

Giurisprudenza | Normativa | Codici commentati | Dottrina | Riviste | Quotidiano | Formule | ITER | Scrivania | Demo e Guida | Personalizza

Pluris » Risultati » Giurisprudenza dell'Unione ...

n. 16/13627 ← [Risultato precedente](#) - [Risultato successivo](#) →

↑ Risultati 🔍 Nuova ricerca

Salva Archivia Stampa Annota

⌵ ⌶ ⌷

**Corte giustizia Unione Europea Sez. IV, Sent., 06-10-2021, n. 538/19**

Fatto - Diritto P.Q.M.

**UNIONE EUROPEA**

Libera circolazione dei servizi e libertà di stabilimento

SENTENZA DELLA CORTE (Quarta Sezione)

6 ottobre 2021

"Rinvio pregiudiziale - Previdenza sociale - Assicurazione malattia - Regolamento (CE) n. 883/2004 - Articolo 20, paragrafi 1 e 2 - Cure mediche ricevute in uno Stato membro diverso da quello in cui risiede la persona assicurata - Autorizzazione preventiva - Presupposti - Necessità di un referto redatto da un medico appartenente al sistema pubblico di assicurazione sanitaria nazionale che prescriva un trattamento - Prescrizione, a titolo di secondo parere medico, redatta in uno Stato membro diverso da quello in cui risiede la persona assicurata, di un trattamento alternativo che ha il vantaggio di non causare alcuna disabilità - Rimborso integrale delle spese mediche relative a tale diverso trattamento - Libera prestazione dei servizi - Articolo 56 TFUE"

Nella causa C-538/19,

avente ad oggetto la domanda di pronuncia pregiudiziale proposta alla Corte, ai sensi dell'articolo 267 TFUE, dalla Curtea de Apel Constanța (Corte d'appello di Costanza, Romania), con decisione del 4 luglio 2019, pervenuta in cancelleria il 10 luglio 2019, nel procedimento

TS,

UT,

VU

contro

C.N.,

C.A.,

LA CORTE (Quarta Sezione),

composta da M. Vilaras, presidente di sezione, N. Piçarra (relatore), D. Šváby, S. Rodin e K. Jürimäe, giudici,

avvocato generale: A. Rantos

cancelliere: A. Calot Escobar

vista la fase scritta del procedimento,

considerate le osservazioni presentate:

- per TS, UT e VU, da T. Haçottı, avocat;

- per la C.N., da V. Ciurchea, in qualità di agente;

- per la C.A., da I. Constantin, M. Ciobanu, e M. Lipici, in qualità di agenti;

- per il governo rumeno, inizialmente da E. Gane, R.I. Hațegănu, A. Rotăreanu e C.-R. Canțăr, successivamente da E. Gane, R.I. Hațegănu e A. Rotăreanu, in qualità di agenti;

- per il governo polacco, da B. Majczyna, in qualità di agente;

- per la Commissione europea, da D. Martin, C. Gheorghiu e A. Szmytkowska, in qualità di agenti,

vista la decisione, adottata dopo aver sentito l'avvocato generale, di giudicare la causa senza conclusioni,

ha pronunciato la seguente

Sentenza

**Svolgimento del processo - Motivi della decisione**

1 La domanda di pronuncia pregiudiziale verte sull'interpretazione dell'articolo 56 TFUE e dell'articolo 20 del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (GU 2004, L 166, pag. 1, e rettifica in GU 2004, L 200, pag. 1), come modificato dal regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009 (GU 2009, L 284, pag. 43) (in prosieguo: il "regolamento n. 883/2004").

2 Tale domanda è stata presentata nell'ambito di una controversia sorta tra TS, UT e VU, eredi di ZY, da una parte, e la C.N. (C.N.) e la C.A. (C.A.), dall'altra, in merito al rifiuto di quest'ultima di rimborsare loro la totalità delle spese relative alle cure mediche fornite a ZY in Austria.

Contesto normativo

Diritto dell'Unione

Regolamento n. 883/2004

3 Ai sensi dell'articolo 1 del regolamento n. 883/2004:

"Ai fini del presente regolamento si intende per:

(...)

j) "residenza", il luogo in cui una persona risiede abitualmente;

k) "dimora", la residenza temporanea;

l) "legislazione", in relazione a ciascuno Stato membro, le leggi, i regolamenti, le altre disposizioni legali e ogni altra misura di attuazione riguardanti i settori di sicurezza sociale di cui all'articolo 3, paragrafo 1.

(...)

p) "istituzione", per ciascuno Stato membro, l'organismo o l'autorità incaricata di applicare, in tutto o in parte, la legislazione;

q) "istituzione competente":

i) l'istituzione alla quale l'interessato è iscritto al momento della domanda di prestazioni;

(...)

s) "Stato membro competente", lo Stato membro in cui si trova l'istituzione competente;

(...)

v bis) per "prestazioni in natura" s'intendono:

i) ai sensi del titolo III, capitolo 1 (Prestazioni di malattia, di maternità e di paternità assimilate), le prestazioni in natura previste dalla legislazione di uno Stato membro che sono destinate a fornire, mettere a disposizione, pagare direttamente o rimborsare i costi delle cure mediche e dei prodotti e dei servizi connessi con tali cure. Comprendono le prestazioni in natura per le cure di lunga durata;

(...)"

4 L'articolo 3, paragrafo 1, di tale regolamento prevede quanto segue:

"Il presente regolamento si applica a tutte le legislazioni relative ai settori di sicurezza sociale riguardanti:

a) le prestazioni di malattia;

(...)"

5 L'articolo 20 di detto regolamento, intitolato "Viaggio inteso a ricevere prestazioni in natura - Autorizzazione a ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato membro di residenza", ai paragrafi 1 e 2 così dispone:

"1. Fatte salve disposizioni contrarie del presente regolamento, la persona assicurata che si trasferisca in un altro Stato membro per ricevervi prestazioni in natura nel corso della dimora, chiede un'autorizzazione all'istituzione competente.

