

Causa C-636/19**Sintesi della domanda di pronuncia pregiudiziale ai sensi dell'articolo 98, paragrafo 1, del regolamento di procedura della Corte di giustizia****Data di deposito:**

26 agosto 2019

Giudice del rinvio:

Centrale Raad van Beroep (Paesi Bassi)

Data della decisione di rinvio:

22 agosto 2019

Ricorrente:

Y

Resistente:

CAK

Oggetto del procedimento principale

Il procedimento principale verte su una domanda di rimborso di spese di cure mediche ricevute in Germania da una pensionata originaria dei Paesi Bassi ma residente in Belgio.

Oggetto e fondamento giuridico della domanda di pronuncia pregiudiziale

La presente domanda di pronuncia pregiudiziale, presentata in forza dell'articolo 267 TFUE, verte sulla questione se pensionati non residenti nei Paesi Bassi, che hanno diritto a prestazioni in natura per conto dei Paesi Bassi sulla base dell'articolo 24 del regolamento n. 883/2004, possano invocare la direttiva 2011/24/UE.

Questioni pregiudiziali

- 1) Se la direttiva 2011/24/UE debba essere interpretata in senso che le persone di cui all'articolo 24 del regolamento (CE) n. 883/2004, che nel paese di residenza ricevono prestazioni per conto dei Paesi Bassi, ma che nei Paesi Bassi non sono assicurate in forza dell'assicurazione sanitaria obbligatoria,

possono invocare direttamente detta direttiva ai fini del rimborso di spese inerenti a prestazioni sanitarie fruite.

In caso negativo,

- 2) Se dall'articolo 56 TFUE discenda che, in un caso come quello in esame, la mancata concessione di un rimborso di spese inerenti a prestazioni sanitarie, fruite in uno Stato membro diverso da quello di residenza o di erogazione della pensione, costituisca un ostacolo ingiustificato alla libera circolazione dei servizi.

Disposizioni di diritto dell'Unione invocate

Regolamento (CE) n. 883/2004, del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (GU 2004, L 166, pag. 1), segnatamente articoli 1, lettera c); 19, paragrafo 1; 20, paragrafi 1 e 2; 27, paragrafo 1; 27, paragrafi da 3 a 5.

Regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (GU 2009, L 284, pag. 42), segnatamente articoli 25, paragrafi da 1 a 3, 26, paragrafi 1 e 2.

Decisione S1, del 12 giugno 2009, riguardante la tessera europea di assicurazione malattia (GU 2010, C 106, pag. 23).

Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera (GU 2011, L 88, pag. 45), segnatamente articoli 3, parte iniziale e lettera b), punto i; 3, parte iniziale e lettera c), punto i; 7, paragrafo 1; 8, paragrafi 1 e 2.

Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, articolo 56.

Disposizioni di diritto nazionale invocate

Nessuna

Breve esposizione dei fatti e del procedimento principale

- 1 Nel 2015, quando sono avvenuti i fatti di cui al procedimento principale, la ricorrente risiedeva in Belgio e riceveva una pensione di vecchiaia dai Paesi Bassi. In forza dell'articolo 24 del regolamento n. 883/2004 essa aveva diritto a assistenza sanitaria in Belgio a carico dei Paesi Bassi. A tal fine essa versava il contributo di assicurazione malattia nei Paesi Bassi.

