. Invece di aspettare fino ad aprile o a maggio, la sig.ra Watts si sottoponeva ad intervento chirurgico di sostituzione dell'anca ad Abbeville, in Francia, il 7 marzo 2003.

14. Al suo ritorno nel Regno Unito, la sig.ra Watts proseguiva l'azione giudiziaria contro la decisione del PCT che le aveva negato l'autorizzazione a ricevere il trattamento all'estero, chiedendo altresì il rimborso delle spese sostenute, incluse le spese di ricovero ospedaliero, per un importo di circa £3 900.

15. Con sentenza 1 ottobre 2003 (5) la Administrative Court respingeva il ricorso della sig.ra Watts. Pur avendo riscontrato che i dinieghi di autorizzazione del PCT erano errati in diritto in quanto non avevano riconosciuto che le prestazioni ricevute dalla sig.ra Watts ricadevano nell'ambito di applicazione dell'art. 49 CE e che tale conclusione non veniva inficiata dal fatto che il rimborso dei costi del trattamento medico veniva richiesto nell'ambito dell'NHS, il giudice ha tuttavia respinto il ricorso nel merito. Egli ha osservato che «qualsiasi autorità nazionale che si fosse correttamente ispirata ai principi enunciati dalla Corte di giustizia delle Comunità europee (in particolare nelle sentenze Smits and Peerbooms e Müller-Fauré), avrebbe dovuto concludere, nell'ottobre-novembre 2002, che il termine previsto di circa un anno era sicuramente «indebito», e pertanto tale da far sorgere il diritto della ricorrente, ai sensi dell'art. 49 CE, al rimborso delle spese sostenute per ottenere un trattamento più tempestivo in un altro Stato membro». Nonostante ciò, egli considerava che la sig.ra Watts non avrebbe dovuto subire un «indebito ritardo», dopo il riesame del suo caso alla fine del mese di gennaio 2003. Il tempo di attesa di quattro mesi in quel momento non dava alla ricorrente titolo per ricevere un trattamento all'estero e per chiedere il rimborso delle relative spese all'NHS.

16. Il Secretary of State for Health e la sig.ra Watts hanno entrambi fatto ricorso in appello contro la decisione della Administrative Court, dinanzi alla Court of Appeal. Il ricorso della sig.ra Watts si fondava sul rifiuto della richiesta di rimborso e sull'opinione della Corte secondo cui i tempi di attesa nazionali erano rilevanti ai fini dell'applicazione dell'art. 49 CE e dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71. Il ricorso del Secretary of State for Health verteva invece sulla pertinenza dell'art. 49 CE per il caso della sig.ra Watts. Tale istituzione asserisce che i pazienti dell'NHS non hanno diritto a ricevere prestazioni ai sensi di tale disposizione e che, di conseguenza, la situazione dell'interessata era disciplinata unicamente dall'art. 22 del regolamento n. 1408/71. In considerazione dei problemi connessi all'applicazione dell'art. 49 CE al caso specifico dell'NHS, come evidenziato dalla Corte nelle cause Smits and Peerbooms e Müller-Fauré (6), la Court of Appeal ha ritenuto che fosse opportuno sottoporre alla Corte di giustizia, in proposito, una serie di questioni pregiudiziali.

IV – Questioni pregiudiziali e procedimento dinanzi alla Corte

17. I problemi interpretativi riscontrati dalla Court of Appeal sono esposti nelle seguenti questioni pregiudiziali:

«Questione n. 1

Se, tenuto conto della natura dell'NHS e della sua collocazione nell'ordinamento giuridico nazionale, l'art. 49 CE, letto alla luce delle sentenze Geraets Smits, Muller-Fauré ed Inizan, debba essere interpretato nel senso che, in linea di principio, la normativa comunitaria conferisce alle persone residenti nel Regno Unito il diritto di ricevere un trattamento ospedaliero in altri Stati membri, a spese dell'NHS.

In particolare se, interpretando correttamente l'art. 49 CE:

- a) esista una distinzione tra un servizio sanitario nazionale finanziato dallo Stato come l'NHS e fondi assicurativi quali quelli previsti dal sistema olandese retto dalla ZFW, considerato, in particolare, che l'NHS non dispone di alcun fondo per il pagamento [del trattamento in oggetto];
- b) l'NHS sia tenuto ad autorizzare ed a finanziare tale trattamento in un altro Stato membro, pur non essendo tenuto ad autorizzarne né a pagarne l'erogazione privata da parte di un prestatore di servizi del Regno Unito;
- c) rilevi il fatto che il paziente si sia procurato il trattamento sanitario indipendentemente dall'organismo competente dell'NHS e senza previa autorizzazione o notifica.

Questione n. 2

Se, per risolvere la questione n. 1, sia rilevante accertare che il trattamento ospedaliero dispensato dall'NHS costituisca, di per sé, una prestazione di servizi di cui all'art. 49 CE.

In caso di soluzione affermativa, se, sulla base delle circostanze di fatto in precedenza esposte, gli artt. 48, 49 e 50 CE debbano essere interpretati nel senso che, in linea di principio:

- 1) la prestazione di un trattamento ospedaliero da parte degli enti dell'NHS costituisce una prestazione di servizi ai sensi dell'art. 49 CE;
- 2) il paziente che beneficia di un trattamento ospedaliero nell'ambito dell'NHS come tale esercita la libertà di avvalersi della prestazione di servizi ai sensi dell'art. 49 CE; e
- 3) gli enti dell'NHS che erogano il detto trattamento sono prestatori di servizi ai sensi degli artt. 48 CE e 50 CE.

Questione n. 3

Se, qualora l'art. 49 CE si applichi all'NHS, quest'ultimo o il Secretary of State possano invocare, come obiettiva giustificazione per rifiutare la previa autorizzazione al trattamento ospedaliero in un altro Stato membro:

- a) il fatto che l'autorizzazione comprometterebbe seriamente il sistema adottato dall'NHS di gestione delle priorità cliniche attraverso liste di attesa;
- b) il fatto che l'autorizzazione permetterebbe a pazienti con esigenze mediche meno urgenti di scavalcare pazienti con esigenze mediche più urgenti;
- c) il fatto che l'autorizzazione avrebbe l'effetto di sviare le risorse destinandole a trattamenti meno urgenti a vantaggio di coloro che sono disposti a recarsi all'estero, danneggiando quindi coloro che non desiderano o non possono recarsi all'estero, oppure l'effetto di aumentare i costi degli enti dell'NHS;
- d) il fatto che l'autorizzazione potrebbe costringere il Regno Unito ad aumentare il bilancio dell'NHS o a ridurre la gamma dei trattamenti disponibili nell'ambito dell'NHS;
- e) i costi comparati del trattamento ed i costi addizionali del trattamento stesso nell'altro Stato membro.

Questione n. 4

Nello stabilire se il trattamento sia disponibile senza indebito ritardo ai fini dell'art. 49 CE, in qual misura sia necessario o consentito tenere conto in particolare dei seguenti elementi:

- a) i tempi di attesa;
- b) la priorità clinica concessa al trattamento dall'organismo competente dell'NHS;
- c) la gestione della prestazione dell'assistenza ospedaliera coerentemente con le priorità intese a dare i migliori risultati in presenza di risorse limitate;
- d) il fatto che il trattamento dell'NHS sia prestato gratuitamente nel luogo di erogazione del servizio;
- e) la situazione clinica individuale del paziente, l'anamnesi ed il probabile decorso della malattia per cui il paziente chiede il trattamento.

Questione n. 5

Se, in base ad una corretta interpretazione dell'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71, ed in particolare, delle parole «entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione»:

a) i criteri applicabili siano identici a quelli applicabili nel determinare le questioni dell'indebito ritardo, ai fini dell'art. 49 CE;

e, in caso di soluzione negativa:

b) in quale misura sia necessario o consentito tener conto degli elementi menzionati nella questione n. 4.

Questione n. 6

Se, qualora uno Stato membro sia tenuto, ai sensi del diritto comunitario, a finanziare il trattamento ospedaliero in altri Stati membri di persone residenti nel primo Stato membro, il costo di tale assistenza debba essere calcolato, a norma dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, con riferimento alla legislazione dello Stato membro in cui il trattamento viene prestato o, ai sensi dell'art. 49 CE, con riferimento alla legislazione dello Stato membro di residenza.

In ogni caso:

a) quale sia la precisa portata dell'obbligo di pagare o di rimborsare le spese, in particolare quando, come nel caso del Regno Unito, il trattamento ospedaliero è prestato gratuitamente ai pazienti nel luogo di erogazione del servizio e non è stata fissata nell'ambito nazionale alcuna tariffa per rimborsare ai pazienti il costo del trattamento;

b) se l'obbligo sia limitato alle spese effettive che si dovrebbero sostenere per fornire lo stesso trattamento o un trattamento equivalente nel primo Stato membro;

c) se esso includa l'obbligo di rimborsare le spese di viaggio e di sistemazione.

Questione n. 7

Se l'art. 49 CE e l'art. 22 del regolamento n. 1408/71 debbano essere interpretati nel senso che impongono ad uno Stato membro l'obbligo di finanziare il trattamento ospedaliero in altri Stati membri indipendentemente dai vincoli di bilancio e, in questo caso, se detti obblighi siano compatibili con la responsabilità riconosciuta agli Stati membri dall'art. 152, n. 5, CE di organizzare ed erogare i servizi sanitari e l'assistenza medica».

18. Hanno presentato osservazioni scritte, conformemente all'art. 23 dello Statuto della Corte di Giustizia, la sig.ra Watts, i governi belga, finlandese, francese, maltese, spagnolo, svedese e del Regno Unito, nonché l'Irlanda e la Commissione. All'udienza del 4 ottobre 2005 sono state inoltre svolte osservazioni orali dalla sig.ra Watts, dai governi spagnolo, francese, polacco (Z), finlandese, svedese e del Regno Unito, nonché dall'Irlanda e dalla Commissione.

V – Valutazione

A – Considerazioni preliminari di carattere generale

19. Inquadrate in un contesto più generale, il caso in esame è sintomatico e rivelatore delle frequenti e pesanti tensioni provocate dall'esistenza di sistemi nazionali sanitari e di assicurazione malattia compartimentati e del modo in cui tali sistemi operano nel contesto di un mercato interno formato da venticinque Stati. Tali tensioni derivano da una serie di fattori di cui dobbiamo tenere conto nel proporre una soluzione per le questioni pregiudiziali formulate dalla Court of Appeal.

20. Un primo aspetto riguarda il problema relativo alla capacità limitata dei servizi sanitari finanziati e gestiti da enti pubblici, dove le risorse umane, finanziarie e infrastrutturali sono, per definizione, limitate. In tali sistemi, la domanda di prestazioni sanitarie sarà sempre maggiore dell'offerta e, a differenza di quanto accade nei sistemi sanitari privati, in tale contesto il meccanismo dei prezzi non opera da correttivo. Gli sviluppi e le innovazioni in campo tecnologico spesso generano una nuova domanda piuttosto che aumentare la capacità del sistema di rispondere alla domanda esistente. Gli investimenti nel settore sanitario vengono effettuati con la prospettiva di soddisfare la domanda di prestazioni mediche nel medio e nel lungo periodo e non possono venire aggiustati in risposta alle fluttuazioni della domanda nel breve periodo. In tale situazione, le persone che necessitano di cure mediche di qualsiasi genere non sempre potranno ottenerle nell'ambito del proprio sistema sanitario nazionale entro un lasso di tempo accettabile. Le liste di attesa sono pertanto un'inevitabile conseguenza del funzionamento di tali sistemi e vengono utilizzate dagli amministratori del sistema sanitario come strumento per bilanciare offerta e domanda.

21. Un secondo fattore importante è dato dalla coesistenza di vari sistemi sanitari e di assicurazione malattia all'interno della Comunità. Usando una classificazione a grandi linee, già

proposta dall'avvocato generale Ruiz Jarabo Colomer nelle conclusioni relative alla causa Smits e Peerbooms (8), troviamo sistemi a carattere interamente pubblico (come l'NHS del Regno Unito), sistemi ibridi (come il regime istituito dalla ZFW nei Paesi Bassi) e sistemi di assicurazione privati. Il finanziamento dei sistemi appartenenti alla prima categoria è interamente pubblico e le prestazioni sono erogate gratuitamente. I sistemi che rientrano nella seconda categoria possono essere finanziati da fonti pubbliche o private, ovvero da una combinazione di entrambe le fonti, mentre le prestazioni sono erogate in natura o in base ad un meccanismo di rimborso. Nel terzo modello, le prestazioni sono pagate direttamente dal paziente che viene successivamente rimborsato dalla propria assicurazione malattia. A seconda del tipo di organizzazione, tali sistemi avranno una gestione più rigida e saranno relativamente chiusi, ovvero avranno una gestione più flessibile e saranno relativamente aperti.

22. La terza fonte di tensioni è costituita dallo stesso mercato interno, in conseguenza, in particolare, della libertà di prestare e ricevere servizi ovunque all'interno della Comunità. Grazie, indubbiamente, anche all'incoraggiamento proveniente dalla giurisprudenza della Corte in materia, i pazienti sono sempre più inclini a richiedere prestazioni sanitarie in altri Stati membri, e questo per varie ragioni, tra le quali, la disponibilità di cure in tempi più brevi in un altro Stato membro che non nello Stato membro di residenza (la sig.ra Watts), la possibilità di ricevere un trattamento in un altro Stato membro che non è (ancora) disponibile nello Stato membro di residenza (la sig.ra Keller) o che è disponibile solo su base sperimentale (il sig. Peerbooms), o infine per il motivo che il paziente ha più fiducia in un prestatore di cure situato in un altro Stato membro (9). La mobilità dei pazienti viene altresì incoraggiata attraverso la disponibilità di maggiori informazioni (su internet), in ordine alla possibilità di ottenere cure mediche in altri paesi, e attraverso l'attività di intermediari come i broker delle assicurazioni malattia.