2. La persona assicurata autorizzata dall'istituzione competente a recarsi in un altro Stato membro al fine di ricevervi cure adeguate al suo stato di salute, beneficia delle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora, secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse assicurata in virtù di tale legislazione. L'autorizzazione è concessa qualora le cure di cui si tratta figurino tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro in cui risiede l'interessato e se le cure in questione non possono essergli praticate 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".

Regolamento (CE) n. 987/2009

6 L'articolo 26 del regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento n. 883/2004 (GU 2009, L 284, pag. 1), intitolato "Cure programmate", al paragrafo 4 prevede quanto segue:

"In qualsiasi momento, nel corso della procedura di concessione dell'autorizzazione, l'istituzione competente conserva la facoltà di fare controllare la persona assicurata da un medico di sua scelta nello Stato membro di dimora o di residenza".

Diritto rumeno

Decreto n. 592/2008

7 Il decreto n. 592/2008 del presidente della cassa nazionale di assicurazione malattia, del 26 agosto 2008 (Monitorul Oficial al României, parte I, n. 648, dell'11 settembre 2008), stabilisce le modalità di utilizzo, nell'ambito del sistema di assicurazione malattia rumeno, dei modelli rilasciati in applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, 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) n. 118/97 del Consiglio, del 2 dicembre 1996 (GU 1997, L 28, pag. 1), nonché in applicazione del regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento n. 1408/71 (GU 1972, L 74, pag. 1). Tali modalità d'utilizzo sono espresse nell'allegato a tale decreto.

8 L'articolo 40, paragrafo 1, lettera b), e paragrafo 3, di detto allegato così dispone:

"1. Il modello E 112 è destinato:

(...)

b) ai lavoratori dipendenti o autonomi e ai loro familiari autorizzati dall'istituzione competente a recarsi in un altro Stato membro per ricevere cure mediche.

(...)

3. L'istituzione competente non può rifiutare di rilasciare il modello E 112 per la situazione indicata al paragrafo 1, lettera b), qualora le cure di cui si tratta figurino tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro in cui risiede l'interessato e se le cure in questione, tenuto conto dell'attuale stato di salute dello stesso e della probabile evoluzione della sua malattia, non possono essergli fornite entro l'arco di tempo normalmente necessario per ricevere le cure di cui trattasi nello Stato membro di residenza".

9 Ai sensi dell'articolo 45, paragrafo 1, lettera b), e paragrafo 4 di detto allegato:

"1. Nell'ipotesi prevista all'articolo 40, paragrafo 1, lettera b) [che riguarda i lavoratori dipendenti o autonomi e i loro familiari autorizzati dall'istituzione competente a recarsi in uno Stato membro diverso da quello di residenza per ricevere cure mediche], alla domanda [di rilascio del formulario E 112] devono essere allegati i seguenti documenti:

(...)

b) la cartella clinica contenente, oltre ai documenti medici, il referto medico previsto all'allegato n. 10A, da cui risulti la diagnosi, nonché la segnalazione medica per sottoporsi alle cure; (...)

(...)

4. Il referto medico viene redatto da un medico in un ospedale clinico universitario oppure, a seconda del caso, provinciale (județean) che sia convenzionato con una cassa di assicurazione malattia (casa de asigurări de sănătate) della Romania. (...)"

10 L'articolo 46 dell'allegato al decreto n. 592/2008 è del seguente tenore:

"1. Il modello E 112 viene rilasciato prima della partenza del beneficiario.

2. Il modello può essere rilasciato anche dopo la partenza del beneficiario qualora esso, per motivi di forza maggiore, non abbia potuto essere rilasciato in precedenza. Il modello può essere rilasciato solo se non è stato saldato il corrispettivo delle prestazioni mediche. Dal momento in cui è stato effettuato il pagamento, il modello non produce più gli effetti giuridici per i quali è richiesto.

3. Nell'ipotesi di cui al paragrafo 2, la cassa di assicurazione redige una relazione in cui è motivata e giustificata la situazione di forza maggiore, sulla quale si fonderà il rilascio del modello E 112.

4. La relazione prevista al paragrafo 3 espone in dettaglio le circostanze di origine esterna, straordinarie, totalmente imprevedibili e inevitabili, incluse quelle di natura medica, da cui è conseguita la situazione di forza maggiore".

Decreto n. 729/2009

11 Il decreto n. 729/2009 del presidente della cassa nazionale di assicurazione malattia, del 17 luglio 2009 (Monitorul Oficial al României, parte I, n. 545, del 5 agosto 2009), stabilisce le modalità di rimborso e di recupero delle spese che costituiscono assistenza medica fornita sulla base degli accordi internazionali riguardanti la sanità, cui la Romania ha aderito.

12 L'articolo 8 dell'allegato di tale decreto così dispone, ai paragrafi 1, 2 e 6:

"1. Nel caso in cui un assicurato in base al sistema di assicurazione malattia della Romania si rechi in un altro Stato membro dell'Unione europea per ricevere cure mediche, senza la previa autorizzazione della cassa di assicurazione malattia presso cui è iscritto come assicurato, detto assicurato sostiene il costo delle prestazioni mediche erogate.

2. Su domanda scritta dell'assicurato, di un familiare (...) oppure di una persona da questi delegata, accompagnata dai documenti giustificativi, la cassa di assicurazione malattia rimborsa il costo delle prestazioni mediche erogate a norma del paragrafo 1 e sostenute da questo, in base alle tariffe indicate al paragrafo 5.

(...)

6. Il rimborso di cui al paragrafo [2] può avvenire solo nel caso in cui la prestazione medica erogata in uno Stato membro dell'Unione europea e pagata dall'assicurato sia compresa nell'elenco di prestazioni di base del sistema di assicurazione malattia in Romania".

Procedimento principale e questioni pregiudiziali

13 Il 28 marzo 2013 è stato diagnosticato a ZY, residente in R. e assicurato nell'ambito del sistema pubblico di assicurazione sanitaria nazionale, un cancro alla lingua in un ospedale di tale Stato membro. Il suo medico curante gli ha prescritto un trattamento chirurgico di urgenza, consistente nell'asportazione chirurgica di due terzi della lingua.

