

Causa C-489/23**Sintesi della domanda di pronuncia pregiudiziale ai sensi dell'articolo 98, paragrafo 1, del regolamento di procedura della Corte di giustizia****Data di deposito:**

1° agosto 2023

Giudice del rinvio:

Înalta Curte de Casație și Justiție (Romania)

Data della decisione di rinvio:

27 marzo 2023

Ricorrente in primo grado e per cassazione:

AF

Resistenti in primo grado e per cassazione:

Guvernul României

Ministerul Sănătății

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș

Oggetto del procedimento principale

Ricorso proposto dal ricorrente AF nei confronti del Guvernul României (governo rumeno), del Ministerul Sănătății (Ministero della Salute, Romania) e della Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Mureș (Cassa distrettuale di assicurazione malattia di Mureș, Romania) (in prosieguo anche: la «CJAS»), contro la sentenza in materia civile del 30 dicembre 2019 con cui la Curtea de Apel Târgu Mureș (Corte d'appello di Târgu Mureș, Romania) ha respinto la sua azione avente come oggetto l'annullamento di alcune disposizioni della Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 (decisione del governo n. 304/2014), l'annullamento delle decisioni di rifiuto del rimborso e il rimborso dell'importo di EUR 13 069, che costituisce il corrispettivo, pagato da AF, dei servizi sanitari di cui ha beneficiato presso una clinica in Germania.

Oggetto e fondamento giuridico del rinvio pregiudiziale

Si chiede, sulla base dell'articolo 267 TFUE, l'interpretazione degli articoli 49 e 56 TFUE, dell'articolo 7, paragrafo 7, della direttiva 2011/24/UE, dell'articolo 22, paragrafo 1, lettera c), del regolamento (CEE) n. 1408/71, nonché del principio di libera circolazione dei pazienti e dei servizi, del principio di efficienza e del principio di proporzionalità.

Questioni pregiudiziali

1. Se l'articolo 49 e l'articolo 56 TFUE e l'articolo 7, paragrafo 7, della direttiva 2011/24/UE debbano essere interpretati nel senso che ostano ad una normativa che subordina in modo automatico il rimborso delle spese effettuate dalla persona assicurata obbligatoriamente nello Stato membro di residenza ad una valutazione medica effettuata da parte di un professionista sanitario che presta servizi sanitari nel sistema di assicurazione malattia di tale Stato e all'emissione successiva di una richiesta di ricovero da parte di tale professionista, senza che sia consentito presentare documenti medici equivalenti rilasciati da strutture mediche della sanità privata, anche nella situazione in cui il ricovero è avvenuto e il servizio sanitario è stato prestato in uno Stato membro diverso da quello di residenza dell'assicurato.

2. Se l'articolo 49 e l'articolo 56 TFUE, l'articolo 22, paragrafo 1, lettera c), del regolamento n. 1408/71, i principi di libera circolazione dei pazienti e dei servizi, nonché il principio di efficienza e il principio di proporzionalità debbano essere interpretati nel senso che ostano ad una normativa nazionale che, nel caso in cui non sia ottenuta l'autorizzazione preventiva, stabilisce l'ammontare dei servizi che devono essere liquidati al livello dei costi che avrebbero dovuto essere sostenuti dallo Stato membro di residenza, qualora l'assistenza medica fosse stata fornita nel suo territorio, per mezzo di una formula di calcolo che limita l'ammontare di tale indennità in modo significativo rispetto ai costi effettivamente sostenuti dall'assicurato nello Stato membro che ha fornito i servizi sanitari in discussione.

Disposizioni nazionali e giurisprudenza nazionale citate

Articoli 49 e 56 TFUE

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; articolo 7

Regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità; articolo 22

Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale; articoli 1 e 2

Sentenza del 9 ottobre 2014, Petru (C-268/13), ordinanza dell'11 luglio 2013, Luca (C-430/12), sentenza del 12 luglio 2001, Vanbraekel e altri (C-368/98), sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09), sentenza del 16 maggio 2006, Watts (C-372/04), sentenza del 25 febbraio 2003, IKA (C-326/00), sentenza del 12 aprile 2005, Keller (C-145/03), sentenza del 15 giugno 2010, Commissione/Spagna (C-211/08), sentenza del 12 luglio 2001, Smits e Peerbooms (C-157/99), sentenza del 13 maggio 2003, Müller-Fauré e van Riet (C-385/99), sentenza del 19 aprile 2007, Stamatelaki (C-444/05), sentenza del 6 ottobre 2021, Casa Națională de Asigurări de Sănătate e Casa de Asigurări de Sănătate Constanța (C-538/19) e sentenza del 29 ottobre 2020, Veselības ministrija (C-243/19)