23. Tale situazione è caratterizzata dalla presenza di un mercato emergente transnazionale di servizi per la salute, che dà luogo ad alcuni problemi, non tanto rispetto al diritto di allontanarsi dallo Stato membro di residenza per recarsi in un altro Stato membro al fine di ricevere cure mediche, ma soprattutto rispetto alle condizioni di finanziamento delle dette cure. Tale aspetto crea ovviamente problemi qualora la questione relativa al finanziamento delle cure mediche sia affrontata rigorosamente in funzione dell'esigenza di bilanciare la domanda e l'offerta di prestazioni fornite all'interno del sistema nazionale sanitario e di assicurazione malattia.

24. Nell'ultimo decennio, i casi di persone che hanno cercato di ottenere cure mediche presso istituti esterni alla propria cassa malattia hanno dato luogo ad una serie di pronunce giurisprudenziali, in cui la Corte di giustizia è riuscita a stabilire alcuni principi basilari per risolvere i problemi derivanti dal finanziamento delle cure mediche prestate oltre frontiera. A partire dalle sentenze Decker e Kohll, la Corte ha avuto modo di sviluppare ulteriormente tali principi nelle sentenze Smits e Peerbooms, per poi approfondirli nella causa Müller-Fauré (10). Altre questioni importanti, in merito al rapporto tra l'art. 49 CE e l'art. 22 del regolamento n. 1408/71, sono state definite nelle sentenze Vanbraekel e Inizan (11). Nonostante il fatto che i principi elaborati dalla Corte nel contesto di tali sentenze siano ormai consolidati e costituiscano il fondamento necessario per risolvere le questioni rimesse dalla Court of Appeal, occorre nondimeno valutare se non si renda necessario un ulteriore approfondimento, considerato il particolare contesto in cui le dette questioni sono sorte.

25. In primo luogo, tuttavia, dobbiamo definire l'esatto contesto giuridico entro il quale va ricercata la soluzione delle questioni in esame.

B – *Diritto applicabile*

26. Le questioni formulate dalla Court of Appeal vertono principalmente sull'applicabilità dell'art. 49 CE al caso della sig.ra Watts ed, in particolare, pongono il problema relativo a se tale disposizione conferisca all'interessata il diritto di ottenere il rimborso delle spese relative al trattamento ospedaliero ricevuto in Francia, sebbene la donna non fosse stata autorizzata dall'NHS o da altre autorità competenti del Regno Unito a ricevere tale trattamento.

27. Tuttavia, come ha rilevato la Commissione, in un primo momento, la sig.ra Watts aveva chiesto l'autorizzazione, a norma dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, a recarsi all'estero per ricevere cure mediche, presentando una domanda sulla base del modello E-112. Il PCT, nel ruolo di autorità competente, aveva per ben due volte respinto tale domanda, con il motivo che, in quanto le condizioni dell'interessata erano state classificate, in due occasioni consecutive, in due diverse categorie d'urgenza (di «routine», la prima volta, e «in tempi

brevi», la seconda), la paziente avrebbe potuto ricevere il trattamento richiesto entro 12 mesi, conformemente agli obiettivi del piano NHS sull'accesso alle cure ospedaliere. Pertanto non ricorrevano le condizioni prescritte dall'art. 22 del regolamento.

28. Poiché tanto l'art. 49 CE quanto l'art. 22 del regolamento n. 1408/71 incidono sulla soluzione della presente causa, occorre stabilire quale sia il rapporto tra tali disposizioni ed in che modo esse debbano essere applicate alla fattispecie.

29. A tenore dell'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71, una persona che abbia ottenuto l'autorizzazione a recarsi in un altro Stato membro per ricevere un trattamento che rientra tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro competente (in prosieguo: lo «Stato membro di iscrizione») deve poter beneficiare delle prestazioni richieste secondo le disposizioni normative dello Stato membro in cui la prestazione è erogata, come se l'assicurato fosse iscritto in tale Stato membro (12). I costi della prestazione sono a carico dello Stato membro di iscrizione, che rimborsa direttamente l'istituzione competente dello Stato membro in cui è stata erogata la prestazione, conformemente all'art. 36 del regolamento.

30. Ai sensi dell'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento, tale autorizzazione non può venire rifiutata qualora ricorrano due condizioni e cioè, 1) quando le cure di cui trattasi sono coperte da assicurazione nello Stato membro competente e 2) se le cure stesse non possono essere erogate al paziente «tenuto conto dello stato di salute dello stesso nel periodo in questione e della probabile evoluzione della malattia, entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione nello Stato membro di residenza».

31. È in virtù della finalità di coordinamento, propria del regolamento n. 1408/71, che la Corte ha interpretato restrittivamente la portata dell'art. 22. Così, nella sentenza Vanbraekel, il giudice comunitario ha considerato che tale disposizione «ha l'unico scopo di identificare i casi in cui è escluso che l'istituzione nazionale competente possa rifiutare l'autorizzazione richiesta sulla base dell'art. 22, n. 1, lett. c). Per contro, tale disposizione non mira assolutamente a limitare le ipotesi in cui una siffatta autorizzazione può essere concessa (...) (13)».

32. La Corte ha inoltre constatato che l'art. 22 del regolamento non è inteso a disciplinare – e quindi non impedisce affatto – il rimborso da parte degli Stati membri, in base alle tariffe in vigore nello Stato membro competente, delle spese sostenute in occasione di cure fornite in un altro Stato membro (14).

33. Perciò l'art. 22 lascia agli Stati membri il compito di determinare se ed a quali condizioni le cure ricevute in un altro Stato membro possano essere rimborsate. Laddove la legislazione di uno Stato membro ammetta un rimborso delle spese sostenute dai privati, l'art. 22 non preclude a tale Stato la possibilità di subordinare il rimborso alla condizione che l'interessato abbia previamente ottenuto dall'autorità competente l'autorizzazione a ricevere le cure appropriate all'estero.

34. Un paziente che non abbia ottenuto l'autorizzazione perché non ricorrono le condizioni descritte dall'art. 22, n. 2, non potrà venire rimborsato delle spese sostenute in occasione di cure ricevute in un altro Stato membro, e, naturalmente, nemmeno l'istituzione competente sarà tenuta a rimborsare la struttura che ha erogato la prestazione di cui trattasi ai sensi dell'art. 36 del regolamento n. 1408/71.

35. Tuttavia, è diversa la situazione di chi abbia presentato una domanda di autorizzazione per ricevere cure mediche in un altro Stato membro, ottenendo un diniego che si rivela successivamente infondato. In tal caso la Corte ha statuito che l'interessato, il quale, pur senza autorizzazione, si sia recato in un altro Stato membro per ricevere le cure necessarie, ha diritto ad 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 gli fosse stata debitamente concessa fin dall'inizio (15).

36. Un'altra situazione ancora si presenta quando il diniego dell'autorizzazione non si fonda esplicitamente o soltanto sull'art. 22, n. 2, del regolamento n. 1408/71, ma viene giustificato anche sulla base di criteri nazionali. Se una persona, ciononostante, si reca in un altro Stato membro per beneficiare di cure mediche, paga direttamente le relative spese al prestatore del servizio sanitario e in un secondo momento chiede il rimborso delle spese nello Stato membro di iscrizione, il rifiuto di accordare tale rimborso deve essere esaminato nell'ambito dell'art. 49 CE. In altri termini, la questione da risolvere in tal caso consiste nell'accertare se il rifiuto di accordare il rimborso in siffatta situazione costituisca una restrizione alla libera prestazione dei servizi e, in caso affermativo, se tale restrizione possa essere giustificata.

37. Quest'ultima situazione si applica al caso della sig.ra Watts, dato che la decisione di diniego dell'autorizzazione era stata basata sugli obiettivi del piano del servizio sanitario nazionale. La Court of Appeal ha perciò correttamente concentrato l'attenzione sull'interpretazione dell'art. 49 CE per risolvere la lite nella causa principale.

C – *Le prime due questioni pregiudiziali: l'NHS e l'art. 49 CE*

1. Portata dell'art 49 CE

38. Le prime due questioni sono volte ad accertare se, in considerazione delle caratteristiche peculiari dell'NHS, una persona residente nel Regno Unito abbia il diritto, in forza dell'art. 49 CE, di ricevere un trattamento ospedaliero in un altro Stato membro a spese dell'NHS e se, al riguardo, sia rilevante stabilire se le prestazioni fornite direttamente dall'NHS debbano essere o meno considerate servizi ai sensi dell'art. 49 CE.

39. Nelle osservazioni presentate dinanzi alla Corte, gli intervenienti esprimono opinioni divergenti quanto all'applicabilità dell'art. 49 CE al ricorso presentato dalla sig.ra Watts per ottenere il rimborso da parte dell'NHS delle spese relative al trattamento ospedaliero cui l'interessata si era sottoposta in Francia.

40. Da una parte, la sig.ra Watts ed i governi belga e francese asseriscono che, secondo l'interpretazione data dalla Corte, in particolare, nelle sentenze Smits e Peerbooms, Müller-Fauré e Inizan (16), l'art. 49 CE è applicabile all'NHS, cosicché le persone stabilmente residenti nel Regno Unito avrebbero diritto a ricevere un trattamento ospedaliero in un altro Stato membro a spese del detto ente. Al riguardo, è irrilevante il fatto che le prestazioni erogate dall'NHS costituiscano o meno una prestazione di servizi ai sensi dell'art. 49 CE, sebbene essi le considerino indubbiamente tali.

41. La Commissione, pur considerando che il presente caso debba essere risolto principalmente sulla base dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, ritiene che le questioni riguardanti la compatibilità con l'art. 49 CE del rifiuto da parte del PCT di autorizzare la sig.ra Watts a sottoporsi ad intervento chirurgico in Francia debbano essere esaminate in via incidentale. Su questo punto, la Commissione è dell'avviso che, sebbene, sulla base delle sentenze Humbel e Poucet e Pistre (17), si potrebbe sostenere che i servizi prestati dall'NHS esulano dal campo di applicazione degli artt. 49 CE e 50 CE, tuttavia, dalla giurisprudenza della Corte nei casi Smits e Peerbooms e Müller-Fauré (18) discende chiaramente che le prestazioni mediche erogate in un altro Stato membro, che vengono pagate direttamente dal destinatario, sono servizi ai sensi dell'art. 50 CE, a meno che non dobbiamo considerare che le osservazioni espresse dalla Corte in tali frangenti fossero limitate ai fatti di causa. Per quanto riguarda l'esistenza di un ostacolo alla libera prestazione dei servizi, la Commissione osserva che il sistema dell'NHS non può essere considerato discriminatorio, poiché non è prevista alcuna disposizione specifica che riguardi il trattamento ricevuto in altri Stati membri. Tuttavia, la mancanza di una procedura che permetta ai pazienti di richiedere la prestazione di cure mediche in altri Stati membri e di ottenere il rimborso delle spese sostenute in occasione della prestazione di tali cure potrebbe scoraggiare o dissuadere i pazienti dalla ricerca di cure all'estero e, di conseguenza, costituisce una restrizione ai sensi dell'art. 49 CE.

42. Anche il governo svedese ritiene che, alla luce della giurisprudenza della Corte, la situazione della sig.ra Watts ricada nell'ambito di applicazione dell'art. 49 CE. Tuttavia, esso rileva che occorre tenere conto delle caratteristiche distintive di un sistema sanitario pubblico. Le persone che scelgono di rivolgersi ad istituti non convenzionati con il sistema pubblico, senza previa autorizzazione, per ricevere cure da un prestatore di cure mediche privato devono farsi carico dei relativi costi.

43. D'altra parte, il governo del Regno Unito, fortemente appoggiato dai governi finlandese, irlandese, maltese, polacco e spagnolo, rileva che, nell'ambito dell'NHS, le persone residenti nel Regno Unito non hanno alcun diritto a ricevere un trattamento particolare, in un determinato momento o luogo, né hanno libertà di scelta in proposito. Secondo il governo del Regno Unito, la Corte ha esposto con chiarezza, nella giurisprudenza in materia, che il diritto di ricevere un trattamento in base alla legislazione dello Stato membro di residenza è condizione necessaria per poter chiedere il rimborso delle spese relative al trattamento ricevuto in un altro Stato membro, ai sensi dell'art. 49 CE. Tale governo asserisce inoltre che l'accertamento di un qualsiasi obbligo a carico dell'NHS di rimborsare la sig.ra Watts dipende dalla qualifica del trattamento ospedaliero prestato nell'ambito dell'NHS come «servizio» ai sensi degli artt. 49 CE e 50 CE. Poiché l'NHS è interamente finanziato attraverso gli introiti fiscali, la detta prestazione non viene erogata in cambio di un corrispettivo economico, per cui l'elemento della

remunerazione, che è essenziale per la definizione di «servizio» è assente. Esso aggiunge che, sebbene la Corte abbia affermato che l'art. 49 CE osti all'applicazione di qualsiasi normativa nazionale che abbia l'effetto di rendere la prestazione di servizi fra Stati membri più difficile della prestazione di servizi interna ad uno Stato membro (19), tale comparazione, tuttavia, presuppone che, tanto la prestazione di servizi interna, quanto la prestazione di servizi tra Stati membri ricadano nel campo di applicazione dell'art. 49 CE. Di conseguenza, le cure mediche prestate dall'NHS non rientrano nell'ambito dell'art. 49 CE. L'NHS si distingue nettamente dal sistema olandese istituito con la Ziekenfondswet (in prosieguo: la «ZFW») che era in discussione nelle cause Smits e Peerbooms e Müller-Fauré (20), non soltanto perché nell'ambito dell'NHS le cure mediche non vengono prestate in cambio di un corrispettivo economico, ma anche perché tale sistema non dispone di fondi destinati a rimborsare i pazienti delle spese relative a cure prestate al di fuori degli istituti dell'NHS.

