CONCLUSIONI DELL'AVVOCATO GENERALE DÁMASO RUIZ-JARABO COLOMER

presentate il 18 maggio 2000 [1]

1. Nella presente causa, l'Arrondissementsrechtbank di Roermond (Paesi Bassi), ha sottoposto alla Corte due questioni pregiudiziali in forza dell'art. 177 del Trattato CE (divenuto art. 234 CE), al fine risolvere due controversie pendenti dinanzi ad esso. Il giudice nazionale domanda, in sostanza, se l'art. 59 del Trattato CE (divenuto, in seguito a modifica, art. 49 CE) e l'art. 60 del Trattato CE (divenuto art. 50 CE) ostino alla normativa di uno Stato membro in materia di assicurazione malattia obbligatoria che impone agli assicurati di ottenere l'autorizzazione della cassa malattia per far valere il loro diritto a prestazioni dinanzi ad un professionista o ad un istituto di cura operanti nello stesso Stato membro o all'estero con cui la cassa non abbia concluso un accordo, e che dispone che, in mancanza di detta autorizzazione, gli assicurati devono sopportare le spese mediche senza diritto a rimborso.

I — La legislazione nazionale in materia di assicurazione malattia obbligatoria

2. Dal fascicolo emerge che nei Paesi Bassi i lavoratori e le persone ad essi assimilate con reddito inferiore ad un determinato limite [2] sono assicurati obbligatoriamente contro le spese per malattia in base alla legge sulle casse malattia (Ziekenfondswet), che copre l'assistenza medica ordinaria [3].

3. Conformemente all'art. 5, n. 1, della predetta legge, gli assicurati che rientrano nel suo ambito di applicazione devono affiliarsi ad una cassa malattia operante nel comune in cui essi risiedono [4], e la cassa ha l'obbligo di iscriverli in qualità di assicurati. Si tratta di un regime che contempla soltanto la prestazione di assistenza sanitaria in natura: gli assicurati non hanno quindi alcun diritto al rimborso di spese sostenute per malattia, bensì soltanto a ricevere assistenza gratuitamente.

4. Ai sensi dell'art. 3 del regio decreto sulle prestazioni 4 gennaio 1966 (Verstrekkingenbesluit), modificato dal regio decreto 16 dicembre 1997, l'assistenza medica comprende, tra l'altro, le prestazioni da parte di un medico generico e di uno specialista «nell'entità stabilita da quanto

1 — Lingua originale: lo spagnolo.

2 — Il governo olandese ha precisato che per l'anno 1997 detto limite era di NLG 60 750.

3 — L'assistenza considerata straordinaria in ragione, ad esempio, della lunga durata o del costo elevato, che non può gravare sui singoli né essere adeguatamente coperta dalle compagnie di assicurazioni private, è disciplinata dalla legge generale sulle spese mediche speciali (Algemene Wet Bijzondere Zicktekosten).

4 — Interrogato in materia all'udienza, il rappresentante del governo olandese ha precisato che nei Paesi Bassi esistono complessivamente 30 casse malattia.

è usuale nell'ambito professionale». Nella specie l'elemento determinate è ciò che viene considerato usuale nell'ambito professionale dei Paesi Bassi. In generale, una cura non viene considerata usuale quando non abbia ricevuto sufficiente riconoscimento negli ambienti scientifici nazionali o internazionali e pertanto non venga comunemente applicata o consigliata. Ciò che conta è sapere se una cura possa essere considerata come una procedura professionale appropriata. Qualora abbia una base scientifica valida, la cura viene riconosciuta come prestazione ai sensi della legge sulle casse malattia.

5. L'art. 9 della legge sulle casse malattia disciplina l'esercizio del diritto all'assistenza sanitaria e dispone in particolare:

«1. L'assicurato, che intende far valere un diritto a prestazione, si rivolge (...) ad una persona o ad un'istituzione, con la quale la cassa malattia alla quale è iscritto, ha concluso un accordo a tal fine (...).

2. L'assicurato ha la scelta tra le persone ed istituzioni indicate al n. 1, salvo quanto stabilito nel n. 5 e in relazione al trasporto in ambulanza ai sensi della legge sul trasporto in ambulanza (...).

(...)

4. Una cassa malattia può, in deroga a quanto stabilito nei nn. 1 e 2, concedere ad un assicurato di rivolgersi, quando intende far valere un suo diritto a prestazione, ad un'altra persona o istituzione nei Paesi Bassi, qualora questo sia necessario per le sue cure mediche. Il ministro può stabilire in quali casi e a quali condizioni ad un assicurato si può concedere di rivolgersi, nel far valere un suo diritto a prestazioni, ad una persona o istituzione al di fuori dei Paesi Bassi».

6. L'obbligo di ottenere tale autorizzazione è sancito dall'art. 1 del regolamento sull'assistenza sanitaria all'estero coperta dall'assicurazione malattia obbligatoria (Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering) del 30 giugno 1988 [5], che dispone:

«Per casi in cui una cassa malattia può concedere ad un assicurato di rivolgersi, quando intende far valere un suo diritto a prestazione, ad una persona o ad un'istituzione al di fuori dei Paesi Bassi, s'intendono

5 — *Staatscourant* 1988, n. 123.

i casi in cui la cassa di malattia ha stabilito che questo è necessario per le cure mediche dell'assicurato» [6].

7. Per poter fornire prestazioni in natura agli assicurati, le casse malattia devono, conformemente all'art. 44, n. 1, della legge che le disciplina, concludere accordi con professionisti ed istituzioni che forniscono una o più forme di assistenza. Il n. 3 di detto articolo definisce in parte il contenuto degli accordi, in particolare la natura e la portata degli obblighi e dei diritti delle parti, il tipo di assistenza da prestare, la sua qualità ed efficacia, il costo e la verifica delle condizioni concordate. Nel caso in cui il professionista o l'istituzione non si conformino alle condizioni pattuite, la cassa malattia può risolvere l'accordo.