Disposizioni nazionali fatte valere

Hotărârea Guvernului nr. 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră (decisione del governo n. 304/2014, per l'approvazione delle norme metodologiche relative all'assistenza sanitaria transfrontaliera):

- l'articolo 3, paragrafo (1), lettera b), punto (i), delle norme metodologiche contenute nell'allegato alla decisione del governo, secondo le quali, su richiesta scritta dell'assicurato, corredata da documenti giustificativi, la cassa di assicurazione malattia rimborsa il corrispettivo dell'assistenza sanitaria transfrontaliera fornita nel territorio di uno Stato membro dell'Unione europea e pagato dall'assicurato a condizione che, fra l'altro, detta assistenza sanitaria fosse stata fornita a seguito di una valutazione medica effettuata da parte di un professionista sanitario che presta servizi sanitari nel sistema di assicurazione malattia della Romania, conclusa con l'emissione di una richiesta di ricovero;

- l'articolo 3, paragrafo (2), delle norme metodologiche, che stabilisce in sostanza che con i documenti giustificativi previsti al paragrafo (1) si intende qualsiasi documento medico, inclusa la richiesta di ricovero, dai quali risulti che l'assicurato ha beneficiato di servizi sanitari, [documento che deve essere] datato e sottoscritto dal professionista sanitario che l'ha rilasciato, nonché i documenti relativi al pagamento dai quali risulti che i servizi sanitari sono stati integralmente pagati dall'assicurato;

- l'articolo 3, paragrafo (4), delle norme metodologiche, secondo cui, se sono rispettate le previsioni del paragrafo (3), la cassa di assicurazione malattia redige la nota di calcolo relativa al rimborso del corrispettivo dell'assistenza sanitaria transfrontaliera utilizzando il modello di nota di calcolo previsto all'allegato n. 3;

- l'articolo 4 delle norme metodologiche, secondo cui, in sostanza, il rimborso del corrispettivo dell'assistenza sanitaria transfrontaliera previsto all'articolo 3, paragrafo (1), si effettua al livello dei costi liquidati per i servizi sanitari forniti nel territorio della Romania.

Ordinul Ministerului Sănătății și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019 (decreto del Ministero della Salute e della Casa Națională de Asigurări de Sănătate n. 397/836/2018, relativo all'approvazione delle norme metodologiche di applicazione nel 2018 della decisione del governo n. 140/2018 per l'approvazione delle offerte di servizi e del contratto quadro che disciplina le condizioni della prestazione di assistenza sanitaria, di medicinali e di dispositivi medici nell'ambito del sistema di assicurazione malattia per gli anni 2018-2019)

Breve illustrazione dei fatti e del procedimento principale

- 1 In data 8 marzo 2018, ad AF è stato diagnosticato un adenocarcinoma alla prostata, come risulta dalla lettera medica rilasciata dalla Clinica de Urologie și Andrologie Endoplus (Clinica di urologia e andrologia Endoplus) di Cluj-Napoca (Romania), in conformità della quale è stata raccomandata una prostatectomia radicale da effettuare in laparoscopia tradizionale o con chirurgia robotica.
- 2 AF è stato informato che esiste la possibilità di effettuare un intervento chirurgico con il robot DaVinci (Robot-assisted radical prostatectomy), intervento che presenta benefici per la salute e il successivo recupero del paziente rispetto all'intervento di prostatectomia radicale classica, e la raccomandazione del medico è stata in tal senso. Inoltre, AF è stato informato che un robot DaVinci si trova nell'ospedale pubblico di Cluj-Napoca (Romania), il quale, tuttavia, non era funzionante perché, a tale data, non erano stati acquistati i materiali consumabili necessari al suo funzionamento, quindi, per questo motivo, è stato detto ad AF che esisteva la possibilità di effettuare l'intervento in discussione in regime di sanità privata, presso una clinica di Brașov (Romania), con un costo approssimativo pari a EUR 13 000.
- 3 Poiché erano già trascorsi circa 4 mesi da quando era stata stabilita la diagnosi, AF ha deciso di sottoporsi al trattamento con gli stessi costi nell'ambito di un centro con grande esperienza, dedicato esclusivamente alla patologia in discussione, presso un ospedale in Germania.
- 4 Al fine dello svolgimento del trattamento all'estero, AF ha indirizzato alla CJAS una domanda di rilascio del modello E 112, ai sensi del regolamento n. 1408/71, ma la sua domanda non è stata ricevuta.