44. In primo luogo, è necessario stabilire se l'art. 49 CE sia applicabile alla fattispecie, in particolare, alla luce degli argomenti avanzati da vari governi intervenuti nel presente procedimento, secondo cui il carattere pubblico dell'NHS collocerebbe tale sistema al di fuori della portata di tale disposizione.

45. L'elemento rilevante per stabilire se l'art. 49 CE si applichi al caso della sig.ra Watts ed alla sua domanda di rimborso consiste nel fatto che l'interessata si è recata di sua iniziativa in Francia per sottoporsi ad un'operazione all'anca ed ha pagato la somma di £ 3 900 direttamente all'istituzione che aveva erogato la prestazione.

46. Anzitutto, si deve rammentare che la giurisprudenza ha da tempo affermato che le attività mediche, di per sé, rientrano nel campo di applicazione dell'art. 50 CE, senza che, in proposito, si debba distinguere a seconda che le cure siano dispensate in ambito ospedaliero o al di fuori dello stesso (21). È inoltre giurisprudenza consolidata che la natura particolare di talune prestazioni di servizi non può sottrarre tali attività all'ambito di applicazione del principio fondamentale della libera circolazione, cosicché la circostanza che la normativa nazionale oggetto della causa principale rientri nell'ambito previdenziale non vale ad escludere l'applicazione degli artt. 49 e 50 CE (22).

47. In secondo luogo, la condizione della retribuzione risulta chiaramente soddisfatta, dato che la sig.ra Watts ha provveduto direttamente a pagare il conto dell'ospedale. Sotto tale aspetto, essa si trova nella stessa situazione, inter alia, delle sigg.re Smits e Müller-Fauré. Nei casi relativi a queste due pazienti la Corte ha osservato che il trattamento medico prestato in uno Stato membro diverso da quello di iscrizione aveva dato certamente luogo ad una remunerazione diretta, da parte del paziente, degli istituti che avevano effettuato la prestazione (23). La Corte ha aggiunto che si deve ammettere che una prestazione medica dispensata in uno Stato membro e pagata dal paziente non può essere esclusa dall'ambito di applicazione della libera prestazione di servizi assicurata dal Trattato per il solo fatto che il rimborso delle cure in questione è richiesto a titolo della normativa sull'assicurazione di un altro Stato membro che prevede essenzialmente un intervento in natura (24).

48. Non possono esistere dubbi, pertanto, sul fatto che la sig.ra Watts debba essere considerata destinataria di servizi ai sensi degli artt. 49 CE e 50 CE.

49. Tuttavia, i governi del Regno Unito, maltese, finlandese, spagnolo e irlandese obiettano che, in quanto l'NHS si presenta come un sistema sanitario a carattere interamente pubblico, il ricorso della sig.ra Watts non può essere esaminato alla luce dell'art. 49 CE.

50. Tale punto, in realtà, è stato chiarito dalla Corte in relazione al sistema introdotto nei Paesi Bassi con la ZFW. In particolare, nella sentenza Müller-Fauré, dopo aver prestato enfaticamente attenzione alle osservazioni svolte dal Regno Unito con riguardo all'NHS (punti 55-59 della sentenza), ha dichiarato che «una prestazione medica dispensata in uno Stato membro e pagata dal paziente non può cessare di rientrare nell'ambito di applicazione della libera prestazione dei servizi assicurata dal Trattato per il solo fatto che il rimborso delle cure in questione è richiesto a titolo della normativa sull'assicurazione malattia di un altro Stato membro che prevede essenzialmente un intervento in natura (...) Dal punto di vista della libera prestazione dei servizi non occorre quindi operare una distinzione a seconda che il paziente anticipi l'importo delle spese sostenute e chiedi in un secondo momento il rimborso di queste ultime o che la cassa di assicurazione malattia o il bilancio nazionale paghi direttamente il prestatore» (25).

51. A confronto con il giudizio parallelo espresso nella sentenza Smits e Peerbooms (26), il riferimento esplicito ad un «servizio sanitario nazionale» in tale passo della sentenza

Müller-Fauré costituiva una novità. Tale riferimento, in giustapposizione con i termini «un regime di prestazione in natura», che poteva solamente riferirsi alla ZFW, sembrava pertanto costituire una replica diretta agli argomenti avanzati dal Regno Unito in quella occasione.

52. Sebbene tale rilievo possa sembrare risolutivo della questione che ci occupa, tuttavia il Regno Unito sostiene che, poiché nella causa Müller-Fauré non era in discussione la particolare situazione dell'NHS in quanto tale, e poiché il riferimento della Corte ad un «sistema sanitario nazionale» è troppo indiretto per poter abbracciare l'NHS, la Corte dovrebbe esaminare nuovamente la questione, distinguendo l'NHS dalla ZFW. Sembra quindi che la giurisprudenza della Corte in materia abbia bisogno di ulteriori chiarimenti.

53. Per usare termini più espliciti, nella sentenza Müller-Fauré la Corte ha statuito, fondamentalmente, che l'art. 49 CE si applica al caso di una persona che si è recata in un altro Stato membro per beneficiare di cure mediche e che ha pagato direttamente tali cure, a prescindere dal tipo di regime di assicurazione malattia presso il quale la persona interessata è iscritta nello Stato membro di residenza. Ed è certo che, analizzando la questione dalla prospettiva della libera circolazione dei servizi sancita dall'art. 49 CE, le modalità di finanziamento della prestazione sono, di per sé, irrilevanti al fine di stabilire se una data transazione rientri o meno nell'ambito di tale disposizione del Trattato. Il ruolo dell'NHS, come quello delle casse malattia secondo la normativa di cui alla ZFW nelle cause Smits e Peerbooms e Müller-Fauré, è puramente strumentale rispetto alla transazione principale avvenuta, in questo caso, tra la sig.ra Watts e l'ospedale di Abbeville, in Francia, che le ha prestato le cure mediche.

54. È pur vero che, nella sentenza Smits e Peerbooms, la Corte, avendo constatato che gli interessati avevano pagato direttamente le prestazioni mediche ricevute, è passata a verificare se i pagamenti effettuati dalle casse malattia ai sensi della ZFW costituissero una remunerazione per gli ospedali cui erano diretti, concludendo che indubbiamente lo erano. Tuttavia, tale conclusione non sembra aggiungere particolare significato alla prima affermazione secondo cui l'art. 49 CE era applicabile in virtù del fatto che le rispettive prestazioni mediche in oggetto erano state pagate direttamente dalla sig.ra Smits e dal sig. Peerbooms.

55. Dalle precedenti considerazioni si evince che è irrilevante, ai fini dell'applicazione dell'art. 49 ad una fattispecie come quella di cui alla causa principale, il fatto che l'NHS di per sé venga considerato o meno un prestatore di servizi ai sensi di tale disposizione del Trattato. È da escludere la tesi che l'NHS presti un servizio alla sig.ra Watts ai sensi dell'art. 49 CE. Il ruolo di tale organismo è limitato all'aspetto di un possibile rimborso delle spese relative al trattamento dispensato alla sig.ra Watts in un altro Stato membro. Un eventuale coinvolgimento dell'NHS è strumentale ad una transazione che ricade nell'ambito di applicazione dell'art. 49 CE.

56. Si potrebbe aggiungere che nel caso delle attività che rientrano nella gestione ordinaria dell'NHS, in cui tale ente fornisce servizi di assistenza medica alle persone residenti nel Regno Unito, non si tratta di attività che ricadono nell'ambito dell'art. 49 CE. Dobbiamo tenere a mente che tale disposizione del Trattato non si applica a situazioni di carattere puramente interno (27) e che è necessaria la presenza di un elemento transfrontaliero. Quest'ultimo caso si verifica, per esempio, quando una persona residente in uno Stato membro diverso dal Regno Unito ha bisogno della prestazione di cure in questo paese da parte dell'NHS. In tali casi, gli stranieri in visita nel Regno Unito sono tenuti, ai sensi delle NHS Regulations del 1989 (Ordinanze sugli oneri dei visitatori stranieri) a pagare le prestazioni sanitarie erogate dall'NHS, ragion per cui tali prestazioni rientrano nel campo di applicazione dell'art. 49 CE. Analogamente, vi sarebbe un elemento transfrontaliero qualora l'NHS dovesse acquistare servizi ospedalieri in altri Stati membri per aumentare la propria capacità di assistenza.

57. Non può essere accolto l'argomento sostenuto dal Regno Unito secondo cui, se la Corte ha affermato che l'art. 49 CE osta all'applicazione di una normativa nazionale che abbia l'effetto di rendere la prestazione di servizi fra Stati membri più difficile della prestazione di servizi interna ad uno stesso Stato membro, ciò presuppone che tanto la prestazione di servizi interna quanto quella tra Stati membri rientrino nell'ambito dell'art. 49 CE. Tale giudizio della Corte è chiaramente riferito agli effetti restrittivi di una normativa nazionale sulla prestazione di servizi da altri Stati membri e non intende limitare l'applicabilità dell'art. 49 CE ai casi in cui la prestazione dei servizi in oggetto, effettuata all'interno di uno Stato membro, sia soggetta a condizioni simili alla prestazione transfrontaliera degli stessi servizi.

58. Inoltre, come ho già osservato in precedenza, la Corte ha ritenuto che i servizi non possano essere esclusi dall'ambito di applicazione della detta disposizione in virtù della loro natura particolare. Neppure la circostanza che si tratti di una normativa nazionale in materia previdenziale può valere ad escludere l'applicazione degli artt. 49 CE e 50 CE (28). Alla luce di tale giurisprudenza, è difficile immaginare come i servizi medici forniti nell'ambito dell'NHS potrebbero venire esclusi dal campo di applicazione delle disposizioni del Trattato sulla libera prestazione dei servizi, vuoi per la loro natura, vuoi perché sono prestati all'interno di un regime a carattere interamente pubblico.

59. Infine, su questo stesso punto, riguardante l'applicabilità dell'art. 49 CE all'NHS, vari governi tra quelli intervenuti nel presente procedimento hanno richiamato la sentenza pronunciata nella causa Humbel (29), in cui la Corte ha statuito che lo Stato membro che istituisce e mantiene un sistema nazionale di pubblica istruzione, finanziato dal bilancio pubblico, non intende svolgere attività retribuite, bensì adempie i propri compiti in campo sociale, culturale ed educativo nei confronti dei propri cittadini. In tale caso, non si riscontra la caratteristica essenziale della retribuzione, e quindi l'art. 49 CE non è applicabile (30). Poiché l'NHS può essere paragonato ad un siffatto sistema di nazionale di pubblica istruzione e dato che, inoltre, è interamente finanziato attraverso gli introiti fiscali, è stato osservato che i servizi erogati da tale sistema non sono prestati dietro pagamento di un corrispettivo e pertanto esulano dal campo d'applicazione dell'art. 49 CE.

60. Ancora una volta, e senza entrare nel merito dell'argomento relativo a se la giurisprudenza Humbel possa ancora essere considerata valida, tale punto è stato già affrontato e risolto dalla Corte. Non è necessario ripetere le considerazioni svolte nei precedenti paragrafi a proposito della sentenza Smits e Peerbooms; basti notare che, in tale sentenza, la Corte ha precisato che i servizi di assistenza medica ricadono nell'ambito dell'art. 50 CE, a prescindere dalla circostanza che siano prestati o meno in ambiente ospedaliero, e ha aggiunto che, nel contesto del sistema istituito con la ZFW, i pagamenti effettuati dalle casse malattia agli ospedali costituiscono una retribuzione per i servizi prestati da questi ultimi. Ad ogni modo, come ho già rilevato poc'anzi, la struttura organizzativa dell'NHS non incide sull'applicabilità dell'art. 49 CE nel caso in esame, in quanto non sono i servizi prestati dall'NHS ad essere in discussione. Per di più, come ho altresì rilevato supra (ai paragrafi 7, ultimo trattino, e 56), i visitatori stranieri sono tenuti a pagare le prestazioni erogate dagli organismi dell'NHS. In questo caso, è evidente che il trattamento viene fornito dietro pagamento di un corrispettivo, e pertanto nulla osta all'applicazione dell'art. 49 CE.

61. Nel caso in esame, il problema fondamentale nasce dal fatto che una persona nella situazione della sig.ra Watts possiede due distinte qualità con una contraddizione intrinseca. Sul piano nazionale, il suo status è determinato dall'iscrizione al regime previdenziale nazionale, in base al quale essa non ha alcun diritto di ricevere cure in un preciso momento o luogo. D'altra parte, sul piano del diritto comunitario, la ricorrente nella causa principale è una destinataria di servizi, che, a talune condizioni stabilite dal diritto nazionale, possiede libertà di scelta in merito alle cure di cui necessita. Ritenere che lo status dell'interessata ai sensi della normativa nazionale possa condizionare il suo diritto di avvalersi dell'art. 49 CE, per impugnare il rifiuto, da parte del regime cui è iscritta, di rimborsare le spese relative ai servizi che l'interessata ha ricevuto in un altro Stato membro, equivarrebbe ad un'inaccettabile limitazione delle possibilità di esaminare la compatibilità del diniego di autorizzazione con il diritto comunitario.