14 Nell'aprile 2013 ZY si è recato a Vienna (Austria), per avvalersi di un secondo parere medico presso una clinica privata. La diagnosi gli è stata confermata ma, dato lo stato avanzato del cancro, un intervento chirurgico non era considerato appropriato. Gli è stato prescritto un trattamento consistente in radioterapia, chemioterapia e immunoterapia che comportava il ricovero in ospedale. Si riteneva che tale trattamento avesse lo stesso grado di efficacia di un intervento chirurgico, con il vantaggio di non causare alcuna disabilità.

15 Nel corso di un colloquio con l'istituzione competente, allo scopo di ottenere il modulo E 112 affinché quest'ultima si facesse carico delle spese delle cure mediche che ZY avrebbe ricevuto nella clinica austriaca che gli aveva prescritto il trattamento in questione, è stato precisato a ZY che, qualora si fosse recato in Austria senza previa autorizzazione, i costi delle cure ivi fornite non sarebbero stati rimborsati integralmente, in applicazione del regolamento n. 883/2004, ma in base alle tariffe rumene, ai sensi dell'articolo 8 dell'allegato del decreto n. 729/2009. Infatti, conformemente alla normativa nazionale applicabile, tale modello può essere rilasciato solo in relazione a una prescrizione medica di sottoporsi a trattamento redatta da un medico indicato dall'istituzione competente. Quest'ultima ha tuttavia chiesto a ZY di presentare un parere medico che dimostrasse che egli non poteva essere curato in Romania.

16 Avendo ricevuto, tra l'aprile 2013 e l'aprile 2014, cure mediche presso due cliniche austriache senza aver prodotto tale parere, consistenti in radioterapia, chemioterapia e immunoterapia, ZY ha chiesto, nel settembre 2013 e nel giugno 2014, il rimborso delle relative spese all'istituzione competente.

17 Il 14 novembre 2016 tale istituzione ha rimborsato agli eredi di ZY, in seguito al decesso di quest'ultimo, l'importo totale di 38 370,70 lei rumeni (RON) (circa EUR 8 240), corrispondente alle spese relative agli esami medici e alle cure mediche ricevute in Austria dall'interessato, calcolate, ai sensi dell'articolo 8 dell'allegato del decreto n. 729/2009, in base alle tariffe applicate nell'ambito del sistema pubblico rumeno di assicurazione sanitaria.

18 Gli eredi di ZY hanno presentato, dinanzi al Tribunalul Constanța (Tribunale superiore di Costanza, Romania), un ricorso volto ad ottenere il rimborso, ai sensi del regolamento n. 883/2004, della totalità delle spese relative alle cure mediche da egli ricevute in Austria.

19 Con sentenza del 24 ottobre 2018, detto giudice ha respinto tale ricorso ritenendo che, in mancanza di una domanda di previa autorizzazione, le spese relative alle cure mediche ricevute da ZY in uno Stato membro diverso da quello di residenza non potevano essere rimborsate in base al suddetto regolamento.

20 Investito dai suddetti eredi di un'impugnazione avverso tale sentenza, il giudice del rinvio precisa che ad esso incombe di accertare, al fine di pronunciarsi su tale impugnazione, se ZY, nonostante non avesse ottenuto la previa autorizzazione da egli richiesta all'istituzione competente, ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004, fosse legittimato a ricevere il rimborso, da parte di tale istituzione, delle spese sanitarie sostenute in Austria fino a concorrenza dell'importo di cui quest'ultima si sarebbe fatta carico se a ZY fosse stata concessa un'autorizzazione preventiva ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 2, seconda frase, di tale regolamento.

21 Tale giudice precisa che, nel caso di specie, il requisito concernente la necessità, per l'assicurato, di ricevere un trattamento medico urgente è soddisfatto, come risulta dalla relazione di perizia medico-legale prodotta in primo grado. Per contro, per poter accertare se il requisito concernente la possibilità di praticare in Romania il trattamento medico prescelto da tale persona entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico fosse soddisfatto, tenuto conto dello stato di salute dello stesso e della probabile evoluzione della sua malattia, il giudice del rinvio rileva che egli deve anzitutto stabilire se il mancato rilascio, a detta persona, di una preventiva autorizzazione per le cure che gli sono state fornite in Austria sia stato dovuto a circostanze eccezionali, ai sensi della sentenza del 5 ottobre 2010, E. (C-173/09, EU:C:2010:581), questione fondamentale ai fini delle questioni pregiudiziali.

22 A tal riguardo, ad avviso del giudice del rinvio occorre muovere dal presupposto che, da un lato, ZY aveva il diritto di scegliere il trattamento prescritto in Austria in base, segnatamente, al suo diritto al rispetto della vita privata e all'integrità fisica e che, dall'altro, la normativa nazionale applicabile non gli consentiva di ottenere un'autorizzazione preventiva per tale trattamento né una presa a carico integrale dei costi di quest'ultimo in Romania, dato che tali cure gli erano state prescritte non da un medico curante del sistema pubblico di assicurazione sanitaria dello Stato membro competente bensì, a titolo di secondo parere medico, da un medico di un altro Stato membro, in considerazione della diagnosi fatta dal primo medico. ZY si è quindi recato in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente perché il trattamento in questione gli era stato prescritto solo in quest'altro Stato membro e, in tali circostanze, non poteva ricevere dette cure nello Stato membro competente, sebbene esse figurino tra le prestazioni previste dalla legislazione di quest'ultimo Stato membro.