- 5 Parallelamamente alla suddetta procedura, a seguito della corrispondenza tenuta con la clinica in Germania, ad AF è stata offerta la possibilità di beneficiare dell'intervento chirurgico in discussione il 9 maggio 2018, dal momento che un altro paziente aveva annullato la sua prenotazione per tale data. In caso contrario, AF avrebbe dovuto aspettare ancora circa 8 settimane dopo aver ricevuto l'approvazione della CJAS al fine di organizzare una nuova programmazione [dell'intervento].
- 6 Per prenotare la data del 9 maggio 2018 al fine di sottoporsi all'intervento, AF ha effettuato il pagamento dello stesso il 24 aprile 2018. L'intervento chirurgico ha avuto luogo alla data programmata, in Germania, e il ricovero è stato fissato per il periodo dal 9 maggio 2018 al 14 maggio 2018.
- 7 Successivamente al suddetto pagamento, e tenuto conto del rifiuto della CJAS di ricevere la sua domanda, AF ha deciso di anticipare la domanda alla CJAS per mezzo del servizio postale, con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, e il 17 maggio 2018 gli è stato comunicato che la sua domanda non era redatta con il formulario-tipo e che non conteneva tutti i documenti necessari.
- 8 Al suo ritorno in Romania, AF ha chiesto alla CJAS il pagamento dell'importo versato in Germania, invocando il regolamento n. 1408/71 e la sentenza Elchinov.
- 9 Oltre a respingere la richiesta di pagamento, la CJAS ha affermato che il rilascio del modello E 112 avviene prima della partenza della persona beneficiaria e che, al fine della restituzione dell'importo, dovrebbe essere seguita la procedura prevista dalla decisione del governo n. 304/2014
- 10 AF sostiene di aver seguito tale procedura, tuttavia senza successo. Quindi, il 5 settembre 2018, AF ha chiesto alla CJAS la restituzione dell'importo di EUR 13 069, che costituisce il corrispettivo dei servizi sanitari pagati alla clinica in Germania, e al contempo ha presentato tutti i documenti necessari, ad eccezione della richiesta di ricovero emessa da un professionista sanitario che presta servizi sanitari nel sistema di assicurazione malattia della Romania.
- 11 Il 1° ottobre 2018, tale domanda è stata respinta con la motivazione che non aveva fornito la prova di una valutazione medica effettuata in Romania, conclusa con una richiesta di ricovero.
- 12 In tale contesto, AF ha proposto alla Curtea de Apel Târgu Mureș (Corte d'appello di Târgu Mureș, Romania) un'azione con cui ha chiesto l'annullamento delle disposizioni che riguardano le condizioni di rimborso del corrispettivo dei servizi sanitari e di quelle concernenti la modalità di calcolo relativamente al rimborso del corrispettivo dell'assistenza sanitaria di cui alle norme metodologiche, nonché l'annullamento delle decisioni di rifiuto, con la conseguenza della restituzione dell'importo di EUR 13 069, che costituisce il corrispettivo dei servizi sanitari pagati in Germania.

- 13 Nella motivazione della sua azione, AF ha affermato che le disposizioni impugnate costituiscono una trasposizione errata della direttiva 2011/24, dal momento che esse violano il principio del primato del diritto dell'Unione, più precisamente l'articolo 56 TFUE e il regolamento 1408/71, come interpretati dalla Corte nella sentenza Elchinov, nonché il regolamento n. 883/2004, considerato che escludono, in qualsiasi caso, il rimborso delle spese effettuate in relazione alle cure ospedaliere prestate senza autorizzazione preventiva in un altro Stato membro.
- 14 AF ha sostenuto che la sua domanda di rimborso è stata respinta illegittimamente, che soddisfaceva le condizioni di concessione del modello E 112 e che la circostanza che il trattamento e il pagamento dei servizi siano stati effettuati prima che la resistente esaminasse la sua domanda di concessione del modulo non poteva avere l'effetto di far venire meno il suo diritto soggettivo.
- 15 A seguito del rigetto di tale azione, AF ha proposto ricorso dinanzi al giudice del rinvio, l'Înalta Curte de Casație și Justiție (Alta Corte di cassazione e di giustizia, Romania), che ha deciso di sottoporre alla Corte una domanda di pronuncia pregiudiziale.