62. In base alle suesposte considerazioni, sono del parere che l'art. 49 CE si applichi alla richiesta della sig.ra Watts, diretta ad ottenere il rimborso delle spese relative al trattamento ospedaliero dispensatole in Francia, e considero pertanto infondati gli argomenti in senso contrario. A questo punto, vorrei precisare che tale conclusione non significa che le legittime preoccupazioni espresse dagli Stati membri che gestiscono sistemi sanitari nazionali non debbano essere prese in considerazione. Tale argomento verrà discusso nell'ambito dell'esame della terza questione pregiudiziale.

2. Un esame del problema che sottende le prime due questioni

63. Dopo aver concluso che, in via di principio, l'art. 49 CE è applicabile alla fattispecie, rimane da esaminare, sempre in relazione a tale disposizione del Trattato, se il rifiuto da parte dell'NHS di rimborsare le spese relative al trattamento dispensato alla sig.ra Watts in Francia costituisca una restrizione della libertà di ricevere servizi in altri Stati membri.

64. Per risolvere tale questione occorre effettuare una correzione della prospettiva scelta dalla Court of Appeal per formulare le prime due questioni pregiudiziali. In base all'attuale formulazione, tali questioni chiedono di accertare se «la normativa comunitaria» conferisca ad una persona nelle situazione della sig.ra Watts «il diritto» di ricevere prestazioni mediche a spese dell'NHS, tenuto conto del fatto che quest'ultimo è un sistema sanitario pubblico finanziato interamente dal bilancio pubblico. Poiché la possibilità di beneficiare delle disposizioni sulla libera prestazione dei servizi deriva dall'assenza di una restrizione ingiustificata di tale libertà, appare più utile considerare che tali questioni siano volte ad accertare se la mancata possibilità di ottenere, mediante l'NHS, il rimborso delle spese relative a cure mediche dispensate al di fuori del Regno Unito costituisca una limitazione dei diritti delle persone residenti nel Regno Unito di ricevere servizi in altri Stati membri. Se dovessimo concludere in senso affermativo, dovremmo poi verificare se la restrizione accertata possa essere giustificata. Come ho rilevato in precedenza, questo è l'argomento della terza questione preliminare.

65. La Corte ha statuito che l'art. 49 CE osta all'applicazione di normative nazionali che abbiano l'effetto di rendere la prestazione di servizi tra Stati membri più difficile della prestazione di servizi puramente interna ad uno Stato membro (31). Essa ha inoltre affermato che una normativa nazionale che disincentiva o addirittura dissuade gli assicurati dal rivolgersi ai prestatori di servizi medici stabiliti in altri Stati membri costituisce un ostacolo alla libera prestazione dei servizi sia per gli assicurati, sia per i prestatori di servizi (32).

66. Nel caso in esame, l'ostacolo che impedisce agli assicurati dell'NHS di ricevere liberamente servizi di assistenza medica in uno Stato membro diverso dal Regno Unito consiste non tanto in una disposizione concreta che limita la possibilità di ottenere cure all'estero, ma piuttosto nella mancanza di una procedura chiaramente definita in conformità della quale siano valutate le richieste di trattamento all'estero. L'assenza di tale procedura si spiega indubbiamente in virtù del modo in cui opera l'NHS. I pazienti non hanno diritto a ricevere un trattamento in un dato momento o luogo, ma dipendono, per tali aspetti, dalle valutazioni di ordine clinico operate dai prestatori di cure che operano presso l'NHS. Sono gli organismi dell'NHS che decidono in merito al tipo, ai tempi e ai luoghi di prestazione delle cure. Le persone che chiedono un trattamento vengono sottoposte ad esame diagnostico, poi classificate a seconda della gravità delle loro condizioni di salute; in funzione di tale classificazione vengono poi inserite in una lista d'attesa. Sembra che, sotto questo profilo, gli enti dell'NHS godano di un potere discrezionale assoluto.

67. Sebbene la previsione che tutte le decisioni riguardanti la prestazione di cure debbano essere prese da operatori interni al sistema possa sembrare una regola inerente alla struttura organizzativa e finanziaria di un ente pubblico, questo fatto, di per sé, implica una limitazione delle possibilità degli assicurati di tale regime di rivolgersi a prestatori esterni al sistema per ricevere cure, in quanto non esiste la certezza né del fatto che le relative spese mediche saranno pagate direttamente al prestatore, né che le stesse verranno rimborsate agli interessati. Nella misura in cui gli assicurati desiderino ricevere la prestazione di servizi di assistenza medica in altri Stati membri, tale meccanismo costituisce un ostacolo alla loro libertà di ricevere servizi in uno Stato membro diverso da quello di iscrizione.

68. Il fatto, poi, che anche la libertà dei pazienti di ricevere servizi nel settore privato all'interno del Regno Unito sia limitata è irrilevante al riguardo. Si tratta di una questione interna al Regno Unito che, tutt'al più, può essere considerata un esempio di discriminazione alla rovescia, la quale, come ha osservato il governo francese, non è vietata dal Trattato CE.

69. Pur accertato che il modo in cui opera l'NHS limita la libertà dei suoi assicurati di ottenere servizi di assistenza medica in altri Stati membri, ciò non implica, tuttavia, che tali persone godano, in forza dell'art. 49 CE, di un diritto illimitato di recarsi in altri Stati membri a tal fine. Come la Corte ha riconosciuto, gli Stati membri possono legittimamente imporre il requisito della previa autorizzazione al fine di prendere a carico le spese relative a cure ospedaliere dispensate in altri Stati membri alle persone assicurate presso i regimi previdenziali nazionali. Tale requisito è considerato necessario e ragionevole ai fini dell'obiettivo di assicurare la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure ospedaliere nel territorio dello Stato interessato; tale requisito contribuisce inoltre al controllo dei costi e ad evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche ed umane che sono, per definizione, limitate (33). La Corte ha ammesso che, se gli assicurati potessero liberamente ed in ogni circostanza fare ricorso ad istituti ospedalieri non

convenzionati con la loro cassa malattia, sarebbero di colpo compromessi tutti gli sforzi di programmazione effettuati tramite il sistema di convenzioni al fine di contribuire ad assicurare un'offerta di cure ospedaliere che sia razionale, stabile, equilibrata ed accessibile (34).

70. Tuttavia, anche le condizioni per il rilascio della previa autorizzazione devono essere giustificate da esigenze imperative di interesse generale e soddisfare il requisito della proporzionalità. Su questo punto, la Corte ha confermato 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 [la libertà di prestazione dei servizi] di un'applicazione utile (...). Pertanto, un regime di previa autorizzazione amministrativa, perché sia giustificato anche quando deroga ad una libertà fondamentale, deve essere fondato in ogni caso su criteri oggettivi, non discriminatori e noti in anticipo alle imprese interessate, in modo da circoscrivere l'esercizio del potere discrezionale delle autorità nazionali affinché esso non sia usato in modo arbitrario (...). Un tale regime di previa autorizzazione amministrativa deve anche basarsi su un sistema procedurale di facile accesso e tale da garantire agli interessati che la loro domanda sarà trattata entro un termine ragionevole ed in modo oggettivo ed imparziale, dovendo inoltre eventuali dinieghi di autorizzazione poter venir considerati nell'ambito di un ricorso giurisdizionale (35)».

71. Sebbene, quindi, la Corte riconosca che gli Stati membri hanno la facoltà di imporre il requisito della previa autorizzazione come condizione preliminare affinché le persone assicurate con un regime pubblico possano beneficiare di cure ospedaliere prestate da un istituto esterno a tale regime e affinché possano ottenere un rimborso delle spese relative alle cure ricevute, la giurisprudenza indica altresì che può essere fatto obbligo agli Stati membri di adottare le misure necessarie per facilitare la prestazione transfrontaliera di servizi medici.

72. Quando, nella sentenza Müller-Fauré ha esaminato le possibilità di giustificare il requisito della previa autorizzazione a ricevere servizi non ospedalieri, la Corte ha svolto alcune osservazioni in merito all'adeguamento dei regimi previdenziali nazionali agli obblighi derivanti dal diritto comunitario, così generali che non possono essere considerate circoscritte al settore delle prestazioni non ospedaliere.

73. Con la premessa che il diritto comunitario non menoma la competenza degli Stati membri ad organizzare i loro sistemi previdenziali – fermo restando che, nell'esercizio di tale potere, gli Stati membri devono rispettare il diritto comunitario –, la Corte ha osservato che «la realizzazione delle libertà fondamentali garantite dal Trattato obbliga inevitabilmente gli Stati membri ad apportare qualche adattamento al loro sistema previdenziale nazionale», senza che, secondo la Corte, ne venga compromessa la competenza sovrana in materia. La Corte ha poi aggiunto che «nell'ambito stesso dell'applicazione del regolamento n. 1408/71, gli Stati membri che hanno istituito un regime di prestazioni in natura, o perfino un servizio sanitario nazionale, devono prevedere meccanismi di rimborso a posteriori di cure dispensate in uno Stato membro diverso da quello competente. Ciò si verifica ad esempio nel caso in cui le formalità previste non abbiano potuto essere espletate durante la dimora dell'interessato in quest'ultimo Stato (36) (...) o quando lo Stato competente abbia autorizzato, conformemente all'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71, l'accesso alle cure all'estero». In tale contesto, la Corte ha riconosciuto che un assicurato che, senza previa autorizzazione, riceve cure mediche in un altro Stato membro può esigere la presa a carico delle cure ricevute solo nei limiti della copertura garantita dal regime di assicurazione malattia dello Stato membro di iscrizione, e qualora soddisfi condizioni che sono compatibili con il diritto comunitario. Infine, la Corte ha rilevato che «nulla osta a che lo Stato membro competente in cui esiste un regime di prestazioni in natura stabilisca gli importi del rimborso che i pazienti cui siano state prestate cure in un altro Stato membro possono esigere, sempre che tali importi si fondino su criteri obiettivi, non discriminatori e trasparenti (37)».

74. Sebbene, come ho già osservato, tali rilievi siano stati svolti in relazione a servizi non ospedalieri, non vi è alcuna ragione per considerarli circoscritti a tali prestazioni in senso stretto. Essi devono piuttosto venire considerati un'espressione del principio più generale, contenuto nell'art. 10 CE, in forza del quale gli Stati membri adottano tutte le misure di carattere generale e particolare atte ad assicurare l'esecuzione degli obblighi derivanti dal Trattato e a facilitare la Comunità nell'adempimento dei suoi compiti. Tale principio può comportare un obbligo per lo Stato membro di adottare misure particolari, dirette a facilitare la libera prestazione dei servizi, laddove la mancata adozione di tali misure possa dar luogo ad

una situazione che contravviene agli obblighi dello stesso Stato membro derivanti, in questo caso specifico, dall'art. 49 CE.

75. Più precisamente, il detto obbligo impone allo Stato membro di adottare provvedimenti atti ad impedire l'insorgenza di ostacoli agli scambi intracomunitari, in contrasto con il mero obbligo di revocare le disposizioni che possono provocare tali problemi. Esempi dell'applicazione di tale principio, tratti dall'ambito, comparabile al contesto in esame, della libera circolazione delle merci, includono l'obbligo di inserire una clausola di reciproco riconoscimento nella legislazione nazionale sui prodotti alimentari (38), nonché l'obbligo di adottare provvedimenti sufficienti ad impedire ostacoli alla libera circolazione delle merci creati dal comportamento di operatori privati (39). Infine, il detto obbligo richiede agli Stati membri di assicurare che l'eventuale requisito di una previa autorizzazione si basi su un sistema procedurale che soddisfa i criteri individuati dalla Corte e riportati supra, al paragrafo 70.

76. Sulla base delle considerazioni che precedono, ritengo si debbano risolvere le prime due questioni pregiudiziali nel senso che l'art 49 CE dev'essere interpretato nel senso che, in via di principio, persone ordinariamente residenti in uno Stato membro ove opera un sistema sanitario nazionale, quale il Natural Health Service nel Regno Unito, hanno diritto a ricevere cure sanitarie in un altro Stato membro a spese di detto servizio sanitario nazionale. Gli Stati membri possono subordinare tale diritto alla condizione che detta persona abbia ottenuto previa autorizzazione, purché siffatta autorizzazione si basi su criteri oggettivi, non discriminatori e trasparenti nell'ambito di un sistema procedurale agevolmente accessibile e in grado di assicurare che richieste di autorizzazione siano trattate oggettivamente ed imparzialmente in un lasso di tempo ragionevole e che i rifiuti di autorizzazione possano essere impugnati in procedimenti giurisdizionali o quasi giurisdizionali. La mancanza di tali criteri e procedimento non può privare la persona di siffatto diritto. Ai fini dell'applicazione dell'art. 49 CE nelle circostanze del procedimento principale è irrilevante stabilire se le cure ospedaliere fornite direttamente dall'NHS costituiscano o meno una prestazione di servizi ai sensi dell'art. 49 CE.

D – *Terza questione pregiudiziale: giustificazione del diniego dell'autorizzazione preventiva*

77. Con la terza questione la Court of Appeal chiede se, qualora l'art. 49 CE si applichi al caso dell'NHS, il rifiuto di concedere la previa autorizzazione al ricovero ospedaliero in un altro Stato membro possa venire giustificato in base ad una serie di differenti fattori, tra i quali (a) la concessione dell'autorizzazione comprometterebbe seriamente il sistema adottato dall'NHS di gestione delle priorità cliniche attraverso liste di attesa, (b) l'autorizzazione permetterebbe ai pazienti con esigenze mediche meno urgenti di scavalcare pazienti con esigenze più urgenti, (c) l'autorizzazione avrebbe l'effetto di sviare le risorse destinandole a trattamenti meno urgenti a vantaggio di coloro che sono disposti a recarsi all'estero, danneggiando quindi coloro che non desiderano o non possono spostarsi all'estero, oppure l'effetto di incrementare le spese degli organismi dell'NHS, (d) l'autorizzazione potrebbe costringere il Regno Unito ad aumentare il bilancio dell'NHS o a ridurre la gamma dei trattamenti disponibili nell'ambito di tale sistema (e) i costi comparati del trattamento e i costi addizionali dello stesso in un altro Stato membro.