Il finanziamento dell'assistenza sanitaria nei Paesi Bassi non è disciplinato da siffatti accordi, bensì dalla legge sul finanziamento dell'assistenza in caso di malattia (Wet tarieven gezondheidszorg). Le casse negoziano invece liberamente gli accordi con i professionisti o gli istituti di cura operanti all'estero.

Le casse malattia dispongono di ampia libertà nella conclusione di accordi sia con professionisti che con istituti di cura. Tuttavia, esse incontrano due restrizioni, ossia che, su richiesta di un istituto di cura, sono tenute a concludere un accordo con detto istituto qualora esso sia stabilito nella regione di competenza della cassa ovvero si tratti dell'istituto di cura cui si rivolge regolarmente la popolazione locale. La seconda restrizione consiste nel fatto che gli accordi possono essere conclusi soltanto con professionisti abilitati a prestare l'assistenza medica di cui trattasi e con istituti autorizzati.

8. Secondo quanto spiegato dal giudice a quo nell'ordinanza di rinvio, la giurisprudenza del Centrale Raad van Beroep ha stabilito che, quando una cassa malattia nega all'assicurato l'autorizzazione a sottoporsi ad una cura medica all'estero e quindi nega la copertura delle relative spese, occorre accertare innanzi tutto se la cura di cui trattasi possa essere considerata come una prestazione ai sensi della legge nazionale, verificando se la cura sia «usuale nell'ambito professionale» [7].

6 — Non si è stabilita alcuna condizione particolare per quanto riguarda la cura degli assicurati da parte di professionisti o di istituti di cura stabiliti all'estero con i quali le casse malattia non hanno concluso un accordo per la prestazione di assistenza sanitaria. In casi del genere l'assicurato che intenda ricevere assistenza deve ottenere la previa autorizzazione della sua cassa malattia. Analoga autorizzazione è necessaria qualora l'assicurato intenda sottoporsi alle cure di un professionista o di un istituto di cura operante nei Paesi Bassi con i quali la cassa non abbia concluso un accordo per la prestazione di assistenza sanitaria.

7 — In una sentenza del 23 maggio 1995, detto giudice ha dichiarato che non si può pervenire alla concessione dell'autorizzazione ex art. 9. n. 4, della legge sulle casse malattia per l'assistenza all'estero qualora la cura non possa essere considerata come una prestazione ai sensi delle disposizioni soprammenzionate. In tale causa una cura a New York non è stata considerata come una prestazione in quanto aveva carattere sperimentale e non poteva essere considerata come «usuale nell'ambito professionale». In un'altra sentenza del 19 dicembre 1997, lo stesso giudice ha accolto la tesi della cassa malattia che era parte nella controversia, secondo cui la cura in questione, praticata in Germania, non aveva (ancora) sufficiente riconoscimento scientifico e in base alle valutazioni correnti nei Paesi Bassi era considerata sperimentale.

Qualora il criterio dell'usualità sia soddisfatto, occorre poi esaminare se l'autorizzazione possa essere concessa conformemente al combinato disposto degli artt. 9, n. 4, della legge sulle casse malattia e 1 del regolamento sull'assistenza sanitaria all'estero coperta dall'assicurazione malattia obbligatoria. A tal fine si applica il criterio detto della «necessità delle cure mediche per l'interessato», e occorre pertanto accertare se, dati i metodi terapeutici esistenti nei Paesi Bassi, la cura all'estero sia considerata necessaria dal punto di vista medico.

II — I fatti della controversia tra la signora Geraets-Smits e la Stichting Ziekenfonds

9. La signora Geraets-Smits, parte in una delle due controversie, nata il 6 giugno 1928, è affetta da anni dal morbo di Parkinson. L'Elena-Klinik di Kassel (Germania), è specializzata nella cura categoriale e multidisciplinare di tale malattia. I pazienti vengono ricoverati per un periodo da tre a sei settimane, durante il quale i medici effettuano esami e cure mirati in particolare ad una somministrazione ideale dei medicinali. Inoltre, il paziente riceve nella clinica una cura fisioterapeutica ed ergoterapeutica, nonché un'assistenza socio-psicologica.

10. Con decisione 30 settembre 1996, confermata con decisione 28 ottobre 1996, l'ente convenuto informava l'attrice che non poteva esserle riconosciuto alcun rimborso sulla base della legge sulle casse malattia, in quanto nei Paesi Bassi è possibile ricevere una cura adeguata e sufficiente del morbo di Parkinson e pertanto non vi era alcuna necessità di sottoporsi ad una cura categoriale nella Elena-Klinik.

11. Non condividendo tale decisione, l'attrice chiedeva un parere al consiglio delle casse malattia (Ziekenfondsraad). Il 7 aprile 1997, la commissione per i ricorsi di tale consiglio (Commissie voor Beroepszaken) emetteva un parere nel quale confermava che la decisione del convenuto e la relativa motivazione erano corrette. L'attrice impugnava tale risoluzione dinanzi al Rechtbank, facendo valere che la cura categoriale in Germania era sicuramente più efficace dell'approccio frammentario seguito nei Paesi Bassi.

12. Alla prima udienza di trattazione del ricorso, svoltasi il 25 settembre 1997, veniva presentata una lettera in data 11 settembre 1997 del neurologo curante dell'attrice, in cui quest'ultimo dichiarava che v'erano sufficienti argomenti perché l'attrice fosse autorizzata a curarsi nella clinica tedesca. Il Rechtbank designava quindi come perito un neurologo, il quale nel febbraio dell'anno seguente presentava una relazione in cui concludeva che né dal punto di vista clinico né da quello scientifico era accertato che la cura categoriale fosse migliore e che pertanto non vi era

alcuna indicazione medica obiettiva che potesse giustificare il ricovero nella clinica tedesca.

