

## CONCLUSIONI DELL'AVVOCATO GENERALE

L.A. GEELHOED

presentate il 15 dicembre 2005 <sup>1</sup>**I — Introduzione**

1. Dopo le sentenze pronunciate dalla Corte, inter alia, nelle cause Kohll, Smits e Peerbooms e Müller-Fauré<sup>2</sup>, 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 prosieguo: 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:

<sup>1</sup> — Lingua originale: l'inglese.

<sup>2</sup> — 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).

«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».

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:

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 (...)».

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;

(...)

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:

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*

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

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 fornire ovunque in Inghilterra e nel Galles, nella misura che egli ritenga necessaria a soddisfare ogni ragionevole esigenza,

«(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) ricovero ospedaliero;

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

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

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

(c) servizi medici, odontoiatrici, infermieri-stici e di ambulanze;

(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».

(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».

grafiche 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.

#### 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 geo-

- 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<sup>3</sup>. 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

<sup>3</sup> — 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.

e servizi ai fini del servizio sanitario. In generale, i trusts NHS vengono finanziati attraverso i pagamenti eseguiti dai PCT.

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.

- 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.
- 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.

prestazione, salvo che il paziente non soddisfi uno dei criteri di esenzione previsti dalle Regulations<sup>4</sup>.

### 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.

- 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

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

<sup>4</sup> — 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.

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 GBP 3 900.

15. Con sentenza 1 ottobre 2003<sup>5</sup> 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<sup>6</sup>, 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 giu-

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.

ridico 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.

## 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 [CE], 49 [CE] 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 il suo diritto di ricevere 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 Ministro possano invocare, come obiettiva giustificazione per rifiutare la previa autorizzazione al trattamento ospedaliero in un altro Stato membro:

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 aggiuntivi del trattamento stesso nell'altro Stato membro.

Questione n. 4

a) il fatto che l'autorizzazione comprometterebbe seriamente il sistema adottato dall'NHS di gestione delle priorità cliniche attraverso liste di attesa;

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:

b) il fatto che l'autorizzazione permetterebbe a pazienti con esigenze mediche meno urgenti di scavalcare pazienti con esigenze mediche più urgenti;

a) i tempi di attesa;

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;

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;      Questione n. 6

- 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, 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.

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»:

In ogni caso:

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

e, in caso di soluzione negativa:

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

## V — Valutazione

### *A — Considerazioni preliminari di carattere generale*

#### Questione n. 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».

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<sup>7</sup>, finlandese, svedese e del Regno Unito, nonché dall'Irlanda e dalla Commissione.

<sup>7</sup> — Il governo polacco non ha presentato osservazioni scritte.

19. Inquadrato 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*<sup>8</sup>, 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<sup>9</sup>. 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

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 (citare supra, alla nota 2).

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.

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.

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<sup>10</sup>. 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<sup>11</sup>. 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

#### 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

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-12403).

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<sup>12</sup>. 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 (...)»<sup>13</sup>.

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

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

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

Stato membro competente, delle spese sostenute in occasione di cure fornite in un altro Stato membro<sup>14</sup>.

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<sup>15</sup>.

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.

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).

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<sup>16</sup>, 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<sup>17</sup>, si potrebbe sostenere che i servizi prestati dall'NHS esulano dal campo di

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).

applicazione degli artt. 49 CE e 50 CE, tuttavia, dalla giurisprudenza della Corte nei casi *Smits e Peerbooms* e *Müller-Fauré*<sup>18</sup> 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<sup>19</sup>, tale comparazione, tuttavia, pre-

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).

suppone 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<sup>20</sup>, 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 GBP 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<sup>21</sup>. 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<sup>22</sup>.

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<sup>23</sup>. La Corte ha aggiunto che si deve ammettere che una prestazione medica dispensata in uno Stato membro e pagata dal paziente non può

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.

20 — Cit. supra, alla nota 2.

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<sup>24</sup>.

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»<sup>25</sup>.

51. A confronto con il giudizio parallelo espresso nella sentenza Smits e Peerbooms<sup>26</sup>, 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 discus-

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).

sione 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.

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.

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.

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.

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

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<sup>27</sup> 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<sup>28</sup>. 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<sup>29</sup>, 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.

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).

In tale caso, non si riscontra la caratteristica essenziale della retribuzione, e quindi l'art. 49 CE non è applicabile<sup>30</sup>. 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

30 — Ibidem, punti 17 e 18.

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<sup>31</sup>. 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<sup>32</sup>.

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

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

32 — *Ibidem*, punto 69.

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<sup>33</sup>. 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,

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

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<sup>34</sup>.

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<sup>35</sup>».

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

34 — Ibidem, punto 81.

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

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<sup>36</sup> (...) 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 soddisfatti 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<sup>37</sup>».

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<sup>38</sup>, nonché l'obbligo di adottare provvedimenti sufficienti ad impedire ostacoli alla libera circolazione delle merci creati dal comportamento di operatori privati<sup>39</sup>. Infine, il detto obbligo richiede agli Stati

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).

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<sup>40</sup>.

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<sup>41</sup>. 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<sup>42</sup>.

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

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.

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 richiama 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<sup>43</sup>.

88. Di conseguenza, il rifiuto dell'autorizzazione a sottoporsi a trattamento ospedaliero

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

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 ridistribuzione 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.

rizzato 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.

89. Ancora una volta, il fatto che l'autorizzazione possa comportare la necessità di attribuire risorse addizionali 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 auto-

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*<sup>44</sup>, la Commissione precisa che i

44 — Citata supra alla nota 11.

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»<sup>45</sup>.

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 Peerboms 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 tratta-

<sup>45</sup> — Sentenza Müller-Fauré (punto 90). V. inoltre, sentenza Smits e Peerboms (punto 104), ambedue citate supra alla nota 2.

mento 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<sup>46</sup>, 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»<sup>47</sup>. 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<sup>48</sup>. 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 acquisito 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

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).

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 mem-

bro 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<sup>49</sup> se l'autorizzazione fosse stata debitamente concessa sin dall'inizio<sup>50</sup>, 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<sup>51</sup>.

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.

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<sup>52</sup>. 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.

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

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'analoga possibilità di rimborso dev'essere prevista, alle stesse condizioni ed in uguale misura, in relazione ad un trattamento in un altro Stato membro<sup>53</sup>.

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

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

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 compe-

tenti 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<sup>54</sup>. 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

<sup>54</sup> — Sentenze Kohll (punto 41), Smits e Peerbooms (punto 72), e Müller-Fauré (punti 72-73), citate supra alla nota 2.

sanitari e assistenza medica ai sensi dell'art. 152, n. 5, CE.

denza 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.

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 giurispru-

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.