78. La sig.ra Watts sottolinea che le richieste di cure all'estero vengono valutate in base alla possibilità di ricevere le dette cure all'interno del Regno Unito senza un «indebito ritardo», e che ciò viene stabilito con riferimento alle liste d'attesa dell'NHS. Il metodo di gestione delle priorità basato sulle liste d'attesa non terrebbe conto delle esigenze cliniche del singolo paziente, che sono determinate dal suo stato di salute, dall'anamnesi e da circostanze particolari. Pertanto, un diniego di autorizzazione non potrebbe venire giustificato unicamente sulla base dell'esistenza di liste di attesa. Il meccanismo delle liste d'attesa e la sua ratio dovrebbero essere sottoposti ad un'accurata verifica, tenendo conto del fatto che tempi di attesa anormali o eccessivamente lunghi possono più facilmente avere l'effetto di ridurre che non quello di aumentare l'accesso a servizi ospedalieri di qualità. La sig.ra Watts ritiene che non sia affatto comprovata la possibilità che si verifichi alcuno degli effetti negativi menzionati dal giudice del rinvio nella terza questione.

79. Il governo francese, sostanzialmente, sostiene quest'ultima tesi, sostenendo che, essendo le conseguenze negative paventate dalla Court of Appeal, per la maggior parte, di carattere finanziario, le stesse non possono essere giustificate. Il governo belga aggiunge che il diniego di autorizzazione da parte del Regno Unito può essere giustificato, ma solo qualora si sia

fondato su criteri prestabiliti, oggettivi e non discriminatori, e nei limiti in cui non privi il diritto comunitario del suo effetto utile.

80. La Commissione osserva che, la mancata previsione, nel Regno Unito, di qualsiasi procedura di rimborso delle spese mediche, al di fuori dell'ambito di applicazione del regolamento n. 1408/71, esclude la possibilità di prendere in considerazione eventuali ragioni imperative che giustificano tale restrizione.

81. Al contrario, i governi spagnolo, maltese, finlandese, svedese e del Regno Unito, nonché l'Irlanda, considerano che, anche qualora l'art. 49 CE si applicasse all'NHS, gli obiettivi di assicurare l'equilibrio finanziario di tale ente e di mantenere un servizio medico-ospedaliero equilibrato e accessibile a tutti valgono a giustificare restrizioni della libera prestazione dei servizi. Pertanto, le conseguenze elencate dalla Court of Appeal nella terza questione pregiudiziale possono essere validamente invocate per giustificare il rifiuto di autorizzare cure ospedaliere da dispensarsi in un altro Stato membro, in considerazione del pericolo di creare squilibri nel sistema sanitario, qualora un grande numero di pazienti venisse autorizzato a ricevere cure all'estero. In particolare, i governi spagnolo, svedese e del Regno Unito sottolineano la legittimità dell'utilizzo di liste di attesa a tal fine, specialmente in quanto queste ultime vengono redatte sulla base di valutazioni di ordine medico.

82. Per poter risolvere tale questione dobbiamo prendere le mosse dalla giurisprudenza della Corte sugli obiettivi che sono considerati idonei a giustificare restrizioni nazionali al diritto degli assicurati di ricevere, a norma dell'art. 49 CE, cure ospedaliere in un altro Stato membro. In particolare, occorre analizzare se si possa considerare che le varie conseguenze indicate dalla Court of Appeal rientrino in tali obiettivi, e, in caso di risposta negativa, se le stesse siano nondimeno accettabili come motivi di giustificazione di un diniego di autorizzazione e di rimborso.

83. I motivi di giustificazione riconosciuti dalla giurisprudenza della Corte sono stati opportunamente sintetizzati nella sentenza *Smits e Peerbooms*. Anzitutto, la Corte ha ammesso che non può escludersi che un rischio di grave alterazione dell'equilibrio finanziario del sistema previdenziale possa costituire un motivo imperativo di interesse generale atto a giustificare un ostacolo al principio della libera circolazione dei servizi. In secondo luogo, per quanto riguarda l'obiettivo di mantenere un servizio medico-ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti, la Corte ha anche ammesso che tale obiettivo, sebbene intrinsecamente connesso alle modalità di finanziamento del sistema previdenziale, può parimenti rientrare nel regime di deroghe giustificate da ragioni di sanità pubblica previsto dall'art. 46 CE, nei limiti in cui contribuisca alla realizzazione di un livello elevato di tutela della salute. La Corte ha poi precisato, in terzo luogo, che l'art. 46 CE consente agli Stati membri di limitare la libera prestazione dei servizi medico-ospedalieri qualora la conservazione di un sistema sanitario o di una competenza medica nel territorio nazionale sia essenziale per la sanità pubblica, o addirittura per la sopravvivenza, della loro popolazione. Infine, qualora si possano validamente invocare le suddette esigenze imperative, occorre assicurarsi che le misure nazionali di cui trattasi non eccedano quanto oggettivamente necessario a tale scopo e che lo stesso risultato non possa essere ottenuto attraverso provvedimenti meno incisivi (40).

84. Per quanto riguarda, in particolare, il regime delle liste di attesa, nella sentenza *Müller-Fauré* la Corte ha espressamente escluso che uno Stato membro possa giustificarsi, non in base al timore di uno spreco di risorse finanziarie, a causa di una sovracapacità ospedaliera, ma esclusivamente per l'esistenza di liste d'attesa sul territorio nazionale, senza che vengano prese in considerazione le circostanze concrete che caratterizzano la situazione medica del paziente. Essa ha osservato che non emerge che tale periodo d'attesa sia necessario per garantire la tutela della sanità pubblica (41). Al contrario, termini di attesa troppo lunghi o anormali sarebbero tali da limitare l'accessibilità a un insieme equilibrato di cure ospedaliere di qualità. Infatti, secondo la Corte, tali liste di attesa sembrano piuttosto rispondere a considerazioni di carattere puramente economico che, in quanto tali, non possono costituire un ostacolo validamente giustificato al principio fondamentale della libera prestazione dei servizi (42).

85. In effetti si deve riconoscere che, laddove la domanda di servizi ospedalieri superi la capacità di fornire tali servizi, è impossibile dispensare ai pazienti le cure necessarie come e quando le richiedono, e talvolta perfino curarli in un lasso di tempo che possa essere considerato accettabile. Dato che le risorse umane, finanziarie e materiali a disposizione degli ospedali sono limitate, è inevitabile che i pazienti siano costretti ad attendere per un

determinato periodo, prima di ricevere le cure desiderate. Poiché la domanda di servizi in tale settore è, in generale, di gran lunga superiore all'offerta, le liste d'attesa vengono utilizzate come strumento di distribuzione delle risorse, nell'ottica di ottimizzare l'uso della capacità ospedaliera. Se tale modus operandi appare perfettamente logico dal punto di vista di una gestione razionale delle risorse, è pur vero che il costo (in termini di opportunità) di utilizzare liste d'attesa in tal modo ritarda l'accesso dei pazienti alle cure ospedaliere. È quest'ultimo aspetto cui alludeva chiaramente la Corte quando ha negato che la mera esistenza di liste d'attesa potesse costituire una valida giustificazione di un diniego dell'autorizzazione a ricevere cure all'estero.

86. Esiste, pertanto, una tensione intrinseca fra l'inevitabile esistenza di liste d'attesa, come strumento utilizzato per la gestione e la distribuzione di risorse limitate, da un lato, e l'interesse dei pazienti a ricevere cure adeguate e in tempi rapidi, dall'altro. Questi due interessi conflittuali possono essere conciliati in un modo che risulti compatibile con la giurisprudenza della Corte, solo qualora vengano imposte alcune condizioni alla gestione delle liste d'attesa. Più precisamente, queste ultime non dovrebbero servire meramente a registrare il diritto di un paziente a ricevere un determinato trattamento con un certo grado di urgenza, ma dovrebbero essere gestite attivamente, come uno strumento dinamico e flessibile che tiene conto delle esigenze di un paziente durante il decorso della sua malattia. Ciò implica che un riesame delle condizioni patologiche del paziente dovrebbe portare ad un'accelerazione dei tempi di prestazione delle cure. Inoltre, è importante che tali regimi prevedano una sorta di valvola di sicurezza, per esempio, fissando limiti massimi dei tempi di attesa che appaiono ragionevoli in considerazione delle condizioni mediche delle persone interessate, trascorsi i quali devono essere compiuti tentativi ulteriori per garantire il trattamento immediato. Per di più, nell'interesse della trasparenza, le decisioni che riguardano il tipo di cure da dispensare e i tempi entro i quali tali cure verranno prestate dovrebbero essere prese sulla base di criteri precisi, che limitano il potere discrezionale dell'organo decisionale competente.

87. Da quanto esposto discende che, ogniqualvolta una persona richieda l'autorizzazione per sottoporsi ad un trattamento all'estero, non è sufficiente che l'autorità competente respinga la domanda di autorizzazione con la giustificazione che il trattamento richiesto può essere prestato conformemente agli obiettivi del piano sanitario nazionale. Tale decisione dovrebbe essere presa dopo aver stabilito che l'applicazione dei detti obiettivi al caso di specie è accettabile, in considerazione dello stato di malattia del paziente interessato. Per usare, ancora una volta, le parole della Corte, occorre prendere in considerazione l'insieme delle circostanze che caratterizzano ogni caso concreto. Inoltre, si deve tenere conto non solamente del quadro clinico del paziente nel momento in cui è richiesta l'autorizzazione, e, all'occorrenza, del grado del dolore o della natura dell'infermità di quest'ultimo, che potrebbero, ad esempio, rendere impossibile o eccessivamente difficile l'esercizio di un'attività professionale, ma anche dei suoi antecedenti (43).

88. Di conseguenza, il rifiuto dell'autorizzazione a sottoporsi a trattamento ospedaliero in un altro Stato membro a spese dell'NHS, fondato unicamente sul motivo che la concessione dell'autorizzazione comprometterebbe seriamente il funzionamento del sistema dell'NHS di gestione delle priorità mediche attraverso liste d'attesa, non può essere considerato giustificato. Analogamente, poiché tale decisione deve fondarsi su una valutazione dello stato di malattia del paziente, le considerazioni che esulano da tale valutazione, come quelle riguardanti le conseguenze relative alla posizione degli altri pazienti sulla lista d'attesa o la redistribuzione delle risorse all'interno dell'NHS, non possono giustificare un diniego dell'autorizzazione richiesta. Quanto alla prima delle due conseguenze menzionate, la considerazione che il paziente interessato ha necessariamente bisogno di un trattamento urgente sarà implicita in qualunque decisione positiva presa dall'organo decisionale dell'NHS. Quanto alla seconda conseguenza, vorrei osservare che, oltre al fatto che si tratta di una considerazione di natura puramente economica, come ho già ricordato supra, al paragrafo 73, il diritto comunitario richiede agli Stati membri di apportare ai sistemi previdenziali nazionali gli aggiustamenti necessari per facilitare la realizzazione delle libertà fondamentali sancite dal Trattato CE. Si può considerare che tale obbligo includa l'introduzione di una certa flessibilità nel sistema di programmazione dell'NHS, tale da poter accogliere, in determinate circostanze, la richiesta di cure dispensate all'estero.

89. Ancora una volta, il fatto che l'autorizzazione possa comportare la necessità di attribuire risorse aggiuntive al bilancio dell'NHS non può costituire una circostanza da prendere in

considerazione al momento di decidere se il richiedente possa, in base alle sue condizioni di salute, essere autorizzato a recarsi in un altro Stato membro per ricevere un trattamento ritenuto necessario, a spese dell'NHS. Tale argomento, anch'esso di natura economica, si riferisce fondamentalmente all'eventualità in cui gli organismi dell'NHS si trovino costretti, in base ai criteri applicabili, ad autorizzare trattamenti dispensati all'estero su vasta scala, con la conseguenza che la stabilità finanziaria dell'NHS potrebbe essere messa a rischio. Tuttavia, la funzione specifica del requisito della previa autorizzazione che gli Stati membri hanno la facoltà di imporre è proprio quella di controllare il deflusso di pazienti, allo scopo di preservare la stabilità finanziaria del sistema. Concedere autorizzazione implica che le conseguenze di bilancio della stessa autorizzazione sono prese in considerazione, cosicché a queste non si può far riferimento come motivi a parte di rifiuto. Al riguardo, occorre precisare che l'interesse di assicurare l'equilibrio finanziario del sistema evidentemente riguarda l'obiettivo di stabilità in una prospettiva di lungo termine, e non si riferisce all'obiettivo di far quadrare i bilanci annuali. Ciò implica che, nell'applicazione di tale criterio, si deve tener conto, non soltanto degli oneri finanziari dell'NHS relativi a trattamenti ospedalieri dispensati in un altro Stato membro, ma anche dei costi risparmiati nel lungo periodo, relativi al trattamento che, altrimenti, avrebbe dovuto essere prestato dall'NHS. Tale modo di procedere non solo porterebbe ad una maggiore stabilità nel lungo periodo, ma contribuirebbe inoltre ad assicurare un miglior utilizzo della capacità ospedaliera.

90. La compatibilità con il diritto comunitario del requisito della previa autorizzazione è subordinata al fatto che i criteri applicati in tale contesto siano di per sé giustificati. Poiché l'unico criterio applicato attualmente nell'ambito dell'NHS poggia sulla considerazione che il trattamento richiesto possa o meno essere dispensato in conformità degli obiettivi del piano sanitario dell'NHS, e in quanto tali obiettivi non tengono sufficientemente conto delle esigenze individuali dei pazienti, la procedura di autorizzazione in oggetto risulta, allo stato attuale, incompatibile con l'art. 49 CE.