III — I fatti della controversia tra il signor Peerbooms e la Stichting CZ Groep Zorgverzkeringen

13. Il signor Peerbooms, attore nella seconda controversia, nato l'8 aprile 1961, entrava in coma in seguito ad un incidente stradale sopravvenuto il 10 dicembre 1996. Il 24 febbraio 1997 il neurologo curante dell'attore chiedeva alla Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, l'ente convenuto, il rimborso delle spese relative al ricovero ed alla cura dell'attore nella clinica universitaria di Innsbruck, in Austria.

In detta clinica viene praticata una speciale terapia intensiva neurostimolativa che nei Paesi Bassi viene effettuata solo su base sperimentale in un centro di riabilitazione a Tilburg e in un altro a Utrecht. L'attore non è stato ammesso in nessuno di essi poiché nell'ambito dell'esperimento i suddetti centri non accettano pazienti di età superiore ai 25 anni. L'attore avrebbe quindi dovuto essere ricoverato presso il centro di riabilitazione di Hoensbroeck, dove la menzionata terapia non veniva praticata. Egli veniva ricoverato in stato comatoso nella clinica di Innsbruck il 22 febbraio 1997[8]. Ivi veniva sottoposto alla terapia speciale, usciva dal coma e riprendeva completamente conoscenza. Il 20 giugno 1997 veniva dimesso e trasferito, per proseguire la convalescenza, alla clinica di riabilitazione di Hoensbroeck.

14. Con decisione 26 febbraio 1997 la richiesta del neurologo — su parere del consulente medico — veniva respinta in quanto l'assistenza adeguata poteva essere prestata al paziente presso un centro convenzionato con la sua cassa malattia o, eventualmente, in un centro non convenzionato dei Paesi Bassi. Il neurologo presentava una nuova richiesta, più dettagliata, che veniva a sua volta respinta il 5 marzo dello stesso anno. Anche il reclamo proposto avverso tale decisione veniva respinto in quanto infondato. La cassa malattia — conformandosi alla decisione della commissione dei ricorsi e dopo aver nuovamente sentito il consulente medico — rimaneva dell'opinione che, in base a criteri medici vigenti, la cura dei pazienti in stato comatoso nella clinica di Innsbruck non desse nulla di più rispetto alle cure prestate nei Paesi Bassi e che non era pertanto necessario recarsi in Austria per ricevere cure mediche adeguate.

15. L'attore proponeva ricorso avverso tale decisione. Anche l'Arrondissementsrechtbank nominava un consulente medico, il

8 — Vale a dire due giorni prima che il suo neurologo chiedesse alla cassa malattia l'autorizzazione perché fosse curato presso detto centro.

quale depositava la propria relazione il 12 maggio 1998. Egli concludeva che nei Paesi Bassi non era disponibile per l'attore alcuna cura adeguata come quella praticata ad Innsbruck, tranne che presso i centri di Tilburg e di Utrecht, nei quali non aveva potuto essere ammesso in quanto superava il limite d'età richiesto, e che non avrebbe potuto ricevere una terapia adeguata nel centro di riabilitazione di Hoensbroeck. Il neurologo della cassa malattia replicava a detta relazione ponendo l'accento sul carattere sperimentale del metodo di cura e sulla mancanza di dati scientifici al riguardo. Interrogato su questo punto, il 31 agosto 1998 il primo perito presentava una relazione integrativa, nella quale confermava la sua conclusione.

IV — Le questioni pregiudiziali

16. Per poter risolvere queste due controversie, l'Arrondissementsrechtbank di Roermond ha sottoposto alla Corte le questioni pregiudiziali che seguono:

«1) a) Se gli artt. 59 e 60 del Trattato CE vadano interpretati nel senso che sia con essi incompatibile una disposizione quale il combinato disposto dell'art. 9, n. 4, della legge sulle casse malattia e dell'art. 1 della regolamentazione dell'assicurazione delle casse malattia per l'assistenza all'estero, in quanto in esse si stabilisce che un assicurato presso una cassa malattia necessiti della previa autorizzazione della cassa malattia per potersi rivolgere ad una persona o istituto al di fuori dei Paesi Bassi al fine di far valere il suo diritto a prestazioni.

b) Quale sia la soluzione della questione sub 1) a), qualora l'autorizzazione ivi menzionata venga rifiutata, oppure non pervenga, poiché la cura di cui trattasi nell'altro Stato membro non viene considerata come "usuale nell'ambito professionale" e perciò non è considerata una prestazione ai sensi dell'art. 8 della legge sulle casse malattia. Se faccia differenza, al riguardo, il se ci si basi unicamente su concezioni del contesto professionale olandese e se al riguardo vengano applicati criteri di valutazione scientifica nazionali o internazionali, ed in tal caso, in quale relazione. Se sia al riguardo rilevante il se la cura di cui trattasi venga rimborsata in base al sistema di legislazione sociale dell'altro Stato membro.

c) Quale sia la soluzione della questione sub 1) a), qualora la cura all'estero sia considerata usuale e quindi una prestazione, ma la menzionata autorizzazione venga rifiutata per il fatto che attualmente un'adeguata assistenza

possa essere ottenuta presso un prestatore di cure convenzionato olandese e la cura all'estero non sia pertanto necessaria per le cure mediche.

2) Se, nel caso in cui il requisito di autorizzazione costituisca un ostacolo al principio della libera prestazione dei servizi sancito dagli artt. 59 e 69 [60] del Trattato CE, i motivi imperativi di interesse generale menzionati dai convenuti (tra l'altro, nella soprammenzionata lettera del convenuto n. 1 del 14 luglio 1998) siano sufficienti perché l'ostacolo si ritenga giustificato».

V — La legislazione comunitaria

17. L'art. 59 del Trattato CE così dispone: «Nel quadro delle disposizioni seguenti, le restrizioni alla libera prestazione dei servizi all'interno della Comunità sono gradatamente soppresse durante il periodo transitorio nei confronti dei cittadini degli Stati membri stabiliti in un paese della Comunità che non sia quello del destinatario della prestazione.

(...)».