23 Il giudice del rinvio precisa che l'articolo 45, paragrafo 4, dell'allegato al decreto n. 592/2008 non riconosce all'assicurato il diritto di ottenere un riesame effettivo, da parte del medico curante, del trattamento inizialmente prescritto in base a un secondo parere medico emesso in uno Stato membro diverso dalla Romania. Tuttavia, poiché il trattamento prescritto a ZY in Austria aveva il vantaggio di non causare una disabilità, egli aveva il diritto di sceglierlo in virtù del principio di autonomia della volontà, in quanto componente del diritto al rispetto della vita privata sancito all'articolo 8 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, firmata a Roma il 4 novembre 1950, nonché all'articolo 7 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, e in quanto componente del diritto all'integrità fisica, garantito all'articolo 3 di tale Carta.

24 In tale contesto, il giudice del rinvio osserva che il fatto che ZY non sia tornato dal suo medico curante in Romania per sottoporgli il parere divergente dei medici austriaci e per convincerlo della correttezza di tale parere non sembra determinante, dato che la normativa nazionale non prevede alcun procedimento di esame di un secondo parere medico emesso in uno Stato membro diverso dalla Romania, che garantisca effettivamente all'assicurato il diritto a che il suo medico curante riesami la prescrizione iniziale allo scopo di una sua eventuale revisione.

25 Di conseguenza, il giudice del rinvio dubita della compatibilità con l'articolo 56 TFUE e con il regolamento n. 883/2004 delle disposizioni della normativa nazionale applicabili alla controversia di cui è investito. In particolare, esso chiede se, per effetto di tali disposizioni, si debba ritenere che sia stato impedito all'assicurato, che dispone soltanto di un parere medico redatto da un medico di uno Stato membro diverso da quello di residenza, in base al quale sono prescritte cure diverse da quelle inizialmente consigliate, per ragioni oggettive analoghe a quelle menzionate al punto 45 della sentenza del 5 ottobre 2010, E. (C-173/09, EU:C:2010:581), di ottenere un'autorizzazione ai fini del rimborso delle spese relative alle cure sanitarie ricevute in tale diverso Stato membro.

26 In tale contesto, la Curtea de Apel Constanța (Corte d'appello di Costanza, Romania) ha deciso di sospendere il procedimento e di sottoporre alla Corte le seguenti questioni pregiudiziali:

"1) Se sia assimilabile a una situazione di urgenza, secondo quanto risulta dal punto 45 della sentenza [del 5 ottobre 2010, E. (C-173/09, EU:C:2010:581)], o se costituisca un caso d'impossibilità oggettiva di richiedere l'autorizzazione prevista dall'articolo 20, paragrafi 1 e 2 del regolamento (...) n. 883/2004, che può giustificare il rimborso integrale delle spese causate dall'aver ricevuto cure mediche adeguate (assistenza ospedaliera) in uno Stato membro diverso da quello di residenza dell'assicurato, il fatto che il trattamento terapeutico cui quest'ultimo ha dato il proprio consenso sia stato prescritto solamente da un medico di uno Stato membro diverso da quello di residenza dell'assicurato, tenendo presente che la diagnosi e il fatto in sé della necessità di effettuare urgentemente determinate cure sono stati confermati dal medico appartenente al sistema di assicurazione malattia dello Stato membro di residenza, il quale tuttavia ha indicato un altro trattamento terapeutico, rispetto a cui il trattamento terapeutico al quale l'assicurato ha dato il proprio consenso per motivi che si possono qualificare come appropriati da parte del medesimo presenta quantomeno il medesimo grado di efficacia, ma ha il vantaggio di non creare un handicap.

2) In caso di risposta affermativa alla prima questione, se l'assicurato, dopo che nei suoi confronti sono stati stabiliti, da parte di un medico inquadrato nel sistema di assicurazione malattia dello Stato membro di residenza, la diagnosi e un trattamento terapeutico che, per motivi che si possono qualificare come appropriati, non accetta, si sposta in un altro Stato membro al fine di richiedere un secondo parere medico, e quest'ultimo è nel senso di effettuare un altro trattamento terapeutico, il quale presenta quantomeno il medesimo grado di efficacia, ma ha il vantaggio di non creare un handicap, trattamento che l'assicurato accetta e che soddisfa i requisiti previsti dall'articolo 20, paragrafo 2, seconda frase, del regolamento (...) n. 883/2004, sia parimenti tenuta, per beneficiare del rimborso dei costi causati da quest'ultimo trattamento terapeutico, a chiedere l'autorizzazione prevista dall'articolo 20, paragrafo 1, del menzionato regolamento.

3) Se l'articolo 56 TFUE e l'articolo 20, paragrafi 1 e 2, del regolamento (...) n. 883/2004 ostino ad una normativa nazionale che, da un lato, subordina l'autorizzazione da parte dell'istituzione competente a ricevere cure mediche adeguate (assistenza ospedaliera) in uno Stato membro diverso da quello di residenza alla redazione di un referto medico solo ad opera di un medico che svolga la sua attività nell'ambito del sistema di assicurazione malattia dello Stato membro di residenza, su segnalazione del primario dell'istituzione competente di tale Stato, anche nel caso in cui il trattamento terapeutico cui l'assicurato ha dato il proprio consenso, per motivi che si possono qualificare come appropriati, tenendo presente che ha il vantaggio di non creare un handicap, è prescritto solamente da un medico di un altro Stato membro, a titolo di secondo parere medico, e d'altro lato non garantisce, nell'ambito di una procedura accessibile e previsibile, l'analisi effettiva, sotto la prospettiva medica, nell'ambito del sistema di assicurazione malattia dello Stato membro di residenza, della possibilità di applicare detto secondo parere medico espresso in un altro Stato membro.

4) In caso di risposta affermativa alla prima e alla terza questione, se l'assicurato, o rispettivamente gli eredi del medesimo, subordinatamente all'adempimento dei due requisiti previsti dall'articolo 20, paragrafo 2, seconda frase, del regolamento (...) n. 883/2004, abbiano diritto ad ottenere dall'istituzione competente dello Stato di residenza dell'assicurato il rimborso integrale delle spese causate dal trattamento terapeutico effettuato in un altro Stato membro".