91. Allo stesso modo, la domanda finale della Court of Appeal, riguardo a se un diniego di autorizzazione potrebbe fondarsi sui costi comparati del trattamento e i costi accessori dello stesso in un altro Stato membro, non può essere presa in considerazione, per l'ovvia ragione che, ancora una volta, si tratta di una considerazione di natura puramente economica.

92. Sono pertanto del parere che la terza questione dovrebbe essere risolta nel senso che considerazioni relative alla gestione di liste di attesa possono giustificare un rifiuto di autorizzazione di un trattamento ospedaliero in un altro Stato membro soltanto se dette liste di attesa sono gestite in modo tale che esse tengono sufficientemente conto delle esigenze mediche del singolo paziente e non precludono il beneficio di un trattamento dispensato in un altro Stato membro in caso di urgenza. Qualora condizioni per l'autorizzazione di un trattamento ospedaliero in un altro Stato membro sono volte a garantire la stabilità finanziaria del sistema nazionale sanitario, considerazioni di carattere meramente di bilancio o economiche non possono giustificare il rifiuto di detta autorizzazione.

E – *Quarta e quinta questione pregiudiziali: tempi di attesa*

93. Tanto la quarta quanto la quinta questione pregiudiziale vertono sui tempi di attesa; pertanto conviene esaminarle congiuntamente. Più precisamente, la quarta questione riguarda gli elementi che devono essere presi in considerazione al momento di stabilire se, ai fini dell'applicazione dell'art. 49 CE, il trattamento richiesto sia disponibile senza «indebito ritardo». Tali elementi sono: (a) i tempi di attesa, (b) la priorità clinica concessa al trattamento dall'organismo competente dell'NHS, (c) la gestione della prestazione dell'assistenza ospedaliera coerentemente con le priorità intese a dare i migliori risultati in presenza di risorse limitate, (d) il fatto che il trattamento sia prestato gratuitamente dall'NHS nel luogo di erogazione del servizio e (e) il quadro clinico individuale del paziente, l'anamnesi ed il probabile decorso della malattia. Nella quinta questione si chiede, sostanzialmente, se gli elementi indicati dai termini «indebito ritardo» e «entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione», di cui all'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71, debbano essere valutati in base a criteri identici e, in caso di soluzione negativa, in che misura sia necessario o consentito tenere conto degli elementi menzionati nella quarta questione.

94. Mentre la sig.ra Watts, facendo leva sulla sentenza Müller-Fauré, sostiene che la valutazione di un «indebito ritardo» può essere effettuata unicamente in considerazione del quadro clinico del paziente interessato, i governi belga e francese ritengono che tale

valutazione possa venir basata soltanto su una combinazione dei fattori relativi ai tempi di attesa e allo stato patologico del paziente. Tutti gli intervenienti considerano che, alla luce della sentenza Inizan, la questione relativa al ritardo, tanto ai sensi dell'art. 49 CE quanto ai sensi dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, deve essere determinata in base agli stessi criteri. La sig.ra Watts rileva, tuttavia, che tempi di attesa giudicati normali conformemente alla legislazione nazionale non rilevano nel contesto del suddetto art. 22.

95. I governi spagnolo, del Regno Unito e dell'Irlanda ritengono che tutti gli elementi elencati dalla Court of Appeal nella quarta questione possano essere presi in considerazione per stabilire se vi sia o meno un indebito ritardo nella prestazione del trattamento richiesto. Secondo gli ultimi due governi intervenienti, in quanto l'art. 49 CE (che mira ad instaurare la libera prestazione dei servizi) e l'art. 22 del regolamento n. 1408/71 (disposizioni in materia previdenziale dirette alla tutela dei pazienti) perseguono obiettivi diversi, il fatto che alcuni tra i criteri menzionati dal giudice nazionale possano sembrare inapplicabili in un contesto regolato dall'art. 49 CE non incide minimamente sull'applicabilità degli stessi nell'ambito dell'art. 22. Il governo del Regno Unito sottolinea che l'art. 22 del regolamento non intende stabilire una norma uniforme sui tempi di attesa, valida per l'intera Comunità, ma che, invece, si riferisce necessariamente ai criteri nazionali applicabili ai tempi di attesa.

96. I governi finlandese e svedese sostengono che, sebbene dalla giurisprudenza della Corte emerga che il rifiuto di autorizzare un trattamento dispensato all'estero debba fondarsi unicamente sul quadro clinico del paziente, tale conclusione non osta a che gli Stati membri prendano in considerazione fattori che sono essenziali per il corretto funzionamento del sistema sanitario nazionale, come ad esempio i tempi di attesa realistici per ricevere il trattamento richiesto all'interno del territorio nazionale e le pratiche mediche nazionali. Il governo maltese asserisce che la possibilità di ricevere tempestivamente un trattamento all'interno dello Stato membro di iscrizione dev'essere valutata dal punto di vista strettamente medico, a prescindere dai tempi di attesa previsti per il tipo di trattamento richiesto, ma che tale valutazione rientra nel potere discrezionale dell'organismo a carico del quale sono poste le spese relative al trattamento medesimo.

97. La Commissione è dell'avviso che l'art. 22 del regolamento n. 1408/71, ed in particolare, le parole «entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione nello Stato membro di residenza», non vieta alle autorità competenti di prendere in considerazione i tempi di attesa nazionali, purché si tenga debitamente conto delle circostanze particolari del caso specifico e nei limiti in cui le stesse liste d'attesa siano basate su criteri di ordine medico oggettivamente giustificabili. Tale questione deve essere stabilita dal giudice nazionale. Inoltre, richiamando la sentenza Inizan (44), la Commissione precisa che i criteri utilizzati per stabilire se un trattamento possa essere dispensato entro un lasso di tempo «normalmente necessario», ai sensi dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, sono identici a quelli usati dalla Corte per determinare se un dato trattamento possa essere dispensato «senza indebito ritardo» nell'ambito di applicazione dell'art. 49 CE.

98. Come è stato osservato nei precedenti paragrafi, la Corte ha già risposto sul modo in cui si debba stabilire se un trattamento possa essere dispensato «senza indebito ritardo» nello Stato membro di residenza, ai fini dell'applicazione dell'art. 49 CE. In un passo della sentenza Müller-Fauré (già citato in precedenza, ma che dobbiamo riportare nuovamente come punto di partenza per risolvere la quarta questione), la Corte ha osservato che «le autorità nazionali sono tenute a prendere in considerazione l'insieme delle circostanze che caratterizzano ogni caso concreto, tenendo nel dovuto conto non solamente il quadro clinico del paziente nel momento in cui è richiesta l'autorizzazione e, all'occorrenza, il grado del dolore o la natura dell'infermità di quest'ultimo, che potrebbero ad esempio rendere impossibile o eccessivamente difficile l'esercizio di un'attività professionale, ma anche i suoi antecedenti» (45).

99. Tuttavia, la questione sollevata dalla Court of Appeal mira ad accertare se altri fattori possano essere presi in considerazione in tale contesto, tra i quali, i tempi di attesa e le priorità cliniche fissate dagli organismi dell'NHS. Per stabilire se il trattamento richiesto possa venire prestato senza indebito ritardo, occorre anzitutto valutare, come messo in evidenza dalla Corte, se le condizioni patologiche del paziente permettano di considerare accettabile un ritardo nella prestazione del trattamento richiesto per un dato periodo, tenuto conto della gravità della malattia e della sua probabile evoluzione. Qualsiasi tempo di attesa venga imposto dovrà fondarsi su indicazioni concrete relative alle condizioni in cui si trovava il

paziente al momento della valutazione. La fissazione di obiettivi in conformità dei quali dovranno essere prestate le cure adeguate per le varie malattie, non possono, a causa del loro carattere astratto, soddisfare il detto criterio. Nei limiti in cui i tempi di attesa e le priorità cliniche siano definiti in base ad un esame del caso concreto, come sopra descritto, tali meccanismi potranno essere considerati compatibili con i criteri enunciati dalla Corte nelle sentenze Smits e Peerbooms e Müller-Fauré. A tale condizione, i fattori menzionati nella quarta questione, sub a) e b), potranno venire presi in considerazione al fine di stabilire se un dato trattamento possa essere dispensato senza «indebito ritardo». La stessa conclusione si applica all'elemento indicato nella medesima questione sub e), in quanto contiene un riferimento esplicito alla giurisprudenza della Corte in materia.

100. Al contrario, gli altri due elementi elencati nella quarta questione pregiudiziale, vale a dire, la gestione della prestazione di assistenza ospedaliera in presenza di risorse limitate e la prestazione gratuita del trattamento ad opera dell'NHS riguardano ambedue l'organizzazione economica dell'NHS e, per tale ragione, non possono essere presi in considerazione nel presente contesto.

101. La Court of Appeal chiede poi se le stesse considerazioni si applichino all'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71 e, in particolare, alle parole «entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione». Ancora una volta, dobbiamo riferirci alle risposte già fornite dalla giurisprudenza della Corte. Nella sentenza relativa alla causa Inizan (46), interpretando questa seconda condizione enunciata dall'art. 22, n. 1, lett. c) che, se soddisfatta, preclude ad uno Stato membro la possibilità di rifiutare l'autorizzazione a sottoporsi a cure praticate in un altro Stato membro, la Corte ha richiamato direttamente i rilievi già svolti in occasione delle sentenze Smits e Peerbooms e Müller-Fauré, a proposito del concetto di «indebito ritardo» (47). Pur senza indicare espressamente che i due concetti in questione debbano essere considerati identici, è chiaro, comunque, che questo è ciò che la Corte intendeva. Invero, non avrebbe senso applicare criteri diversi nel contesto delle suddette disposizioni, laddove la questione sottostante sia la medesima, vale a dire, se il trattamento ospedaliero richiesto possa essere dispensato entro un lasso di tempo accettabile dalle istituzioni dello Stato membro di iscrizione. Qualsiasi altro approccio creerebbe ulteriori incertezze e andrebbe a detrimento della trasparenza.

102. Il governo del Regno Unito, in particolare, e l'Irlanda, obiettano che l'art. 49 CE e l'art. 22 del regolamento n. 1408/71 perseguono finalità diverse e sostengono che tale differenza deve riflettersi nell'interpretazione delle dette disposizioni. Possiamo ricordare, in proposito, che nella sentenza Inizan la Corte ha precisato che l'art. 22 contribuisce a facilitare la libera circolazione degli assicurati e, al contempo, la prestazione di servizi medici transfrontalieri tra Stati membri (48). Certamente, costituisce la ratio principale del regolamento n. 1408/71 il proposito di assicurare un grado di coordinamento tra i regimi previdenziali degli Stati membri abbastanza elevato da non dissuadere gli assicurati dal far esercizio della propria libertà di spostarsi all'interno della Comunità per la paura di perdere il diritto a prestazioni acquisite nel corso del tempo. L'art. 22 del regolamento è inteso a garantire che gli assicurati abbiano il diritto di recarsi in un altro Stato membro per ricevere cure mediche, quando sussistono le condizioni descritte in tale disposizione, sebbene, come rilevato in precedenza, quest'ultima conferisca agli Stati membri la possibilità di essere più liberali. L'art. 22 stabilisce un minimo di garanzia. Perciò, tale disposizione persegue sostanzialmente lo stesso obiettivo dell'art. 49 CE, anche se da una prospettiva diversa – quella dell'assicurato –, piuttosto che dall'angolatura della prestazione dei servizi vera e propria.

103. Di conseguenza, il concetto di «indebito ritardo», che si applica nel contesto dell'art. 49 CE e il concetto espresso con termini «entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione», di cui all'art. 22, n. 2, del regolamento n. 1408/71, devono essere interpretati in base ai medesimi criteri.

104. Si deve pertanto risolvere la quarta questione nel senso che, per stabilire se un dato trattamento sia disponibile senza indebito ritardo, ai fini dell'applicazione dell'art. 49 CE, è possibile prendere in considerazione l'esistenza di liste d'attesa nonché le priorità cliniche accordate al trattamento dagli organismi competenti dell'NHS, alla condizione però che tali elementi si basino su indicazioni concrete relative al quadro clinico del paziente al momento della valutazione, all'anamnesi e al probabile decorso della malattia per la quale il paziente ha richiesto le cure di cui trattasi.

105. Alla quinta questione si deve rispondere nel senso che una corretta interpretazione dell'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71, e in particolare dei termini «entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione», richiede che a tale concetto vengano applicati criteri identici a quelli utilizzati per definire i casi di «indebito ritardo» agli effetti dell'applicazione dell'art. 49 CE.

F – Sesta questione pregiudiziale: criterio di riferimento ai fini del calcolo dell'importo del rimborso

106. La sesta questione pregiudiziale riguarda il calcolo dell'importo del rimborso. La Court of Appeal chiede se, ammettendo che il Regno Unito risulti tenuto, in forza del diritto comunitario, a rimborsare il trattamento ricevuto all'estero da persone assicurate con l'NHS, i costi relativi a tale trattamento debbano essere calcolati, ai sensi dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, con riferimento alla legislazione vigente nello Stato membro in cui è stato erogato il trattamento, oppure, ai sensi dell'art. 49 CE, con riferimento alla legislazione dello Stato membro di residenza. Il giudice nazionale chiede, inoltre, quale sia, per ciascun caso, l'esatta portata dell'obbligo di pagare o di rimborsare le spese, qualora non sia stata fissata, in ambito nazionale, alcuna tariffa per rimborsare ai pazienti il costo del trattamento e, in particolare, se tale obbligo sia limitato alle spese effettive che si dovrebbero sostenere per prestare lo stesso trattamento o un trattamento equivalente nello Stato membro di iscrizione e, infine, se il detto obbligo comprenda altresì il rimborso delle spese di viaggio e di sistemazione.