- 2 Dopo un consulto con un medico di base in Belgio e un esame medico nei Paesi Bassi la ricorrente voleva richiedere un secondo parere in un ospedale tedesco.
- 3 Per questa prestazione medica in Germania il coniuge della ricorrente ha preso contatto con il resistente CAK. Il CAK è un organo amministrativo dei Paesi Bassi che dà esecuzione a molte normative nel settore medico, tra cui il rimborso di spese mediche sostenute da «aventi diritto in base a una convenzione» («verdragsgerechtigden»). Con questa espressione sono indicate persone non assicurate nei Paesi Bassi che 1) risiedono in un paese con il quale i Paesi Bassi hanno stipulato una convenzione sull'assistenza medica (paesi UE/SEE e alcuni altri paesi) e 2) percepiscono una pensione o un'indennità erogata dai Paesi Bassi. Dette persone pagano il contributo di assicurazione malattia al CAK e possono dunque iscriversi presso una cassa di assicurazione malattia nel loro paese di residenza.
- 4 Nella presente causa, il CAK ha ricordato alla ricorrente che per fruire di un'assistenza medica fuori dal Belgio o dai Paesi Bassi occorre anzitutto chiedere l'autorizzazione al CAK, attraverso la cassa di assicurazione malattia presso il quale essa si è iscritta. Solo una volta ottenuta detta autorizzazione preventiva il CAK rimborsa la prestazione.
- 5 Nel frattempo nei Paesi Bassi è stato accertato che la ricorrente soffriva di tumore al seno. Essa ha richiesto un secondo parere medico in Germania senza aver avuto la relativa autorizzazione. Da detto secondo parere è emerso che la malattia della ricorrente era più grave di quanto constatato nei Paesi Bassi. Il 20 marzo 2015 essa si è sottoposta ad un'operazione al seno in Germania, seguita da nuove cure tra cui la radioterapia nei mesi da aprile a giugno.
- 6 Intanto, in data 19 marzo 2015 il CAK aveva ricevuto dalla cassa di assicurazione malattia belga della ricorrente la domanda di autorizzazione per il secondo parere medico. Questa è stata negata in quanto l'autorizzazione non poteva essere rilasciata a posteriori. Per le rimanenti prestazioni non è mai stata richiesta alcuna autorizzazione. Per questo motivo, il CAK ha rifiutato di rimborsare l'intero trattamento per un importo di EUR 16 853,13. L'opposizione della ricorrente è stata respinta, come anche il suo ricorso dinanzi al rechtbank Amsterdam (tribunale di Amsterdam, Paesi Bassi). La ricorrente ha quindi presentato impugnazione dinanzi al Centrale Raad van Beroep (Corte d'appello in materia di previdenza sociale e di funzione pubblica, Paesi Bassi).

Argomenti essenziali delle parti nel procedimento principale

- 7 Secondo la ricorrente, ad eccezione del secondo parere medico, i trattamenti in Germania configuravano «prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora», ai sensi dell'articolo 19, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004. Si trattava infatti di un'operazione urgente non programmata che doveva essere effettuata quando è risultata la gravità della sua forma di tumore al seno. La situazione medica era tanto urgente che non ci si

potrebbe ragionevolmente attendere da lei che tornasse nei Paesi Bassi o in Belgio per un trattamento. Non ci si poteva neppure attendere che essa chiedesse preventivamente un'autorizzazione in questa situazione stressante. Atteso che si trovava già in Germania per il secondo parere medico, in forza del citato articolo la ricorrente aveva diritto di ricevere la suddetta assistenza.

- 8 Inoltre, essa ha invocato la direttiva 2011/24 (in prosieguo: la «direttiva sui diritti dei pazienti»). Ai sensi dell'articolo 8, paragrafo 2, parte iniziale e lettera a), ii), di detta direttiva, l'assistenza sanitaria che non comporta il ricovero del paziente in ospedale per almeno una notte può essere soggetta ad autorizzazione preventiva solo se richiede «l'utilizzo di un'infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose». L'assistenza medica post-operatoria, come la radioterapia effettuata tra il 14 aprile e il 24 giugno 2015, non rientra nell'ambito di applicazione della disposizione in questione, cosicché non si poteva esigere un'autorizzazione preventiva.
- 9 Secondo il CAK, non si trattava di prestazioni in natura che si sono rese necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora in Germania. Dopo il secondo parere medico la ricorrente aveva ancora la possibilità di chiedere un'autorizzazione preventiva per l'assistenza sanitaria in Germania, che è stata prestata solo una settimana più tardi. La circostanza che la ricorrente si trovasse in una situazione stressante non cambia nulla a tal riguardo. Inoltre essa sapeva che era richiesta un'autorizzazione preventiva.
- 10 Ad avviso del CAK, la direttiva sui diritti dei pazienti non trova applicazione per quanto riguarda la ricorrente. Essa non è una persona assicurata ai sensi dell'articolo 3, parte iniziale e lettera b) di detta direttiva, in quanto non soddisfa le condizioni fissate dalla normativa dei Paesi Bassi per il diritto alle prestazioni. A prescindere da ciò la radioterapia deve essere considerata come assistenza sanitaria soggetta a esigenze di pianificazione, ai sensi dell'articolo 8, paragrafo 2, parte iniziale e lettera a), ii), della direttiva sui diritti dei pazienti. Ne consegue che anche per la radioterapia può essere richiesta un'autorizzazione preventiva.