Sulle questioni pregiudiziali

27 Con le sue questioni, che occorre esaminare congiuntamente, il giudice del rinvio chiede, in sostanza, se l'articolo 20 del regolamento n. 883/2004, letto in combinato disposto con l'articolo 56 TFUE, debba essere interpretato nel senso che l'assicurato che abbia ricevuto, in uno Stato membro diverso da quello di residenza, cure che figurano tra le prestazioni previste dalla normativa dello Stato membro di residenza, ha diritto al rimborso integrale delle spese relative a dette cure, alle condizioni previste dal suddetto regolamento, quando tale persona non abbia potuto ottenere l'autorizzazione dell'istituzione competente, conformemente all'articolo 20, paragrafo 1, di detto regolamento, poiché, sebbene la diagnosi e la necessità di effettuare cure con urgenza fossero state confermate da un medico appartenente al sistema di assicurazione sanitaria dello Stato membro di residenza, tale medico gli aveva prescritto cure diverse da quelle prescelte da detta persona conformemente ad un secondo parere medico fornito da un medico di un altro Stato membro, cure queste ultime che, a differenza delle prime, non avrebbero causato alcuna disabilità.

28 In via preliminare occorre ricordare che, affinché una situazione come quella oggetto del procedimento principale possa rientrare nell'ambito di applicazione del regolamento n. 883/2004, le cure mediche devono essere somministrate in applicazione della legislazione previdenziale dello Stato membro in cui sono state ricevute, circostanza che spetta al giudice del rinvio verificare [v., in tal senso, sentenza del 23 settembre 2020, V.M. (A.S.), C-777/18, EU:C:2020:745, punti 36 e 37].

29 Ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004, fatte salve disposizioni contrarie di quest'ultimo, l'assicurato che si trasferisca in uno Stato membro diverso da quello di residenza per ricevere prestazioni in natura nel corso della dimora deve chiedere un'autorizzazione all'istituzione competente.

30 Conformemente all'articolo 20, paragrafo 2, seconda frase, di tale regolamento, detta autorizzazione è obbligatoriamente rilasciata dall'istituzione competente qualora ricorrano le due condizioni ivi enunciate [v., in tal senso, sentenza del 23 settembre 2020, V.M. (A.S.), C-777/18, EU:C:2020:745, punto 42 e giurisprudenza ivi citata].

31 Per soddisfare la prima di tali condizioni, occorre che le cure di cui trattasi figurino fra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro di residenza dell'assicurato. Per soddisfare la seconda condizione, tali cure non devono poter essergli praticate in tale Stato entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto del suo stato di salute attuale e della sua prognosi.

32 Poiché l'applicabilità dell'articolo 20 del regolamento n. 883/2004 alla situazione in esame non esclude, secondo la giurisprudenza della Corte, che tale situazione rientri nell'ambito di applicazione delle norme relative alla libera prestazione dei servizi e, nel caso di specie, dell'articolo 56 TFUE (sentenza del 5 ottobre 2010, E., C-173/09, EU:C:2010:581, punto 38), tale articolo 20 deve essere interpretato alla luce dell'articolo 56 TFUE e della giurisprudenza della Corte in materia.

33 Risulta da detta giurisprudenza che la libera prestazione dei servizi comprende non solo la libertà del prestatore di fornire servizi per destinatari stabiliti in uno Stato membro diverso da quello sul cui territorio si trovi detto prestatore, ma anche la libertà di ricevere o beneficiare, in quanto destinatario, dei servizi offerti da un prestatore stabilito in un altro Stato membro, senza essere soggetto a restrizioni (v., in particolare, sentenza del 15 giugno 2010, Commissione/Spagna, C-211/08, EU:C:2010:340, punto 49).

34 Una prestazione medica fornita dietro corrispettivo, anche quando le cure siano dispensate in ambito ospedaliero, non perde la sua qualifica di prestazione di servizi, ai sensi dell'articolo 56 TFUE, per il fatto che il paziente, dopo aver retribuito il prestatore stabilito in uno Stato membro diverso da quello di residenza per le cure ricevute, chiede l'assunzione di tali cure da parte di un servizio sanitario nazionale (v., in tal senso, sentenza del 16 maggio 2006, W., C-372/04, EU:C:2006:325, punti 86 e 89).

35 La Corte ha altresì dichiarato che il semplice obbligo di un'autorizzazione preventiva ai fini della presa a carico, da parte dell'istituzione competente, conformemente al sistema di copertura vigente nello Stato membro cui appartiene, delle spese relative a cure mediche dispensate in un altro Stato membro costituisce, tanto per i pazienti quanto per i prestatori, una restrizione alla libera prestazione dei servizi, sancita all'articolo 56 TFUE, dal momento che un tale obbligo disincentiva o addirittura impedisce a tali pazienti di rivolgersi a fornitori di servizi medici stabiliti in uno Stato membro diverso da quello della loro residenza allo scopo di ottenere le cure di cui trattasi [v., in tal senso, sentenza del 23 settembre 2020, V.M. (A.S.), C-777/18, EU:C:2020:745, punto 58 e giurisprudenza ivi citata].

36 Se è vero che l'articolo 56 TFUE non osta, in linea di principio, a che il diritto di un paziente di ricevere cure ospedaliere o cure mediche implicanti l'utilizzo di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose, in un altro Stato membro, a carico del sistema dello Stato membro presso cui egli è assicurato sia subordinato a un'autorizzazione preventiva, è tuttavia necessario che le condizioni stabilite per la concessione di una siffatta autorizzazione siano giustificate alla luce di esigenze imperative di interesse generale, segnatamente quelle di prevenire il rischio di grave alterazione dell'equilibrio finanziario del sistema di previdenza sociale, di mantenere un servizio medico-ospedaliero equilibrato e accessibile a tutti nonché di consentire una programmazione intesa, da un lato, a garantire sul territorio dello Stato membro interessato l'accessibilità sufficiente e permanente a una gamma equilibrata di cure ospedaliere di qualità e, dall'altro, a garantire un controllo dei costi ed evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane, e che esse non eccedano quanto oggettivamente necessario a tal fine e che il medesimo risultato non possa essere ottenuto mediante norme meno restrittive. Un siffatto sistema deve, inoltre, essere 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 [v., in tal senso, sentenze del 5 ottobre 2010, E., C-173/09, EU:C:2010:581, punti da 41 a 44, nonché del 23 settembre 2020, V.M. (A.S.), C-777/18, EU:C:2020:745, punti 59, 61 e 62].