107. La sig.ra Watts sostiene che, qualora una persona abbia titolo, vuoi in forza dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, vuoi in forza dell'art. 49 CE, a ricevere cure in un altro Stato membro, essa potrà scegliere il metodo di rimborso più vantaggioso, che, nel caso presente, è quello che si fonda sull'art. 49 CE. Qualora non siano state fissate tariffe di rimborso nello Stato membro di residenza, si dovrebbe provvedere al rimborso integrale delle spese sostenute. Le spese di viaggio e di sistemazione sarebbero rimborsabili unicamente nel caso di un diniego d'autorizzazione illegittimo ai sensi dell'art. 22 del regolamento, altrimenti, tali spese sarebbero state pagate dall'istituzione competente.

108. I governi belga e francese ritengono che si applichi la legislazione dello Stato membro in cui è stato erogato il trattamento, a meno che le tariffe praticate nello Stato membro di iscrizione non risultino più vantaggiose per l'interessato.

109. Il governo del Regno Unito è del parere che, qualora l'art. 49 CE si applicasse all'NHS, la portata dell'obbligo di rimborsare un paziente dipenderebbe dalla misura in cui l'interessato abbia diritto al rimborso secondo la legislazione nazionale. Ai sensi dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, la responsabilità dello Stato membro di iscrizione è limitata al rimborso dell'autorità competente dello Stato membro in cui è stato erogato il trattamento, per la parte di cure posta a suo carico. Tale disposizione non pone alcun obbligo a carico dello Stato membro di iscrizione quanto al rimborso delle spese di viaggio o di altro genere. Il rimborso di tali spese può essere reclamato soltanto nell'ambito dell'art. 49 CE, nei limiti in cui la legislazione nazionale applicabile riconosca all'interessato un diritto in tal senso.

110. I governi spagnolo e finlandese sostengono che, in quanto l'art. 49 CE non si applica alla fattispecie, gli importi del rimborso devono essere calcolati ai sensi dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71. Il secondo dei due suddetti governi aggiunge che tale disposizione non regola l'aspetto relativo alle spese di viaggio e di sistemazione, che pertanto rimane disciplinato dalla legge nazionale. L'Irlanda sostiene che un qualsiasi obbligo a carico dell'NHS di rimborsare le cure dispensate in un altro Stato membro dovrebbe essere massimizzato e che tale obbligo non include le spese supplementari. Il governo svedese ritiene che le autorità nazionali competenti debbano avere il diritto di rifiutare il rimborso qualora considerino eccessivo l'ammontare delle spese.

111. Come si è già dedotto implicitamente dalla sesta questione, le condizioni che regolano il rimborso delle spese relative ad un trattamento ospedaliero dispensato in un altro Stato membro differiscono a seconda del fatto che la prestazione di tale trattamento rientri nell'ambito dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71 o dell'art. 49 CE.

112. La situazione tipica che si riferisce alla prima ipotesi è quella di un paziente che è stato autorizzato a ricevere cure in un altro Stato membro, laddove le spese afferenti a tali cure vengono rimborsate direttamente all'istituzione competente dello Stato membro in cui è stato erogato il trattamento, in conformità dell'art. 36 del regolamento n. 1408/71. Poiché l'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento stabilisce che le prestazioni in natura vengono erogate secondo le disposizioni della legislazione applicata dall'istituzione competente dello Stato membro di

residenza, è chiaro che, in questo caso, il rimborso dev'essere calcolato in base alla legislazione dello Stato membro in cui viene erogato il trattamento.

113. Qualora un'autorizzazione a recarsi in un altro Stato membro per ricevere cure mediche, presentata a norma dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, sia stata respinta illegittimamente, l'interessato ha il diritto di ottenere direttamente a carico dell'istituzione competente dello Stato membro di iscrizione il rimborso di un importo pari a quello che sarebbe stato preso a carico (49) se l'autorizzazione fosse stata debitamente concessa sin dall'inizio (50), ossia, all'ammontare calcolato sulla base della legislazione dello Stato membro che ha erogato il trattamento.

114. Tuttavia, qualora un assicurato abbia diritto, nello Stato membro competente, ad ottenere il rimborso di un importo maggiore rispetto al costo del trattamento dispensato in un altro Stato membro, l'interessato, come la Corte ha deciso nella sentenza Vanbraekel, ha diritto ad un rimborso complementare, pari alla differenza tra i rispettivi regimi applicati dai due Stati membri interessati (51).

115. Se è vero che, in caso di applicazione dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, il criterio di riferimento per calcolare il rimborso ai sensi di tale disposizione è la normativa dello Stato membro di erogazione del trattamento, la situazione cambia in caso di applicazione dell'art. 49 CE. Come ha statuito la Corte nella sentenza Müller-Fauré, spetta ai soli Stati membri determinare la portata dell'assicurazione malattia di cui beneficiano gli assicurati. Se un assicurato si reca, senza previa autorizzazione, in uno Stato membro diverso da quello in cui ha sede la cassa malattia cui appartiene per farvisi curare, potrà esigere la presa a carico delle cure fornitegli solo nei limiti della copertura garantita dal regime di assicurazione malattia dello Stato membro di iscrizione (52). Qualora invece si applichi l'art. 49 CE, l'entità del rimborso sarà determinata sulla base della normativa dello Stato membro di iscrizione. Ciò significa che l'interessato avrà diritto ad un importo pari a quello che avrebbe ricevuto se il trattamento fosse stato dispensato in tale Stato membro.

116. Nonostante tali regole siano, di per sé, formulate con chiarezza, ci si chiede come esse debbano essere applicate in un caso come quello dell'NHS, che fornisce gratuitamente la prestazione di cure mediche nel luogo di erogazione delle stesse, e non prevede meccanismi di rimborso. In realtà, è stato rilevato che tale sistema non prevede neppure tariffe di rimborso.

117. L'assenza di un regime tariffario non impedisce, di per sé, l'applicazione delle suddette regole per il calcolo del rimborso delle spese sostenute in occasione di cure ricevute all'estero. Basti ricordare le osservazioni della Corte nella sentenza Müller-Fauré (citata supra, al paragrafo 73), secondo cui gli Stati membri sono tenuti ad apportare ai loro rispettivi sistemi previdenziali nazionali gli adattamenti necessari per conformarsi ai requisiti del mercato interno ed al regolamento n. 1408/71, e che i detti obblighi possono includere la fissazione di tariffe di rimborso. Per quanto riguarda l'NHS, sembra logico che tali tariffe debbano esistere al fine di calcolare le spese mediche per le prestazioni dell'NHS a carico dei visitatori stranieri ai sensi delle Regulations 1989 (ordinanze sugli oneri dei visitatori stranieri). Qualora non siano disponibili tariffe in base alle quali possa venir calcolato l'ammontare del rimborso, l'unico criterio cui riferirsi rimane il costo effettivo del trattamento ricevuto.

118. Con l'ultimo punto sollevato con la sesta questione pregiudiziale il giudice nazionale chiede se, ai sensi dell'art. 49 CE e dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, esista un diritto dell'assicurato ad ottenere il rimborso delle spese di viaggio e di sistemazione afferenti alle cure mediche ricevute all'estero. In primo luogo, vorrei osservare che il regolamento n. 1408/71 coordina i regimi previdenziali nazionali solo nella misura necessaria a garantire la libera circolazione degli assicurati, mentre il diritto alle prestazioni in quanto tale rientra tra le materie disciplinate dalla normativa nazionale. Nell'ambito di tale sistema, gli artt. 22 e 36 del regolamento contemplano unicamente il rimborso diretto delle spese mediche tra le istituzioni interessate secondo le tariffe applicate nello Stato membro in cui è stato erogato il trattamento. Tale regime, sebbene possa comprendere le spese di ricovero ospedaliero, tuttavia, per la sua stessa natura, in nessun caso potrebbe includere le spese di viaggio o le spese di alloggio in una struttura al di fuori dell'ambiente sanitario. Ne deriva che ogni eventuale diritto al rimborso delle spese di viaggio o di sistemazione connesse con un trattamento ricevuto all'estero è disciplinato principalmente dal diritto nazionale. Di conseguenza, qualora quest'ultimo preveda il rimborso delle spese supplementari sostenute dal paziente in relazione a cure mediche che gli sono state prestate sul territorio nazionale,

dall'art. 49 CE consegue che un'analogia possibilità di rimborso dev'essere prevista, alle stesse condizioni ed in uguale misura, in relazione ad un trattamento in un altro Stato membro (53). 119. Pertanto, la sesta questione pregiudiziale dovrebbe essere risolta nel senso che, qualora uno Stato membro sia tenuto, in forza del diritto comunitario, a finanziare il trattamento ospedaliero dispensato in un altro Stato membro ad una persona residente stabilmente nel territorio del primo Stato, che ha beneficiato del detto trattamento al di fuori dell'ambito di applicazione dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, il costo del detto trattamento dev'essere calcolato in base alla legislazione dello Stato membro di residenza. In mancanza di tariffe o tassi di riferimento per determinare l'ammontare del rimborso, quest'ultimo dev'essere calcolato in base al costo effettivo del trattamento ricevuto. Le spese di viaggio e di sistemazione connesse con il trattamento dispensato in un altro Stato membro sono rimborsabili unicamente se tale copertura è prevista dalla normativa nazionale in relazione ad uno stesso trattamento dispensato sul territorio nazionale.

G – *Settima questione pregiudiziale: le limitazioni di bilancio e l'art. 152, n. 5, CE*

120. Con l'ultima questione pregiudiziale il giudice a quo chiede se, in forza dell'art. 49 CE e dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, gli Stati membri siano tenuti a finanziare il trattamento ospedaliero in altri Stati membri indipendentemente dai vincoli di bilancio e, in questo caso, se tale obbligo sia compatibile con l'art. 152, n. 5, CE che attribuisce agli Stati membri la responsabilità dell'organizzazione e della fornitura di servizi sanitari e assistenza medica.

121. La sig.ra Watts ritiene che non si creino incompatibilità con l'art. 152, n. 5, CE, né ingerenze nei poteri sovrani degli Stati membri in materia, per il fatto di considerare le limitazioni di bilancio un fattore irrilevante al fine di valutare la questione relativa all'«indebito ritardo». Considerazioni di natura economica non possono giustificare restrizioni alla libera prestazione dei servizi. Il governo francese sostiene che, nei limiti in cui le autorizzazioni concesse si mantengano entro un numero relativamente ridotto e l'onere finanziario delle istituzioni competenti venga contenuto entro limiti ragionevoli, gli obblighi derivanti dagli artt. 49 CE e 22 del regolamento n. 1408/71 sono compatibili con l'art. 152, n. 5, CE. Il governo belga osserva che, anche se i detti obblighi espongono gli Stati membri a sopportare costi che eccedono quelli preventivati per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari sul loro territorio, non vi sono tuttora indizi del fatto che i detti costi addizionali possano portare alla rottura dell'equilibrio finanziario dei sistemi sanitari nazionali.

122. I governi finlandese e del Regno Unito, nonché l'Irlanda, sostengono, al contrario, che un obbligo di finanziare un trattamento ospedaliero a prescindere dalle limitazioni di bilancio sarebbe incompatibile con la responsabilità degli Stati membri per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari di cui all'art. 152, n. 5, CE. Siffatto obbligo avrebbe profonde ripercussioni sui sistemi nazionali che sono organizzati come servizi strettamente pubblici, forniscono prestazioni in natura e sono finanziati attraverso gli introiti fiscali.

123. Vorrei precisare, in primo luogo, che, considerato nel contesto complessivo dell'art. 152 CE, il n. 5 di tale disposizione ha la funzione di porre limiti alle varie attività e all'adozione di politiche comunitarie nel settore considerato. Il disposto in oggetto, quindi, non intende costituire un'eccezione agli obblighi degli Stati membri sanciti dal Trattato, che derivano dalle responsabilità degli stessi nel settore sanitario. Esso dovrebbe piuttosto venire interpretato in conformità dei consolidati orientamenti della giurisprudenza della Corte, la quale ha riconosciuto una competenza esclusiva degli Stati membri quanto all'organizzazione dei sistemi sanitari nazionali, ma ha specificato che tali competenze devono essere esercitate nel rispetto degli obblighi derivanti dal diritto comunitario, e, in particolare, di quegli obblighi che si collegano alle libertà fondamentali garantite dal Trattato CE.

124. In secondo luogo, non dobbiamo dimenticare che, sebbene la Corte non accetti che obiettivi di natura puramente economica possano giustificare un ostacolo al principio della libera prestazione dei servizi, essa ha tuttavia ammesso che, nell'ambito di applicazione dell'art. 49 CE, un rischio di grave alterazione dell'equilibrio finanziario del sistema previdenziale possa giustificare tale ostacolo, in quanto può avere ripercussioni sul livello globale di tutela della sanità pubblica (54). Su tali basi, la Corte ha accettato l'imposizione del requisito della previa autorizzazione amministrativa come una misura ragionevole e necessaria per controllare il flusso dei pazienti che si spostano dal sistema sanitario nazionale verso ospedali situati in altri Stati membri, nei limiti in cui le condizioni per il rilascio dell'autorizzazione siano compatibili con il diritto comunitario.