Breve esposizione della motivazione del rinvio

- 11 Il giudice del rinvio rileva che la fattispecie oggetto del procedimento principale verte su due questioni tra loro connesse. In primo luogo, si tratta della questione se in base al regolamento n. 883/2004 si potesse esigere un'autorizzazione preventiva per l'assistenza sanitaria in Germania. Al riguardo è importante se si trattasse di assistenza pianificata o non pianificata. In secondo luogo, la ricorrente ha invocato la direttiva sui diritti dei pazienti. In forza di detta direttiva, per alcune cure mediche della ricorrente l'autorizzazione potrebbe non essere affatto necessaria. Occorre tuttavia chiedersi se la direttiva in parola sia applicabile alla ricorrente. Quest'ultimo punto costituisce l'essenza del rinvio pregiudiziale.
- 12 Il giudice del rinvio ritiene, come il CAK e il rechtbank, che non si trattasse di un'assistenza non pianificata che il CAK deve rimborsare senza autorizzazione

preventiva, in forza dell'articolo 19, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004. Inizialmente, la ricorrente si trovava in Germania soltanto per il secondo parere medico. Essa non ha dunque dovuto interrompere anticipatamente il suo soggiorno in Germania per ricevere assistenza medica in Belgio o nei Paesi Bassi. Inoltre, l'intervallo di una settimana decorso tra il secondo parere e la prima operazione non evidenzia un'estrema urgenza della situazione. L'assistenza medica per cui si chiede un rimborso nel presente procedimento configura dunque un'assistenza pianificata, ai sensi dell'articolo 20 del regolamento n. 883/2004, per la quale si può esigere l'autorizzazione ivi menzionata.

- 13 Secondo l'articolo 8, paragrafo 2, lettera a), della direttiva sui diritti dei pazienti, in caso di assistenza sanitaria transfrontaliera si può chiedere autorizzazione solo in un limitato numero di casi, per assistenza soggetta a esigenze di pianificazione. Ciò vale unicamente per l'assistenza che comporta il ricovero del paziente in ospedale per almeno una notte o per l'assistenza che richiede l'utilizzo di un'infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose.
- 14 Il CAK sostiene che la direttiva sui diritti dei pazienti non è applicabile agli «aventi diritto in base a una convenzione» che ricevono assistenza fuori dal paese di residenza e/o dal paese che eroga la pensione. Ai sensi dell'articolo 3, parte iniziale e lettera b), i), della direttiva sui diritti dei pazienti, la direttiva in parola è applicabile solo a «persone assicurate», come definite all'articolo 1, lettera c), del regolamento n. 883/2004. Secondo il CAK, si tratta di persone assicurate in forza dell'assicurazione sanitaria nazionale obbligatoria. Gli «aventi diritto in base a una convenzione», ai quali spettano prestazioni in forza del regolamento n. 883/2004, non rientrano in questa definizione.
- 15 Secondo il giudice del rinvio non si può rispondere senza ragionevoli dubbi alla questione se la ricorrente rientri nell'ambito di applicazione personale della direttiva sui diritti dei pazienti. Non è chiaro come debba essere interpretata la nozione di «persona assicurata», di cui all'articolo 1, lettera c), del regolamento n. 883/2004. Ai fini di prestazioni mediche come quelle di cui trattasi nel caso di specie, in quest'ultima disposizione per «persona assicurata» si intende «qualsiasi persona che soddisfa i requisiti previsti dalla legislazione dello Stato membro competente ai sensi del titolo II per avere diritto alle prestazioni, tenuto conto delle disposizioni del presente regolamento».
- 16 Come ripetutamente confermato dalla Corte di giustizia dell'Unione europea (in prosieguo: la «Corte»), il titolo III, capitolo 1, del regolamento n. 883/2004, contiene criteri speciali di collegamento che, in taluni casi, derogano dalle norme generali di cui al titolo II, atti a determinare l'ente incaricato dell'erogazione delle prestazioni contemplate nei relativi articoli, nonché la legislazione da applicarsi (v. ad esempio, sentenza del 14 ottobre 2010, Van Delft e a., C-345/09, EU:C:2010:610, punti 38 e 48). Vale il principio che le persone assicurate, i pensionati e i loro familiari possano ricevere assistenza medica nello Stato membro in cui risiedono. Detto Stato membro presta l'assistenza secondo la sua