18. L'art. 60 del Trattato CE dispone: «Ai sensi del presente trattato, sono considerate come servizi le prestazioni fornite normalmente dietro retribuzione, in quanto non siano regolate dalle disposizioni relative alla libera circolazione delle merci, dei capitali e delle persone.

I servizi comprendono in particolare:

(...)

d) le attività delle libere professioni.

(...)».

19. L'art. 22 del regolamento n. 1408/71 [9], che enuncia, in particolare, le norme da applicare nel caso in cui un lavoratore subordinato o autonomo, o un membro della sua famiglia, debba recarsi all'estero

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

per ricevere cure adeguate, dispone, per quanto rileva nella fattispecie:

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

(...)

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

ha diritto:

i) alle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora o di residenza secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse ad essa iscritto; tuttavia, la durata dell'erogazione delle prestazioni è determinata dalla legislazione dello Stato competente;

(...)

2. (...)

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

(...)».

VI — La giurisprudenza recente della Corte in materia di libera prestazione di servizi per quanto riguarda il rimborso di spese mediche sostenute in un altro Stato membro

20. Il 28 aprile 1998, la Corte ha pronunciato le sentenze Decker [10] e Kohll [11]. All'epoca della pubblicazione di tali sentenze, ampiamente commentate dalla dottrina [12], si temeva ch'esse fossero destinate a causare danni finanziari incalcolabili ai

10 — Causa C-120/95 (Racc. pag. I-1831).

11 — Causa C-158/96 (Racc. pag. I-1931).

12 — Sinora hanno commentato le due sentenze più di quaranta autori.

sistemi nazionali di previdenza sociale [13]. Non intendo dilungarmi sulla sentenza Decker, in quanto i fatti si riferivano all'acquisto di occhiali e pertanto rientravano nell'ambito della libera circolazione delle merci [14].

21. La sentenza Kohll riguardava invece una prestazione transfrontaliera di servizi. Le questioni pregiudiziali erano state proposte dalla Cour de cassation di Lussemburgo al fine di potersi pronunciare sul ricorso presentato dal signor Kohll avverso la decisione con cui la sua cassa malattia aveva negato l'autorizzazione che avrebbe consentito alla figlia di fruire di un trattamento praticato da un ortodontista stabilito in Germania, in quanto il trattamento non era urgente e poteva essere prestato in Lussemburgo.

22. Per quanto riguarda l'applicazione della regole sulla libera prestazione di servizi ad un trattamento praticato da un ortodontista stabilito in un altro Stato membro, al di fuori di qualunque struttura ospedaliera, la Corte ha dichiarato che la prestazione, poiché veniva fornita verso corrispettivo, doveva essere considerata come un servizio ai sensi dell'art. 60 del Trattato, il quale si riferisce espressamente alle attività dei liberi professionisti.

23. Quanto agli effetti restrittivi, la Corte ha dichiarato che la normativa lussemburghese non privava gli assicurati della facoltà di rivolgersi a un prestatore di servizi stabilito in un altro Stato membro, ma subordinava ad un'autorizzazione previa il rimborso delle spese sostenute in questo Stato, mentre le spese sostenute nello Stato d'iscrizione non erano soggette ad autorizzazione. Per tale motivo ha statuito che una normativa siffatta scoraggiava gli assicurati dal rivolgersi ai prestatori di servizi medici stabiliti in un altro Stato membro e costituiva, sia per questi ultimi sia per i loro pazienti, un ostacolo alla libera prestazione dei servizi [15].

24. Per giustificare tale normativa, nel corso del procedimento erano stati addotti vari motivi, ossia il mantenimento dell'equilibrio finanziario del regime previdenziale e la tutela della sanità pubblica, che

13 — Nourissat, C.: «Quand Panacée rejoint Europe ou comment la Cour de justice consacre la liberté des soins dans la Communauté», *La Semaine juridique*, edition générale 1999 II 10002, afferma: «Gli occhiali di Nicolas Decker e il trattamento ortodontico di Aline Kohll sono destinati ad entrare nella mitologia giudiziaria comunitaria accanto alla bolletta della luce del signor Costa e al liquore di cassis di Digione»; Gosseries, Ph.: *Journal des Tribunaux du Travail*, 1999, pagg. 446-449, in particolare pag. 446, afferma: «Le due sentenze 28 aprile 1998 della Corte di giustizia (...) hanno avuto l'effetto di una "bomba" nell'organizzazione dei regimi di assicurazione malattia degli Stati membri dell'Unione europea. Si è detto che, con queste due sentenze, la Corte ha seminato il panico tra gli enti previdenziali negli Stati membri dell'Unione (...)».

14 — In detta sentenza la Corte ha dichiarato che gli artt. 30 e 36 del Trattato ostano ad una normativa nazionale in forza della quale un ente previdenziale di uno Stato membro neghi ad un assicurato il rimborso forfettario di un paio di occhiali con lenti da vista acquistato presso un ottico stabilito in un altro Stato membro per il motivo che l'acquisto di qualsiasi prodotto medico all'estero dev'essere previamente autorizzato.

15 — La Corte ha così confermato le sentenze 31 gennaio 1984, cause riunite 286/82 e 26/83, Luisi e Carbone (Racc. pag. 377, punto 16), e 28 gennaio 1992, causa C-204/90, Bachmann (Racc. pag. I-249, punto 31).

comprendeva la necessità di garantire la qualità delle prestazioni mediche e l'obiettivo di mantenere un servizio medico-ospedaliero equilibrato e accessibile a tutti.

25. Quanto al primo motivo, poiché l'onere finanziario gravante sul bilancio dell'ente lussemburghese prescindeva dalla circostanza che l'assicurato si rivolgesse ad un ortodentista lussemburghese o ad un ortodentista stabilito in un altro Stato membro, la Corte ha dichiarato che il rimborso delle cure dentarie prestate in altri Stati membri secondo le tariffe dello Stato d'iscrizione non avrebbe inciso significativamente sul finanziamento del sistema previdenziale.