Argomenti essenziali delle parti nel procedimento principale

- 16 AF chiede il rinvio pregiudiziale alla Corte di giustizia, poiché a suo avviso la normativa nazionale impone condizioni che non sono previste dal testo della direttiva e che è impossibile realizzare in concreto. Inoltre, anche se, al fine della liquidazione di un servizio sanitario concesso nel territorio della Romania, è necessario fornire la prova di una richiesta di ricovero, una condizione del genere è incompatibile con il diritto riconosciuto dalla direttiva, perché, nel caso in cui il trattamento sia effettuato in un altro Stato membro, non si pone più il problema di una richiesta di ricovero, dal momento che è necessaria soltanto una valutazione medica effettuata da un medico specialista. Inoltre, sebbene il diritto dell'Unione riconosca la possibilità per lo Stato membro di limitare l'importo liquidato, la modalità con cui la normativa nazionale lo fa viola il principio di proporzionalità, e in tal modo pregiudica l'essenza del diritto del paziente.
- 17 La CJAS è contraria al rinvio pregiudiziale alla Corte, poiché considera che l'interpretazione richiesta da AF non presenterebbe un elemento di novità. Essa fa riferimento in tal senso alla sentenza Petru e all'ordinanza Luca.
- 18 Per quanto riguarda l'interpretazione dell'articolo 7, paragrafo 2, della direttiva 2011/24, sotto il profilo della possibilità dello Stato di origine del paziente di subordinare il rimborso successivo del corrispettivo del servizio sanitario transfrontaliero ad una valutazione medica concretizzata in modo tassativo in una richiesta di ricovero, escludendo qualsiasi altro tipo di documento medico che dimostri la valutazione, la CJAS afferma che, nell'interpretare il regolamento n. 1408/71, la Corte ha pronunciato molte decisioni, nelle quali effettua una distinzione fra le cure ospedaliere programmate (sentenza Vanbraekel e altri,

sentenza Petru, sentenza Elchinov e sentenza Watts) e le cure ospedaliere non programmate (sentenza IKA, sentenza Keller e sentenza Commissione/Spagna). Con riguardo al requisito dell'autorizzazione preventiva – nella misura in cui quest'ultima è giustificata dalla necessità di garantire un accesso sufficiente e continuo ad una serie equilibrata di cure mediche di qualità nello Stato in discussione, di garantire il controllo dei costi e di evitare lo spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane – la Corte si è pronunciata nella sentenza Smits e Peerbooms, nella sentenza Müller Fauré e van Riet, nella sentenza Stamatelaki e nella sentenza Vanbraekel e altri.

Breve illustrazione della motivazione del rinvio pregiudiziale

- 19 Il giudice del rinvio afferma che, per decidere nel ricorso dinanzi ad esso pendente proposto da AF, dovrà pronunciare una sentenza definitiva, che, secondo il diritto nazionale, non è ulteriormente impugnabile, ai sensi dell'articolo 267 TFUE.
- 20 Suddetto giudice sostiene, da un lato, che, sebbene il tentativo di AF di presentare all'inizio del mese di aprile una domanda per ottenere il modello E 112 costituisca un fatto provato, il rifiuto di registrare tale domanda non è rilevante, perché nella fattispecie in esame è in discussione la legittimità di atti amministrativi emessi dopo la data in cui si è svolto l'intervento sanitario transfrontaliero e sono stati pagati i costi ad esso relativi.
- 21 Per quanto riguarda il motivo di ricorso relativo all'inclusione del trattamento sanitario cui è stato sottoposto AF nell'offerta di servizi di base liquidati dal Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (Fondo nazionale unico di previdenza sociale, Romania; in prosieguo: il «fondo nazionale») previsto dal decreto n. 397/836/2018, il giudice del rinvio afferma che, senza poter pronunciarsi con certezza su tale aspetto di legittimità in questa fase del procedimento, dalle sue ricerche risultano elementi che appaiono contraddire le posizioni della CJAS, accettate dalla Curtea de Apel (Corte d'appello, Romania), secondo le quali l'intervento medico cui è stato sottoposto AF non sarebbe compreso nell'offerta di servizi di base liquidati da detto fondo. Alla base di tale constatazione del giudice del rinvio vi è, fra gli altri, il fatto che l'elenco contenuto nel decreto summenzionato rappresenta, conformemente a quanto affermato proprio dai resistenti in primo grado e per cassazione (in prosieguo: i «resistenti»), un elenco di gruppi di diagnosi e che *il metodo o la tecnica medica di trattamento non sono menzionati in quanto tali nella normativa nazionale* che disciplina la concessione di assistenza sanitaria nell'ambito del sistema di assicurazione sanitaria della Romania.
- 22 Il giudice del rinvio ritiene che si debba prendere in considerazione, al fine di decidere su tale aspetto, anche il punto 3 del dispositivo della sentenza Elchinov e il considerando 34 della direttiva 2011/24.
- 23 Nell'ipotesi in cui, a seguito della decisione su tale motivo di ricorso, si dovesse considerare che il trattamento sanitario al quale si è sottoposto AF è incluso