normativa. Le spese dell'assistenza medica sono a carico dello Stato membro competente.

- 17 Il capitolo 1 del titolo III del regolamento n. 883/2004, alla sezione 1, contiene disposizioni sulle persone assicurate e alla sezione 2 disposizioni sui titolari di pensioni. In detto regolamento si opera dunque una distinzione tra persone assicurate e pensionati, sebbene taluni articoli relativi alle persone assicurate siano dichiarati applicabili per analogia ai pensionati. In tale contesto si può fare riferimento all'articolo 27, paragrafo 3, che dispone che l'articolo 20 si applica mutatis mutandis al pensionato e/o ai suoi familiari. Al giudice del rinvio non è del tutto chiaro se con questa applicazione per analogia si intenda equiparare i pensionati alle persone assicurate come nel caso di specie. In caso affermativo nella nozione di «persona assicurata», di cui all'articolo 1, lettera c), del regolamento n. 883/2004, si dovrebbe ricomprendere anche il pensionato, di cui al titolo III, capitolo 1, sezione 2.
- 18 Il giudice del rinvio dubita anche sotto un altro profilo della correttezza della tesi del CAK, secondo la quale la nozione di «assicurato» può riferirsi soltanto alle persone assicurate per l'assistenza medica in forza del diritto dei Paesi Bassi. A tal fine, esso rinvia alla giurisprudenza della Corte (ad esempio alla citata sentenza Van Delft e a. e alla sentenza del 4 giugno 2015, Fischer-Lintjens, EU:C:2015:359, C-543/13), in cui un «avente diritto in base a una convenzione», come la ricorrente, viene definito «assicurato sociale». Per tale motivo si potrebbe presumere che la nozione di «persona assicurata», di cui al regolamento n. 883/2004, ha un significato più ampio di una persona assicurata in forza del diritto nazionale.
- 19 A favore di un'interpretazione più ampia di quella proposta dal CAK depone anche la definizione di «Stato membro di affiliazione», di cui all'articolo 3, lettera c), i), della direttiva sui diritti dei pazienti, ai sensi della quale, per le persone di cui alla lettera b), punto i), lo Stato membro di affiliazione è lo Stato membro competente a concedere alla persona assicurata un'autorizzazione preventiva a ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato membro di residenza, ai sensi del regolamento (CE) n. 883/2004 e del regolamento (CE) n. 987/2009. Anche l'articolo 7 della direttiva sui diritti dei pazienti sembra indicare che detta direttiva può trovare applicazione anche nei confronti dei pensionati «aventi diritto in base a una convenzione».
- 20 Più in generale il giudice del rinvio, diversamente dal CAK, non rinviene alcuna evidente giustificazione per escludere gli «aventi diritto in base a una convenzione» dalla direttiva sui diritti dei pazienti. L'obiettivo della direttiva è infatti quello di abolire il più possibile gli ostacoli al ricorso all'assistenza sanitaria transfrontaliera e di facilitare dunque la libera circolazione dei pazienti all'interno dell'Unione europea. A tal fine, nella direttiva viene delineato un sistema per il rimborso delle spese mediche fondato sui principi della libera circolazione e costruito sui principi elaborati della Corte. In diverse sentenze la Corte ha riconosciuto il diritto al rimborso delle spese dell'assistenza medica

prestata in un altro Stato membro dal sistema di previdenza sociale presso il quale i pazienti sono assicurati. Inoltre la libera prestazione dei servizi implica la libertà dei beneficiari dei servizi, tra cui coloro che necessitano di cure mediche, di recarsi a tal fine in un altro Stato membro.