26. Per quanto riguarda la tutela della sanità pubblica, ai punti 45 e 46 la Corte ha rammentato che, sebbene gli Stati membri abbiano la facoltà di limitare la libera prestazione dei servizi per motivi di sanità pubblica, tuttavia questa facoltà non consente loro di sottrarre il settore della sanità pubblica, in quanto settore economico e dal punto di vista della libera prestazione dei servizi, all'applicazione del principio fondamentale della libera circolazione [16]. In ogni caso, dato che i requisiti per l'accesso alle attività di medico e di dentista e per il loro esercizio hanno formato oggetto di numerose direttive di coordinamento o di armonizzazione [17], la Corte ha dichiarato che i medici e i dentisti stabiliti in altri Stati membri devono godere di tutte le garanzie equivalenti a quelle concesse ai medici e ai dentisti stabiliti nel territorio nazionale ai fini della libera prestazione di servizi, e che una normativa come quella lussemburghese non poteva essere giustificata da motivi di sanità pubblica al fine di proteggere la qualità delle prestazioni mediche offerte in altri Stati membri.

La Corte ha poi riconosciuto che l'obiettivo di conservare un servizio medico-ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti, anche se 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. 56 del Trattato CE (divenuto, in seguito a modifica, art. 46 CE), in quanto contribuisca alla realizzazione di un livello elevato di tutela della salute. A tale proposito, la Corte ha rilevato che detto articolo 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.

16 — Sentenza 7 maggio 1986, causa 131/85, Gül (Racc. pag. 1573, punto 17).

17 — La Corte ha citato le direttive del Consiglio 25 luglio 1978, 78/686/CEE, concernente il reciproco riconoscimento dei diplomi, certificati ed altri titoli di dentista e comportante misure destinate ad agevolare l'esercizio effettivo del diritto di stabilimento e di libera prestazione dei servizi (GU L 233, pag. 1); 25 luglio 1978, 78/687/CEE, concernente il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative per le attività di dentista (GU L 233, pag. 10), e 5 aprile 1993, 93/16/CEE, intesa ad agevolare la libera circolazione dei medici e il reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli (GU L 165, pag. 1).

Poiché non era stato dimostrato neppure che la normativa fosse necessaria per conseguire questi due obiettivi, la Corte ha dichiarato ch'essa non era giustificata da motivi di sanità pubblica.

VII — Il procedimento dinanzi alla Corte

27. La maggior parte degli autori che ha commentato le sentenze Decker e Kohll concorda nel giudicare positivamente la soluzione adottata dalla Corte [18], che rientra nella logica della sua giurisprudenza in materia di circolazione delle merci e dei servizi [19]. Queste due sentenze, tuttavia, lasciano aperte numerose questioni in quanto la Corte non ha specificato se la suddetta giurisprudenza si applichi anche alle cure prestate negli ospedali [20], né se la loro portata sia circoscritta ai sistemi previdenziali che, come quello lussemburghese, sostengono a nome del paziente o gli rimborsano, in tutto o in parte, le spese relative all'assistenza medica prestatagli [21] o se, al contrario, si estenda a regimi che, come quello olandese, sono organizzati in modo da prestare agli assicurati assistenza sanitaria in natura [22]. Queste sono appunto le questioni che la Corte dovrà risolvere nel pronunciarsi sulla presente causa [23].

18 — L'unica nota discordante sembra provenire da Gonzáles Vaqué, L.: «Aplicación del principio fundamental de la libre circulación al ámbito de la seguridad social: la sentencia Decker», *Revista de derecho comunitario europeo*, 1999, pagg. 129-139, in particolare pag. 139, il quale, tuttavia, afferma che detta giurisprudenza contiene elementi sufficienti per consentire di limitare gli eventuali effetti (perversi) a breve e medio termine sull'economia di questo delicato settore.

19 — Mavridis, P.: «Libéralisation des soins de santé: un premier diagnostic», *Revue du marché unique européen*, 1998, n. 3, pagg. 145-196, in particolare pag. 195, afferma: «(...) la giurisprudenza di ieri sugli artt. 30 e 59-60 già conteneva quella di oggi. Le sentenze Kohll e Decker non sono né un "big bang", né una rivoluzione, un'esplosione o un'altra catastrofe naturale. Semplicemente, erano preannunciate da tempo». Lhernould, J.Ph.: «Une caisse de sécurité est-elle tenue de rembourser les frais médicaux engagés par un assuré dans un autre État membre?», *Revue de droit sanitaire et social*, 1998, pagg. 616-623, in particolare pag. 622, ritiene che le due sentenze abbiano avuto il positivo effetto di liberare una dinamica di resistenza contro la prassi degli Stati membri di negare, in modo pressoché sistematico, l'autorizzazione agli assicurati a ricevere assistenza sanitaria in un altro Stato membro a carico della loro cassa malattia: Giesen, R., *Common Market Law Review*, 1999, pagg. 841-850, in particolare pag. 850, afferma che entrambe le sentenze meritano approvazione, nonostante la sorpresa che hanno destato, in particolare in Germania, al momento della loro pubblicazione.

20 — Cabral, P.: «Cross-Border medical care in the European Union - bringing down a first wall», *European Law Review*, 1999, pagg. 387-395, in particolare pag. 395, afferma che tale estensione è implicita nelle sentenze.

21 — Bosscher, A.: «La seguridad social de los trabajadores migrantes en la perspectiva del establecimiento del mercado interior», *Los sistemas de seguridad social y el Mercado único europeo*, Madrid 1993, pagg. 22-33, in particolare pag. 32, osservava che il diritto illimitato di recarsi in un altro Stato membro per ricevervi assistenza a carico dello Stato competente sarebbe sproporzionato rispetto alle possibilità finanziarie degli enti previdenziali dei vari Stati membri.