125. La Corte ha perciò messo a confronto, da una parte, il principio generale della libertà dei pazienti di ricevere prestazioni ospedaliere in altri Stati membri e, dall'altra, le preoccupazioni di bilancio temute dagli Stati membri in conseguenza del flusso di persone che si rivolgono all'esterno del servizio sanitario nazionale e di assicurazione malattia. Essa ha definito i limiti entro i quali gli Stati membri possono controllare tali movimenti allo scopo di mantenere l'equilibrio finanziario dei sistemi sanitari nazionali. Uno Stato membro, qualora riesca a dimostrare che gli oneri derivanti dall'obbligo di finanziare il trattamento ospedaliero erogato agli assicurati in altri Stati membri hanno raggiunto livelli tali da minacciare direttamente il funzionamento del sistema nazionale e quindi possano compromettere la qualità e la continuità delle prestazioni sanitarie sul territorio nazionale, potrà giustificare l'adozione di provvedimenti atti a contenere il deflusso di pazienti entro livelli accettabili. Tuttavia, se vengono considerati indipendentemente da una politica generale volta a mantenere la stabilità finanziaria del sistema sanitario, i vincoli di bilancio, di per sé, non possono giustificare una limitazione del diritto soggettivo di ricevere cure ospedaliere in un altro Stato membro.

126. Nell'intento di conciliare le esigenze legate alla libera prestazione dei servizi ospedalieri con l'interesse vitale degli Stati membri di assicurare la stabilità dei sistemi sanitari nazionali, la Corte ha indicato in che misura le limitazioni di bilancio possano essere prese in considerazione. Tale interpretazione rispetta scrupolosamente il principio della responsabilità degli Stati per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e assistenza medica ai sensi dell'art. 152, n. 5, CE.

127. Quanto all'art. 22, n. 2, del regolamento n. 1408/71, esso mira a stabilire le condizioni alle quali l'autorizzazione a ricevere cure mediche in un altro Stato membro non può venire rifiutata. Mentre tale disposizione non è intesa a limitare le circostanze in cui l'autorizzazione può essere concessa, essa non consente agli Stati membri di introdurre ulteriori criteri per opporre un rifiuto. Nei limiti in cui i vincoli di bilancio si collegano a ciò che può essere considerato un «normale» tempo di attesa all'interno dello Stato membro, come ho già concluso, nei paragrafi precedenti, conformemente alla giurisprudenza della Corte in materia, tale criterio può essere applicato solo qualora si tenga conto dello stato patologico del paziente che ha presentato la domanda di autorizzazione.

128. In conclusione, l'art. 49 CE non consente di prendere in considerazione i vincoli di bilancio per stabilire se uno Stato membro sia tenuto a rimborsare le spese relative ad un trattamento ospedaliero dispensato in un altro Stato membro, tranne nel caso in cui si dimostri che l'adempimento di tale obbligo su scala generale possa compromettere l'equilibrio finanziario del sistema sanitario nazionale. Le preoccupazioni di bilancio non possono essere prese in considerazione al fine di motivare un diniego di autorizzazione ai sensi dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71. Tale interpretazione è perfettamente compatibile con l'art. 152, n. 5, CE.

VI – Conclusione

129. Alla luce delle considerazioni che precedono, propongo alla Corte di giustizia di risolvere nel seguente modo le questioni pregiudiziali formulate dalla Court of Appeal:

«1. L'art. 49 CE dev'essere interpretato nel senso che, in via di principio, persone ordinariamente residenti in uno Stato membro ove opera un sistema sanitario nazionale, quale il Natural Health Service nel Regno Unito, hanno diritto a ricevere cure sanitarie in un altro Stato membro a spese di detto servizio sanitario nazionale. Gli Stati membri possono subordinare tale diritto alla condizione che detta persona abbia ottenuto previa autorizzazione, purché siffatta autorizzazione si basi su criteri oggettivi, non discriminatori e trasparenti nell'ambito di un sistema procedurale agevolmente accessibile e in grado di assicurare che richieste di autorizzazione siano trattate oggettivamente ed imparzialmente in un lasso di tempo ragionevole e che i rifiuti di autorizzazione possano essere impugnati in procedimenti giurisdizionali o quasi giurisdizionali. La mancanza di tali criteri e procedimento non può privare la persona di siffatto diritto. Ai fini dell'applicazione dell'art. 49 CE nelle circostanze del procedimento principale è irrilevante stabilire se le cure ospedaliere fornite direttamente dall'NHS costituiscano o meno una prestazione di servizi ai sensi dell'art. 49 CE.

2. Considerazioni relative alla gestione di liste di attesa possono giustificare un rifiuto di autorizzazione di un trattamento ospedaliero in un altro Stato membro soltanto se dette liste di attesa sono gestite in modo tale che esse tengono sufficientemente conto delle esigenze mediche del singolo paziente e non precludono il beneficio di un trattamento dispensato in un altro Stato membro in caso di urgenza. Qualora condizioni per l'autorizzazione di un

trattamento ospedaliero in un altro Stato membro sono volte a garantire la stabilità finanziaria del sistema nazionale sanitario, considerazioni di carattere meramente di bilancio o economiche non possono giustificare il rifiuto di detta autorizzazione.

3. Al fine di stabilire se un trattamento possa essere dispensato senza indebito ritardo agli effetti dell'art. 49 CE, è permesso tenere conto dei tempi di attesa e delle priorità cliniche accordate al trattamento in questione dagli organismi competenti dell'NHS, purché tali elementi si basino su indicazioni concrete relative alle condizioni di salute del paziente al momento della valutazione, nonché sulla sua anamnesi e sulla probabile evoluzione della malattia per la quale ha richiesto il trattamento.

4. In base ad una corretta interpretazione dell'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71, ed in particolare, dei termini «entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione», occorre applicare criteri identici a quelli usati per determinare le questioni dell'«indebito ritardo», ai fini dell'art. 49 CE.

5. Qualora uno Stato membro sia tenuto, in forza del diritto comunitario, a finanziare il trattamento ospedaliero dispensato in un altro Stato membro a persone residenti nel primo Stato che hanno ricevuto detto trattamento al di fuori dell'ambito di applicazione dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71, il costo di tale assistenza dev'essere calcolato con riferimento alla legislazione dello Stato membro di residenza. In mancanza di tariffe o tassi di riferimento per calcolare l'ammontare del rimborso, quest'ultimo dev'essere calcolato in base al costo effettivo del trattamento erogato. Le spese di viaggio e di sistemazione connesse con l'assistenza ospedaliera di cui il paziente ha beneficiato in un altro Stato membro sono rimborsabili unicamente qualora tale rimborso sia previsto dalla legislazione nazionale con riferimento alla prestazione dello stesso trattamento sul territorio nazionale.

6. L'art. 49 CE osta a che obiettivi di bilancio vengano presi in considerazione al momento di stabilire se uno Stato membro sia tenuto a rimborsare le spese dell'assistenza ospedaliera fornita in un altro Stato membro, tranne nel caso in cui si dimostri che l'adempimento di tale obbligo su un piano più generale metterebbe a rischio l'equilibrio finanziario del sistema sanitario nazionale. Gli obiettivi di bilancio non possono essere presi in considerazione per motivare i dinieghi di autorizzazione ai sensi dell'art. 22, n. 2, del regolamento n. 1408/71.

1 – Lingua originale: l'inglese.

2 – Sentenze 28 aprile 1998, causa C-158/96, Kohll (Racc. pag. I-1931), 12 luglio 2001, causa C-157/99, Smits e Peerbooms (Racc. pag. I-5473) e 13 maggio 2003, causa C-385/99, Müller-Fauré e van Riet (Racc. pag. I-4509).

3 – Sezione 16A dell'Act 1977, inserita con la sezione 2 del Health Act 1999 e modificata attraverso la National Health Service Reform e il Health Care Professions Act 2002.

4 – Le Regulations prevedono alcune eccezioni in determinate circostanze come, ad esempio, l'assistenza ospedaliera nei reparti di urgenza o in caso di incidenti, e per garantire il riconoscimento dei diritti di persone che godono dell'assicurazione malattia in altri Stati membri.

5 – La Administrative Court aveva posticipato la sentenza per tenere conto della pronuncia a titolo pregiudiziale della Corte di giustizia nella causa Müller-Fauré (citata supra, alla nota 2).

6 – Citate supra, alla nota 2.

7 – Il governo polacco non ha presentato osservazioni scritte.

8 – Presentate il 18 maggio 2000 nella causa C-157/99, cit. supra, alla nota 2 (v. paragrafo 46 delle conclusioni).

9 – V. sentenze Keller e Smits e Peerbooms (citata supra, alla nota 2).

10 – Sentenza 28 aprile 1998, causa C-120/95, Decker (Racc. pag. I-1831) e sentenze citate supra alla nota 2.

11 – Sentenze 12 luglio 2001, causa C-368/98, Vanbraekel (Racc. pag. I-5363) e 23 ottobre 2003, causa C-56/01, Inizan (Racc. pag. I-0000).

12 – Sentenza Vanbraekel (cit. supra, alla nota 11), punto 32.

13 – Sentenza Vanbraekel (cit. supra, alla nota 11) punto 31.

14 – Sentenze Kohll (cit. supra, alla nota 2) punto 27 e Vanbraekel (cit. supra, alla nota 11), punto 36.

15 – V. sentenza Vanbraekel, citata supra alla nota 11 (punto 34).

16 – Cause C-157/99 e C-385/99 (cit. supra, alla nota 2) e causa C-56/01 (cit. supra, alla nota 11).

17 – Sentenze 27 settembre 1988, causa C-263/86, Humbel (Racc. pag. 5365) e 17 febbraio 1993, cause riunite C-159/01 e C-160/91, Poucet e Pistre (Racc. pag. I-637).

18 – Cause C-157/99 e C-385/99 (cit. supra, alla nota 2).

19 – V. sentenze Kohll (cit. supra, alla nota 2), punto 33; Vanbraekel (cit. supra, alla nota 2), punto 44; Smits e Peerbooms (cit. alla nota 2), punto 61, e 18 marzo 2004, causa C-8/02, Leichtle (Racc. pag. I-2641).

20 – Cit. supra, alla nota 2.

21 – Sentenze 31 gennaio 1984, cause riunite 286/82 e 26/83, Luisi e Carbone [Racc. (1984) pag. 377, punto 16]; 4 ottobre 1991, causa C-159/90, The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd (Racc pag. I-4685, punto 18); Kohll, cit. supra, alla nota 2 (punti 29 e 51); Smits e Peerbooms, cit. supra, alla nota 2 (punto 53), e Müller-Fauré, cit. supra, alla nota 2 (punto 38).

22 – Sentenze Kohll (punto 20) e Smits e Peerbooms (punto 54), ambedue citate supra, alla nota 2.

23 – Sentenze Smit e Peerbooms (punto 55) e Müller-Fauré (punto 39), ambedue citate supra, alla nota 2.

24 – Sentenza Smit e Peerbooms, citata supra, alla nota 2 (punto 55).

25 – Sentenza Müller-Fauré, citata supra, alla nota 2 (punto 103).

26 – Sentenza Smit e Peerbooms, citata supra, alla nota 2 (punto 55).

27 – V., per esempio, sentenza 23 aprile 1991, causa C-41/90, Höfner (Racc. pag. I-1979, punto 37).

28 – Sentenze Kohll (punto 20) e Smits e Peerbooms (punto 54), ambedue citate supra, alla nota 2.

29 – Sentenza Humbel (citata supra alla nota 17).

30 – Ibidem, punti 17 e 18.

31 – Sentenza Smits and Peerbooms (cit. supra, alla nota 2), punto 61.

32 – Ibidem, punto 69.

33 – Sentenza Smits e Peerbooms (citata supra, alla nota 2) punti 78-80.

34 – Ibidem, punto 81.

35 – Sentenza Smits e Peerbooms (citata supra, alla nota 2), punto 90.

36 – V. art 34 del regolamento (CEE) del Consiglio 21 marzo 1972, n. 574, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento n. 1408/71, relativo all'applicazione dei sistemi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati ed ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (GU L 74, pag. 1).

37 – Sentenza Müller-Fauré (citata supra, alla nota 2), punti 100-107.

38 – Sentenza 22 ottobre 1998, causa C-184/96, Commissione/Francia (*foie gras*) (Racc. pag. I-6197, punto 28).

39 – Sentenza 9 dicembre 1997, causa C-265/95, Commissione/Francia (fragole spagnole) (Racc. pag. I-6959, punti 30-32).

40 – Sentenza Smits e Peerbooms (citata supra alla nota 2), punti 72-75.

41 – Vale a dire, a differenza di quanto sostiene espressamente il Regno Unito su questo punto. V. sentenza Müller-Fauré (citata supra alla nota 2), punto 58.

42 – V. sentenza Müller-Fauré (citata supra alla nota 2), punto 92.

43 – Sentenze Smits e Peerbooms (punto 104) e Müller-Fauré (punto 90).

44 – Citata supra alla nota 11.

45 – Sentenza Müller-Fauré (punto 90). V. inoltre, sentenza Smits e Peerbooms (punto 104), ambedue citate supra alla nota 2.

46 – Citata supra alla nota 11 (punti 44-46).

47 – Citate supra, alla nota 2.

48 – Sentenza Inizan, punto 21; v., inoltre, sentenza Vanbraekel, punto 32 (ambedue citate supra alla nota 11).

49 – Vorrei far notare che, sia le conclusioni della Corte su questo punto (punto 53), sia il dispositivo della sentenza si riferiscono confusamente a «*un importo pari quello che sarebbe stato preso a carico dall'istituzione del luogo di dimora*». Il corsivo è mio.

50 – Sentenza Vanbraekel (citata supra alla nota 11), punto 34.

51 – Ibidem, punto 53.

52 – Sentenza Müller-Fauré (citata supra alla nota 2), punto 98. V., inoltre, il punto 106 della stessa sentenza.

53 – Sentenza Leichtle (citata supra alla nota 19).

54 – Sentenze Kohll (punto 41), Smits e Peerbooms (punto 72), e Müller-Fauré (punti 72-73), citate supra alla nota 2.