- 21 Come emerge dal considerando 29 della direttiva sui diritti dei pazienti, anche i pazienti che si recano in un altro Stato membro per ricevere cure sanitarie in circostanze diverse da quelle previste nel regolamento (CE) n. 883/2004 devono poter beneficiare dei principi della libera circolazione dei pazienti, dei servizi o delle merci, conformemente al TFUE e alla direttiva stessa. Il considerando 30 indica che i due sistemi devono essere «coerenti» per i pazienti, che sia applicabile la direttiva, o i regolamenti n. 883/2004 e n. 987/2009. A giudizio del giudice del rinvio con la direttiva non si è inteso negare ai pensionati «aventi diritto in base a una convenzione» la tutela per l'assistenza sanitaria transfrontaliera.
- 22 Inoltre, anche se la giurisprudenza della Corte in materia di libera circolazione dei servizi in caso di assistenza sanitaria transfrontaliera, per quanto noto al giudice del rinvio, riguarda persone che erano effettivamente assicurate nello Stato membro di affiliazione, detto giudice non è convinto che la giurisprudenza in parola debba essere disapplicata nei confronti di pensionati «aventi diritto in base a una convenzione».
- 23 Qualora la Corte riconosca la correttezza di questo giudizio e la direttiva sui diritti dei pazienti sia dunque applicabile, secondo il giudice del rinvio per la radioterapia e la cura post-operatoria non sarebbe stata necessaria alcuna autorizzazione. Esso constata infatti che l'articolo 8, paragrafo 2, lettera a), della direttiva sui diritti dei pazienti non riguarda l'assistenza in parola.
- 24 Qualora la Corte dichiarasse che la ricorrente non rientra nell'ambito di applicazione personale della direttiva sui diritti dei pazienti, si pone la questione se l'articolo 56 TFUE, anche in considerazione del principio di proporzionalità, osti alla restrizione subita da un «avente diritto in base a una convenzione» che riceva assistenza sanitaria transfrontaliera al di fuori del paese di residenza e di erogazione della pensione. Occorre anche chiedersi se detto articolo osti alla restrizione subita dai prestatori di servizi che prestano assistenza medica transfrontaliera agli «aventi diritto in base a una convenzione». La restrizione subita dalla ricorrente è una diretta conseguenza del fatto che essa si è stabilita fuori dai Paesi Bassi e percepisce una pensione erogata dai Paesi Bassi e che i Paesi Bassi, come paese erogatore della pensione, non riconoscono alcun rimborso agli «aventi diritto in base a una convenzione» per l'assistenza sanitaria transfrontaliera prestata al di fuori del paese di residenza o di erogazione della pensione che non comporta ricovero in ospedale, salvo in caso di un'autorizzazione preventiva. Persone che sono assicurate per le spese mediche nei Paesi Bassi secondo il diritto nazionale ricevono sovente un rimborso per siffatta assistenza transfrontaliera, a seconda delle specifiche condizioni di assicurazione dei vari assicuratori.

- 25 Secondo il giudice del rinvio non esiste alcuna giustificazione per la restrizione descritta. Non è stato sostenuto né dimostrato che tale restrizione sia necessaria per assicurare l'equilibrio finanziario del sistema sanitario dei Paesi Bassi. La ricorrente versa un contributo ai Paesi Bassi per l'assistenza sanitaria che può ricevere come «avente diritto in base a una convenzione». Se l'assistenza fosse stata ricevuta nei Paesi Bassi, essa sarebbe stata rimborsata. Inoltre, lo Stato olandese avrebbe dovuto farsi carico delle spese per le sue cure anche se essa avesse ricevuto le stesse cure in Belgio.

DOCUMENTO DI LAVORO