22 — Questi dubbi sono espressi da Van der Mei, A.P.: «Cross-Border Access to Medical Care within the European Union — Some Reflections on the Judgments in *Decker* and *Kohll*», *Maastricht Journal of European and Comparative Law*, 1998, pagg. 227-297, in particolare pag. 293: «Ma quali sono le implicazioni di tali sentenze? Per quali tipi di trattamento "straniero" i pazienti possono chiedere il rimborso? In quali casi gli Stati membri possono negare il pagamento della "fattura medica"? Gli Stati membri hanno il diritto di proteggersi da un eventuale massiccio afflusso di pazienti dall'estero?». Alcuni autori, come Bonomo, A.: *Giustizia Civile*, 1998, I, pagg. 2391-2401, in particolare pag. 2401, affermano che la realizzazione del mercato unico non può coesistere con normative statali così restrittive da subordinare il rimborso di spese mediche sostenute in un altro Stato membro al rilascio di una previa autorizzazione a farsi curare all'estero e da rallentare in modo ingiustificato la libera circolazione dei malati nella Comunità.

23 — Come preannunciava Thill, M.: «"Decker" et "Kohll" ou la libre circulation des patients à l'intérieur de l'Union européenne et ses limites», *Feuillet de liaison de la Conférence Saint-Yves*, 1999, n. 92/93, pagg. 57-89, in particolare pag. 84.

28. Oltre alla Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, la cassa malattia convenuta dal signor Peerbooms dinanzi all'Arrondissementsrechtbank di Roermond, ed alla Commissione, dieci dei quindici Stati membri hanno presentato osservazioni scritte nella presente causa [24] entro il termine stabilito dall'art. 20 dello Statuto (CE) della Corte: Belgio, Danimarca, Germania, Francia, Irlanda, Paesi Bassi, Portogallo, Finlandia, Svezia e Regno Unito. A questi vanno aggiunti due Stati facenti parte dello Spazio economico europeo: Islanda e Norvegia. Tale mobilitazione dimostra quanto i governi siano attenti alla questione e con quale interesse attendano la decisione della Corte.

29. All'udienza del 4 aprile 2000 sono comparsi, per presentare le proprie osservazioni orali, i rappresentanti delle due casse malattia convenute nelle cause a quibus, dei governi danese, tedesco, francese, irlandese, olandese, austriaco, finlandese, svedese, islandese, del Regno Unito e della Commissione.

30. La Stichting Ziekenfonds VGZ, la cassa convenuta dalla signora Geraets-Smits, afferma che gli Stati membri sono liberi di impostare i propri sistemi previdenziali e che le disposizioni del Trattato non possono impedire che uno di tali sistemi funzioni mediante convenzioni concluse tra le casse malattia ed i professionisti o gli istituti di cura, che possano prestare assistenza agli assicurati a titolo esclusivo. Partendo da tale premessa, neppure le restrizioni inerenti ad un sistema come l'assicurazione malattia obbligatoria olandese, che fornisce soltanto prestazioni in natura, potrebbero essere incompatibili con il Trattato.

Essa aggiunge, qualora la Corte concluda in senso contrario, che le condizioni cui è subordinata l'autorizzazione a rivolgersi ad un professionista o ad un istituto di cura non convenzionati non sono discriminatorie e sottolinea le differenze che distinguono l'assicurazione malattia obbligatoria olandese da quella lussemburghese, per concludere che la giurisprudenza Kohll non può essere applicata alla prima.

31. La cassa malattia convenuta dal signor Peerbooms rileva che il legislatore olandese ha organizzato l'assistenza sanitaria in una gamma di prestazioni limitata alle cure considerate usuali negli ambienti medici, basate su trattamenti la cui utilità è stata

24 — Tanta preoccupazione non deve stupire, se si tiene conto di pareri come quello di Mavridis, P.: «Libéralisation des soins de santé: un premier diagnostic», *Revue du marché unique européen*, 1998, n. 3, pagg. 145-196, in particolare pag. 171, il quale afferma che il merito delle sentenze Kohll e Decker risiede nell'aver riconosciuto agli assicurati un diritto diretto, a prescindere dalla legge nazionale e dal regolamento n. 1408/71, sicché ora possono recarsi in un altro Stato membro per acquistarvi prodotti medici e ricevere l'assistenza sanitaria richiesta dal proprio stato di salute ed esigere il rimborso dell spese conformemente alle tariffe dello Stato d'iscrizione. Qualora le casse neghino il rimborso delle spese, l'autore rammenta ai lettori la giurisprudenza Brasserie du pêcheur e Factortame sul principio dell'obbligo degli Stati di risarcire i danni causati ai singoli dall'inosservanza del diritto comunitario.

dimostrata scientificamente, e che al riguardo è indifferente che una prestazione non considerata come tale nei Paesi Bassi figuri tra le prestazioni previste dal sistema previdenziale di un altro Stato membro. Le convenzioni stipulate tra le casse malattia ed i professionisti o gli istituti di cura stabiliscono i costi e la qualità dell'assistenza; esse garantiscono il mantenimento dell'equilibrio finanziario del sistema mediante la definizione di un bilancio, la limitazione della capacità d'assistenza degli istituti e basandosi su finanziamenti previsti dalla legge. Essa afferma che, allo stato attuale, per autorizzare il trasferimento di un assicurato all'estero affinché vi riceva assistenza sanitaria, ciò che occorre sapere non è se tale assistenza possa essere prestata nei Paesi Bassi in tempo utile, bensì se essa possa essere prestata da un professionista o da un istituto con il quale la cassa abbia concluso un accordo, a prescindere dallo Stato in cui sono stabiliti. Per converso, la previa autorizzazione continua ad essere necessaria per le prestazioni fornite da professionisti o istituti di cura con i quali la cassa non abbia concluso un accordo.

L'ente convenuto ha rilevato che sono state avviate alcune forme sperimentali di assistenza sanitaria transfrontaliera, sia ospedaliera che ambulatoriale, nella Euroregione Reno/Waal e nella Euroregione Mosa/Reno e non è stato constatato alcun afflusso massiccio di malati né verso il Belgio né verso la Germania [25].