37 In proposito, occorre ricordare che la Corte ha già individuato due fattispecie in cui l'assicurato, anche in assenza di un'autorizzazione rilasciata prima dell'inizio della prestazione delle cure programmate nello Stato membro di soggiorno, ha il diritto di ottenere direttamente a carico dell'istituzione competente il rimborso di un importo pari a quello che sarebbe stato normalmente preso a carico da tale istituzione se l'assicurato fosse stato in possesso di tale autorizzazione [sentenza del 23 settembre 2020, V.M. (A.S.), C-777/18, EU:C:2020:745, punto 46].

38 Nella prima fattispecie, l'assicurato ha diritto di ottenere un siffatto rimborso qualora abbia ricevuto un diniego da parte dell'istituzione competente in seguito a una domanda di autorizzazione e il carattere infondato di siffatto diniego sia successivamente accertato dalla medesima istituzione competente o da una decisione giudiziaria [sentenza del 23 settembre 2020, V.M. (A.S.), C-777/18, EU:C:2020:745, punto 47 e giurisprudenza ivi citata].

39 Nella seconda fattispecie, l'assicurato ha diritto di ottenere direttamente a carico dell'istituzione competente il rimborso di un importo pari a quello che sarebbe stato normalmente preso a carico da tale istituzione se l'assicurato fosse stato in possesso di tale autorizzazione qualora, per ragioni connesse al suo stato di salute o alla necessità di ricevere cure urgentemente presso una struttura ospedaliera, si sia trovato nell'impossibilità di chiedere una siffatta autorizzazione o non abbia potuto attendere la decisione dell'istituzione competente sulla domanda di autorizzazione presentata. Al riguardo, la Corte ha dichiarato che una normativa che escluda, in ogni caso, il rimborso delle cure ospedaliere prestate in un altro Stato membro in assenza di autorizzazione priva l'assicurato del rimborso di tali cure, anche qualora i presupposti a tal fine siano peraltro soddisfatti. Una normativa siffatta, che non può essere giustificata da esigenze di interesse generale e comunque non soddisfa il requisito di proporzionalità, costituisce, di conseguenza, una restrizione ingiustificata alla libera prestazione dei servizi [sentenza del 23 settembre 2020, V.M. (A.S.), C-777/18, EU:C:2020:745, punto 48 e giurisprudenza ivi citata].

40 Nel caso di specie, l'articolo 40, paragrafo 1, lettera b), e paragrafo 3, dell'allegato al decreto n. 592/2008 subordina il rilascio di un'autorizzazione ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004 al rispetto di due condizioni che corrispondono, in sostanza, a quelle previste all'articolo 20, paragrafo 2, seconda frase, di tale regolamento. Inoltre, conformemente all'articolo 45, paragrafo 1, lettera b), e paragrafo 4, dell'allegato a tale decreto, una persona assicurata presso il sistema pubblico rumeno di assicurazione sanitaria è tenuta ad allegare alla domanda di autorizzazione a ricevere cure adeguate al di fuori della Romania un referto medico da cui risultino la diagnosi e le cure da effettuare, redatto da un medico di un centro ospedaliero universitario oppure, se del caso, provinciale che si trovi in rapporti contrattuali con una cassa di assicurazione malattia rumena.

41 A tale riguardo occorre rilevare, in primo luogo, che, sebbene il tenore letterale dell'articolo 20, paragrafo 2, seconda frase, del regolamento n. 883/2004 non contenga alcun obbligo esplicito di presentare un referto medico, la questione di verificare il rispetto delle condizioni menzionate al punto precedente implica, come rilevato dalle convenute nel procedimento principale, dai governi rumeno e polacco nonché dalla Commissione europea nelle loro osservazioni scritte presentate dinanzi alla Corte e nelle loro risposte ai quesiti scritti sottoposti da quest'ultima,

una valutazione, da una parte, dello stato di salute dell'assicurato e della probabile evoluzione della sua malattia nonché delle cure mediche adeguate al suo stato di salute e, dall'altro lato, della disponibilità di tali cure nel sistema previdenziale dello Stato membro di residenza di tale persona nonché dell'arco di tempo entro il quale queste ultime possono essere dispensate in detto Stato membro.

42 Inoltre, mentre la valutazione di tali due ultimi aspetti implica normalmente conoscenze che solo un medico o un altro professionista del settore sanitario del sistema pubblico di assicurazione sanitaria dello Stato membro di residenza della persona possiede, lo stesso non vale per la valutazione dei primi due aspetti, che riguardano la diagnosi dello stato di salute e le cure mediche adeguate a quest'ultimo.

43 La suddetta constatazione è confermata dall'articolo 26 del regolamento n. 987/2009, che stabilisce le modalità di applicazione dell'articolo 20 del regolamento n. 883/2004 e il cui paragrafo 4 precisa che in qualsiasi momento, nel corso della procedura di concessione dell'autorizzazione, l'istituzione competente conserva la facoltà di fare controllare la persona assicurata da un medico di sua scelta nello Stato membro di dimora o di residenza. Tale disposizione non limita quindi la scelta dell'istituzione competente ai medici appartenenti al sistema pubblico di assicurazione sanitaria dello Stato membro di residenza dell'assicurato.

44 Ne consegue che l'articolo 20 del regolamento n. 883/2004, letto in combinato disposto con l'articolo 26, paragrafo 4, del regolamento n. 987/2009, non richiede che il parere medico a sostegno di una domanda di autorizzazione preventiva per cure dispensate in uno Stato membro diverso da quello di residenza dell'assicurato sia redatto da un medico appartenente al sistema pubblico di assicurazione sanitaria dello Stato membro di residenza di tale persona, né osta alla presa in considerazione, nel corso della procedura di concessione dell'autorizzazione, di un secondo parere medico redatto da un medico che esercita la propria professione nello Stato membro in cui tale persona desidera recarsi per ricevere le cure di cui trattasi.