nell’offerta di servizi di base liquidati dal fondo nazionale dello Stato rumeno, allora le questioni [pregiudiziali] hanno un collegamento con la soluzione della causa.

- 24 **La prima questione** presentata riguarda (i) la condizione che sia stata effettuata una valutazione esclusivamente da parte di un medico del sistema sanitario dello Stato (e non da parte della sanità privata dello Stato di cui si tratta) e (ii) la condizione formale che sia stata emessa una richiesta di ricovero da parte dello Stato da cui il paziente proviene, anche se il servizio è prestato in un altro Stato membro.
- 25 Nell’analisi della prima questione, riguardo alla quale i resistenti hanno sostenuto che essa è consentita dall’articolo 7, paragrafo 7, della direttiva 2011/24, il giudice del rinvio innanzitutto ricorda quanto statuito dalla Corte ai punti 23, 30 e 34-37 della sentenza *Stamatelaki* e constata che l’imposizione di tale condizione formale, in qualsiasi caso, senza una giustificazione oggettiva o sussunta in un determinato tipo di valutazione critica della qualità del documento medico appare essere sproporzionata rispetto all’obiettivo di garantire un equilibrio finanziario del sistema di previdenza sociale.
- 26 A tale conclusione conduce anche quanto dichiarato dalla Corte ai punti 40, 44, 45, 47, 51-53 e 55 della sentenza *Casa Națională de Asigurări de Sănătate e Casa de Asigurări de Sănătate Constanța*, dal momento che la condizione summenzionata appare eccedere i requisiti dell’articolo 20 del regolamento n. 883/2004.
- 27 Per quanto riguarda la seconda condizione, rispetto alla quale la CJAS afferma che essa è consentita dall’articolo 7, paragrafo 7, della direttiva 2011/24, mentre AF afferma che non è prevista dalla direttiva e che è impossibile da soddisfare nella pratica, il giudice del rinvio sostiene che sorgono serie difficoltà per giustificare la pertinenza del mantenimento di tale condizione di concessione dell’autorizzazione preventiva (concessione di una richiesta di ricovero secondo i termini della legge nazionale), quando, in modo evidente, il ricovero non avviene in una struttura ospedaliera dello Stato membro e la richiesta di ricovero in quanto tale non serve al fine del ricovero nemmeno nello Stato membro di destinazione.
- 28 Al fine di stabilire la fondatezza del rifiuto della concessione di un’autorizzazione necessaria secondo l’articolo 22 del regolamento n. 1408/71, un elemento che deve essere oggetto della valutazione del giudice del rinvio è il requisito imposto dalla normativa nazionale dell’esistenza della richiesta di ricovero concesso in quanto tale ad AF. Orbene, ad avviso del giudice del rinvio, l’imposizione di una siffatta condizione strettamente formale, nelle circostanze della fattispecie in cui si pone in discussione anche la conformità della norma nazionale che esclude la redazione di una relazione di valutazione medica da parte di un medico che non appartiene al sistema nazionale delle assicurazioni sanitarie, pare imporre una condizione che eccede quanto previsto all’articolo 20 del regolamento n. 883/2004.