25 — Sono proprio questi gli esperimenti menzionati da van der Mei, A. P., op. cit., pagg. 278 e 279: «(...) in alcune zone sul confine le casse malattia e gli operatori sanitari hanno stipulato convenzioni dirette ad attribuire ai pazienti il diritto di essere curati "oltre confine"».

32. Non esporrò separatamente i pareri espressi dagli Stati nelle osservazioni; mi limiterò a riassumerli, giacché sono in gran parte coincidenti.

In base alla posizione assunta nelle memorie o in udienza, gli Stati possono essere divisi in due gruppi. Quelli che fanno parte del primo gruppo, ossia Belgio, Francia ed Austria, ritengono che l'assistenza sanitaria prestata nell'ambito di un regime previdenziale pubblico costituisca un servizio ai sensi dell'art. 60 del Trattato. Gli Stati del secondo gruppo, composto da Germania, Irlanda, Paesi Bassi, Regno Unito, Danimarca, Svezia, Finlandia e Islanda, ritengono per contro che l'assistenza sanitaria prestata da un sistema previdenziale organizzato in un regime di prestazioni in natura non costituisca un servizio ai sensi della predetta disposizione. Il Portogallo e la Norvegia non si pronunciano sulla questione.

Le divergenze d'opinione tra gli Stati finiscono qui, in quanto tutti concordano nell'affermare che l'obbligo di previa autorizzazione da parte dell'organismo dello Stato d'iscrizione a ricevere assistenza sanitaria in un altro Stato membro, pur costituendo un ostacolo alla libera prestazione di servizi, è giustificato.

33. Al termine della fase scritta, la Corte ha chiesto al governo dei Paesi Bassi se avesse modificato la legislazione nazionale per adattarla alla giurisprudenza Decker e Kohll. Il governo olandese ha replicato che detta giurisprudenza non richiede una riforma delle disposizioni della legge sulle casse malattia che disciplinano la conclusione di accordi tra le casse, da un lato, e i professionisti e gli istituti di cura che prestano l'assistenza, dall'altra. Ha aggiunto che prima dei fatti delle cause Geraets-Smits e Peerbooms erano stati avviati alcuni progetti per la prestazione di assistenza medica transfrontaliera, ma che le sentenze citate hanno contribuito all'aumento del numero di convenzioni stipulate con istituti di cura stabiliti in altri Stati membri.

In udienza, la Stichting Ziekenfonds VGZ ha comunicato alla Corte di aver avviato trattative con professionisti ed istituti di cura di altri Stati membri volte alla conclusione di accordi per la prestazione di assistenza ai suoi assicurati. La Stichting CZ Groep Zorkverzkeringen, da parte sua, ha dichiarato di aver già concluso accordi allo stesso scopo sia con professionisti che con istituti stabiliti in Belgio e in Germania.

34. La Commissione sostiene che, in linea di principio, sia il criterio dell'usualità nell'ambiente professionale che quello della necessità del trattamento, utilizzati dalla legislazione olandese, sono conformi all'art. 22 del regolamento n. 1408/71 e che, nell'applicazione del primo criterio, lo Stato membro dispone di ampio potere discrezionale per stabilire quali siano le prestazioni fornite da un regime previdenziale. Tuttavia, nella pratica questi due criteri devono essere applicati nel rispetto del diritto comunitario.

Secondo la Commissione, alcuni elementi del diritto olandese inducono a ritenere che le condizioni per la concessione dell'autorizzazione a ricevere assistenza sanitaria all'estero differiscano da quelle richieste al paziente che intenda curarsi nei Paesi Bassi. Essa sostiene pertanto che l'obbligo di autorizzazione potrebbe costituire un ostacolo specifico alla libera prestazione di servizi.

VIII — Analisi delle questioni pregiudiziali

A — *Sull'assistenza sanitaria prevista dall'assicurazione malattia obbligatoria dei Paesi Bassi e sulla nozione di servizi ai sensi dell'art. 60 del Trattato*

35. Con le questioni pregiudiziali sottoposte alla Corte, che a mio parere devono essere esaminate congiuntamente, il giudice

olandese desidera sapere se gli artt. 59 e 60 del Trattato CE ostino ad una normativa in materia previdenziale come quella controversa nella causa a qua che, mediante accordi conclusi tra le casse malattia e professionisti ed istituti di cura, organizza un sistema di prestazioni in natura che obbliga gli assicurati ad ottenere un'autorizzazione dalla loro cassa qualora debbano rivolgersi ad un professionista o ad un istituto non convenzionati, stabiliti nel territorio nazionale o all'estero, per far valere il loro diritto a prestazioni.

36. Per risolvere la questione così riformulata, occorre in primo luogo chiarire se l'assistenza medico-ospedaliera garantita dal regime olandese di assicurazione malattia rientri nell'ambito di applicazione della libera prestazione dei servizi. Si tratta, né più né meno, di stabilire se le prestazioni cui hanno diritto gli assicurati in forza della legge sulle casse malattia costituiscano servizi ai sensi del citato art. 60.

Al punto II.3 dell'ordinanza di rinvio, l'Arrondissementsrechtbank dichiara di partire dal presupposto che le cure prestate in Germania e in Austria agli attori nelle cause a quibus costituiscono servizi ai sensi dell'art. 60 del Trattato. Non dispongo di elementi sufficienti per potermi pronunciare al riguardo, ma non credo che ciò sia determinante per risolvere le questioni deferite. Supponendo che le cure costituiscano effettivamente servizi ai sensi della predetta disposizione, non mi sembra che ne risulti limitata la libertà dei due pazienti di recarsi in un altro Stato membro in quanto destinatari di servizi. Nessuno dei due lamenta di aver ricevuto un trattamento peggiore rispetto ai cittadini dei suddetti due Stati [26]. Ciononostante, poiché fanno valere l'art. 60 del Trattato per chiedere che il loro ente assicuratore copra le spese sostenute, mi sembra indispensabile accertare se il rapporto giuridico che li lega all'ente in questione dia loro diritto a prestazioni di servizi ai sensi del Trattato.