45 Di conseguenza, una normativa nazionale che esige che una domanda di autorizzazione per cure al di fuori dello Stato membro di residenza sia accompagnata da un referto medico da cui risultino la diagnosi e le cure da effettuare, redatto da un medico appartenente al sistema pubblico nazionale di assicurazione sanitaria, impone una condizione che eccede quelle previste all'articolo 20 del regolamento n. 883/2004.

46 Inoltre, una tale condizione rischia di privare l'assicurato, che dispone soltanto di un parere medico rilasciato in uno Stato membro diverso dallo Stato membro di residenza e che prescrive cure alternative, della possibilità di ottenere un'autorizzazione preventiva ai fini della presa a carico, da parte dell'istituzione competente, di tale trattamento. Infatti, come rilevato dal giudice del rinvio, una siffatta procedura di concessione dell'autorizzazione non garantisce che tale parere sia effettivamente preso in considerazione e, di conseguenza, che l'istituzione competente possa verificare se le condizioni previste all'articolo 20, paragrafo 2, seconda frase, del regolamento n. 883/2004, richiamate al punto 30 della presente sentenza, siano rispettate.

47 In secondo luogo, si deve rilevare che la condizione alla quale una disposizione di diritto nazionale, come l'articolo 45, paragrafo 1, lettera b), e paragrafo 4, dell'allegato al decreto n. 592/2008, subordina la concessione di un'autorizzazione ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004 rappresenta un ulteriore fattore idoneo a disincentivare il ricorso a prestazioni sanitarie transfrontaliere, rispetto all'obbligo di autorizzazione preventiva il quale, conformemente alla giurisprudenza richiamata al punto 35 della presente sentenza, costituisce esso stesso una restrizione alla libera prestazione dei servizi.

48 Infatti, se è vero che una normativa come quella controversa nel procedimento principale non impedisce direttamente agli assicurati nell'ambito del sistema pubblico di assicurazione sanitaria di rivolgersi ad un prestatore di servizi medici stabilito in un altro Stato membro, l'assenza di una garanzia circa la presa in considerazione effettiva, nel corso della procedura di concessione dell'autorizzazione, di un secondo parere medico redatto da un tale prestatore che prescrive cure alternative, cui si aggiunga la prospettiva delle ripercussioni economiche negative di una possibile decisione in sede amministrativa che neghi il rimborso delle spese mediche relative a tali cure alternative da parte del servizio sanitario nazionale, ha obiettivamente l'effetto di dissuadere dal ricorrere a prestazioni sanitarie transfrontaliere (v., per analogia, sentenza del 27 ottobre 2011, Commissione/Portogallo, C-255/09, EU:C:2011:695, punto 62 e giurisprudenza ivi citata).

49 Nel caso di specie, per quanto riguarda la giustificazione della restrizione alla libera prestazione dei servizi derivante dall'obbligo di presentare un referto medico redatto da un medico appartenente al sistema pubblico di assicurazione sanitaria dello Stato di residenza dell'assicurato, il governo rumeno sostiene, da un lato, che tale obbligo mira a consentire il rispetto delle condizioni previste all'articolo 20, paragrafo 2, seconda frase, del regolamento n. 883/2004.

50 Tuttavia, come risulta dal punto 44 della presente sentenza, né la suddetta disposizione né l'articolo 26, paragrafo 4, del regolamento n. 987/2009 impediscono all'istituzione competente di tener conto, nel corso della procedura di concessione dell'autorizzazione, di un secondo parere medico redatto da un medico che eserciti la propria professione in uno Stato membro diverso da quello in cui risiede l'assicurato.

51 Dall'altro lato, tale governo fa valere l'esigenza di garantire l'equilibrio finanziario del sistema sanitario nazionale e un controllo dei costi, nonché di evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane. Tuttavia, anche ammettendo che il requisito previsto all'articolo 45, paragrafo 1, lettera b), e paragrafo 4, dell'allegato all'ordinanza n. 592/2008 possa, nell'ambito delle cure ospedaliere e non ospedaliere implicanti l'utilizzo di apparecchiature materiali costose, essere idoneo a garantire tali obiettivi di interesse generale, esso non risulta comunque conforme al principio di proporzionalità richiamato al punto 36 della presente sentenza.

52 Infatti, l'obiettivo invocato può essere raggiunto istituendo una procedura di concessione dell'autorizzazione che garantisca che, ai fini della redazione di un referto medico da parte di un medico che eserciti la propria professione nell'ambito del sistema pubblico di assicurazione sanitaria dello Stato membro di residenza dell'assicurato, da cui risultino la diagnosi e le cure prescritte per tale persona, si tenga effettivamente conto di un secondo parere medico redatto in un altro Stato membro e che prescrive cure alternative anch'esse adeguate allo stato di salute di tale persona, ma che non presentino gli inconvenienti del primo trattamento.

53 Le considerazioni che precedono non sono rimesse in discussione dall'argomento dedotto dalle convenute nel procedimento principale e dal governo rumeno, in base al quale la fattispecie oggetto del procedimento principale rientrerebbe nell'ambito di applicazione dell'articolo 46, paragrafo 2, dell'allegato al decreto n. 592/2008, che avrebbe consentito all'assicurato interessato di ottenere un'autorizzazione a posteriori, la cui concessione non è subordinata al rispetto dell'obbligo previsto all'articolo 45, paragrafo 1, lettera b), e paragrafo 4, di tale allegato.