- 29 Suddetto giudice ritiene, facendo riferimento, da un lato, ai considerando 8 e 43, nonché all'articolo 7, paragrafi 1 e 4, e all'articolo 8, paragrafo 1, della direttiva 2011/24 e, dall'altro lato, ai punti 72-77 della sentenza *Veselības ministrija*, che vi siano dubbi per quanto riguarda una giustificazione ragionevole della seconda condizione in discussione.
- 30 Per quanto riguarda la **seconda questione [pregiudiziale]**, il collegamento di quest'ultima con la soluzione della causa viene in essere nell'ipotesi in cui il giudice del rinvio, a seguito della valutazione degli argomenti della causa, potesse constatare, da un lato, che il rifiuto di concedere l'autorizzazione preventiva è stato giustificato e legittimo e, dall'altro, che il trattamento sanitario a cui si è sottoposto AF sarebbe stato incluso nell'offerta di servizi di base liquidati dal fondo nazionale.
- 31 Ad avviso dei resistenti, le disposizioni dell'articolo 4 delle norme metodologiche, che stabiliscono il tetto massimo dell'importo rimborsato, non costituiscono condizioni aggiuntive che portino a negare o a incidere sul diritto al rimborso nella sua sostanza, come invece sostiene AF, anche se detto tetto massimo comporta una riduzione dell'importo da rimborsare. Dette disposizioni costituirebbero la trasposizione dell'articolo 7, paragrafo 4, della direttiva 2011/24, dal momento che è normale che esista un algoritmo di calcolo. Pertanto, secondo la prassi abituale, per un paziente iscritto al sistema di assicurazione malattia della Romania, il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria di cui detto paziente ha beneficiato nel territorio di un altro Stato membro deve essere effettuato al livello dei costi liquidati per i servizi sanitari prestati nel territorio della Romania. Tale limitazione, sebbene drastica, è consentita dal diritto dell'Unione ed è ragionevole, poiché è giustificata da *ragioni di interesse generale connesse alla sanità pubblica*.
- 32 AF afferma che, sebbene sia riconosciuto il diritto dello Stato membro di limitare l'ammontare dell'importo liquidato, tale diritto non può avere l'effetto di privare di contenuto il diritto del paziente.
- 33 Sebbene i resistenti abbiano affermato che il trattamento sanitario cui si è sottoposto AF non è soggetto a liquidazione nel sistema nazionale e abbiano evitato di effettuare un calcolo concreto dei costi di tale trattamento, in diversi documenti provenienti dai medesimi e presenti nel fascicolo sono stati menzionati, per l'anno 2018, importi compresi fra 1 367 lei rumeni (RON) e RON 4 618. Orbene, in base alle prove del fascicolo, AF ha sostenuto un costo pari a EUR 13 069 [circa RON 60 000 secondo il tasso di cambio della Banca Națională a României (Banca nazionale della Romania) del mese di maggio 2018].
- 34 Il giudice del rinvio afferma che, nell'ipotesi in cui considerasse, a seguito della valutazione delle prove, del diritto nazionale e dei principi di diritto dell'Unione, che AF doveva e poteva ottenere, in un tempo ragionevole e senza che fosse messa in pericolo la sua vita o la sua guarigione in condizioni analoghe, l'autorizzazione preventiva imposta dall'articolo 8 della direttiva 2011/24, esso

dovrà esaminare la conformità della disposizione nazionale che stabilisce una formula di calcolo, la quale limita l'ammontare di tale indennità in modo significativo rispetto ai costi effettivamente sostenuti dall'assicurato.

- 35 Ricordando quanto dichiarato dalla Corte al punto 29 dell'ordinanza Luca ed al punto 80 della sentenza Elchinov, nonché i considerando 5, 7, 21 e 22, l'articolo 5, lettera b), e l'articolo 7, paragrafo 3, della direttiva 2011/24, il giudice del rinvio afferma che con la sua seconda questione pregiudiziale intende stabilire se la modalità di calcolo della liquidazione in ambito sanitario disciplinata dalla normativa nazionale rispetti l'obbligo imposto dall'articolo 5, lettera b), della direttiva e, implicitamente, in caso di inadempimento delle condizioni per la concessione dell'autorizzazione preventiva, se il rifiuto del rimborso oppure il rimborso in una proporzione risibile rispetto all'ammontare effettivamente pagato dall'assicurato rispetti il principio di proporzionalità, partendo dalla premessa della mancanza di informazione reale dell'assicurato con riguardo alla prospettiva dell'importo che avrebbe potuto essere rimborsato.