54 Anche ammettendo che tale articolo 46 - ai sensi del quale la concessione della suddetta autorizzazione è subordinata, da un lato, a "motivi di forza maggiore", derivanti da "circostanze di origine esterna, straordinarie, totalmente imprevedibili e inevitabili, incluse quelle di natura medica", che devono essere esposte in dettaglio in una relazione redatta dall'istituzione competente, e, dall'altro lato, alla condizione che non sia stato saldato il corrispettivo delle prestazioni mediche ricevute - sia applicabile a una fattispecie come quella oggetto del procedimento principale, in cui l'assicurato si è recato in uno Stato membro diverso da quello di residenza a fini terapeutici e in modo programmato, tale circostanza, come constatato dallo stesso giudice del rinvio, non modificherebbe in alcun modo la constatazione in base alla quale il fatto di subordinare la concessione di un'autorizzazione, ai sensi dell'articolo 20 del regolamento n. 883/2004, alla presentazione di un referto medico, redatto da un medico appartenente al sistema pubblico di assicurazione sanitaria dello Stato di residenza dell'assicurato, costituisce una restrizione sproporzionata della libera prestazione dei servizi sancita all'articolo 56 TFUE la quale, peraltro, equivale in pratica ad impedire all'istituzione competente di verificare il rispetto delle condizioni previste ai fini della concessione obbligatoria di tale autorizzazione, come constatato ai punti 45 e 46 della presente sentenza.

55 Dall'insieme delle suesposte considerazioni risulta che l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, letto in combinato disposto con l'articolo 56 TFUE, deve essere interpretato nel senso che esso osta a una normativa nazionale, che subordina la concessione di un'autorizzazione ai fini di cure in uno Stato membro diverso da quello di residenza del richiedente alla presentazione di un referto medico da cui risultino la diagnosi e il trattamento da effettuare, redatto da un medico appartenente al sistema pubblico di assicurazione sanitaria nazionale, e che non garantisce che l'istituzione competente prenda in considerazione un secondo parere medico redatto in tale altro Stato membro e che prescrive un trattamento alternativo.

56 In tali circostanze si deve considerare, in terzo luogo, che l'assicurato che non ha potuto ottenere un'autorizzazione ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004, per effetto dell'applicazione di una normativa come quella individuata al punto precedente e che, pur disponendo di un referto medico redatto in uno Stato membro diverso da quello di residenza, da cui risultavano la diagnosi e l'esigenza di effettuare con urgenza cure che, a differenza di quelle che gli erano state prescritte nel suo Stato membro di residenza, non causavano alcuna disabilità, ha ricevuto tali cure nell'altro Stato membro, rientra in una delle ipotesi enunciate ai punti da 37 a 39 della presente sentenza.

57 Di conseguenza, nel caso di specie, se le condizioni per la concessione di un'autorizzazione ai sensi dell'articolo 20 del regolamento n. 883/2004, come richiamate al punto 30 della presente sentenza, erano soddisfatte nel caso di ZY, circostanza che spetta al giudice del rinvio verificare, sicché il mancato rilascio di tale autorizzazione era dovuto esclusivamente al fatto che il referto medico che gli aveva prescritto il trattamento seguito era stato redatto da un medico di uno Stato membro diverso da quello di residenza, gli eredi di ZY hanno diritto a ottenere il rimborso, da parte dell'istituzione rumena competente, di un importo equivalente a quello che quest'ultima avrebbe normalmente rimborsato se ZY avesse beneficiato di una tale autorizzazione.

58 Alla luce delle suesposte considerazioni occorre rispondere alle questioni sottoposte dichiarando che l'articolo 20 del regolamento n. 883/2004, letto in combinato disposto con l'articolo 56 TFUE, deve essere interpretato nel senso che l'assicurato che abbia ricevuto, in uno Stato membro diverso da quello di residenza, cure che figurano tra le prestazioni previste dalla normativa dello Stato membro di residenza, ha diritto al rimborso integrale delle spese relative a dette cure, alle condizioni previste dal suddetto regolamento, quando tale persona non abbia potuto ottenere l'autorizzazione dell'istituzione competente, conformemente all'articolo 20, paragrafo 1, di detto regolamento, poiché, sebbene la diagnosi e la necessità di effettuare cure con urgenza fossero state confermate da un medico appartenente al sistema di assicurazione sanitaria dello Stato membro di residenza, tale medico gli aveva prescritto cure diverse da quelle prescelte da detta persona conformemente ad un secondo parere medico fornito da un medico di un altro Stato membro, cure queste ultime che, a differenza delle prime, non avrebbero causato alcuna disabilità.

Sulle spese

59 Nei confronti delle parti nel procedimento principale la presente causa 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.

#### **P.Q.M.**

Per questi motivi, la Corte (Quarta Sezione) dichiara:

L'articolo 20 del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, come modificato dal regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, letto in combinato disposto con l'articolo 56 TFUE, deve essere interpretato nel senso che l'assicurato che abbia ricevuto, in uno Stato membro diverso da quello di residenza, cure che figurano tra le prestazioni previste dalla normativa dello Stato membro di residenza, ha diritto al rimborso integrale delle spese relative a dette cure, alle condizioni previste dal suddetto regolamento, quando tale persona non abbia potuto ottenere l'autorizzazione dell'istituzione competente, conformemente all'articolo 20, paragrafo 1, di detto regolamento, poiché, sebbene la diagnosi e la necessità di effettuare cure con urgenza fossero state confermate da un medico appartenente al sistema di assicurazione sanitaria dello Stato membro di residenza, tale medico gli aveva prescritto cure diverse da quelle prescelte da detta persona conformemente ad un secondo parere medico fornito da un medico di un altro Stato membro, cure queste ultime che, a differenza delle prime, non avrebbero causato alcuna disabilità.

 Salva  Archivia  Stampa  Annota

n. 16/13627 ← [Risultato precedente](#) - [Risultato successivo](#) →

 Risultati  Nuova ricerca

Contenuti d'autore

CEDAM

UTET  
GIURIDICA

IPSOA

(©) Copyright 2014 Wolters Kluwer Italia Srl - Tutti i diritti riservati

[Gestione cookie](#)

UTET Giuridica® è un marchio registrato e concesso in licenza da De Agostini Editore S.p.A. a Wolters Kluwer Italia S.r.l.