37. Vorrei sottolineare che l'analisi che segue riguarda in concreto l'assistenza sanitaria garantita dai regimi previdenziali che, come il regime controverso, contemplano unicamente prestazioni in natura e non prevedono la possibilità di rimborso agli assicurati delle spese sostenute per ricevere detta assistenza. Ritengo che tale precisazione preliminare sia necessaria per evitare equivoci, giacché in varie occasioni la Corte ha dichiarato con estrema chiarezza che alcune prestazioni mediche dovevano essere considerate come servizi ai sensi dell'art. 60 del Trattato e che i pazienti che si recavano in un altro Stato

26 — Secondo quanto risulta dalla causa C-411/98, Ferlini (GU 1999, C 20, pag. 18) attualmente pendente dinanzi alla Corte, nel Granducato di Lussemburgo coloro che necessitano di assistenza sanitaria e non sono iscritti al regime previdenziale nazionale debbono sostenere spese mediche relativamente più elevate di quelle gravanti sugli iscritti. Nella relazione d'udienza di detta causa si precisa che all'epoca dei fatti (1989), agli iscritti al regime previdenziale lussemburghese veniva fatturato un importo di LUF 36 859 per un parto, mentre i non affiliati dovevano pagare LUF 59 306 (vale a dire, il 71,43% in più) per la stessa prestazione nello stesso centro ospedaliero. L'avvocato generale Cosmas, nelle conclusioni presentate in detta causa il 21 settembre 1999, rileva che tale disparità di trattamento è in contrasto con l'art. 7, n. 2, del regolamento (CEE) del Consiglio 15 ottobre 1968, n. 1612, relativo alla libera circolazione dei lavoratori all'interno della Comunità (GU L 257, pag. 2).

membro per sottoporvisi a cure mediche erano destinatari di servizi.

Esempi di tale giurisprudenza possono riscontrarsi, oltre che al punto 29 della citata sentenza Kohll, avente ad oggetto le cure prestate da un ortodontista, nella sentenza Society for the Protection of Unborn Children Ireland [27], in cui la Corte ha dichiarato che l'interruzione della gravidanza per intervento medico, effettuata in conformità del diritto dello Stato in cui essa avviene, è un servizio ai sensi dell'art. 60 del Trattato CEE, e nella sentenza Luisi e Carbone [28], in cui ha statuito che la libera prestazione dei servizi comprende la libertà, per i destinatari dei servizi, di recarsi in un altro Stato membro per fruire ivi di un servizio, senza essere impediti da restrizioni, anche in materia di pagamenti, e che i fruitori di cure mediche devono essere considerati destinatari di servizi.

In tutti gli esempi sopra riportati la Corte si è preoccupata di puntualizzare o che la prestazione concreta di cui si trattava veniva prestata dietro compenso, come nel primo dei casi citati, ovvero che, come nel secondo esempio, l'interruzione della gravidanza costituiva un'attività medica generalmente esercitata dietro retribuzione e che poteva essere prestata nell'ambito di una libera professione. Nel terzo caso, una cittadina italiana, al fine in particolare di ricevere cure mediche in Germania, aveva esportato in valuta una somma eccedente il limite ammesso dalla normativa nazionale sul controllo dei cambi, infrazione per la quale era stata multata.

38. L'art. 60 del Trattato considera come servizi le prestazioni fornite normalmente dietro retribuzione, in quanto non siano disciplinate dalle disposizioni relative alla libera circolazione delle merci, dei capitali e delle persone. Tali servizi comprendono, in particolare, le attività delle libere professioni, e la Corte ha precisato che la natura particolare di alcuni di detti servizi non può sottrarre tali attività all'applicazione delle regole relative alla libera circolazione dei servizi [29].

Non vi è dubbio che la professione medica sia tradizionalmente una libera professione, sebbene oggi abbia cessato di essere esclusivamente tale, giacché esistono molti medici che lavorano alle dipendenze dei regimi previdenziali di alcuni Stati membri, ed altri che abbinano tale attività subordinata all'esercizio privato della medicina.

39. La Corte ha riconosciuto in varie occasioni che il diritto comunitario non scalfisce la competenza degli Stati membri ad impostare i loro sistemi previdenziali [30].

27 — Sentenza 4 ottobre 1991, causa C-159/90 (Racc. pag. I-4685, punto 21).

28 — Citata supra, nota 15, punto 16.

29 — Sentenze 17 dicembre 1981, causa 279/80, Webb (Racc. pag. 3305, punti 8 e 10), e Kohll, citata supra, nota 11, punto 20.

30 — Sentenze 7 febbraio 1984, causa 238/82, Duphar e a. (Racc. pag. 523, punto 16); 17 giugno 1997, causa C-70/95, Sodemare e a. (Racc. pag. I-3395, punto 27) e Kohll, citata supra, nota 11, punto 17.

40. Nell'esercizio di tale competenza, i Paesi Bassi hanno impostato un regime di assicurazione malattia obbligatoria al quale sono iscritte tutte le persone il cui reddito non supera una determinata soglia, gestito dalle casse malattia, che sono organismi dotati di personalità giuridica autonoma. Il suo finanziamento è assicurato dai contributi degli assicurati e dei datori di lavoro, nonché da una somma versata annualmente dallo Stato, a carico del suo bilancio, alla cassa generale dell'assicurazione malattia. Le casse malattia sono incaricate di concordare con i professionisti e con gli istituti specializzati la prestazione di assistenza sanitaria ai loro assicurati.

41. A differenza di quanto avveniva nella causa Kohll con il regime previdenziale del Lussemburgo, paese nel quale gli assicurati possono scegliere in piena libertà il loro medico generico ed il loro specialista, devono pagare la fattura relativa alla prestazione ed in seguito chiederne il rimborso alla loro cassa malattia, salvo che quest'ultima si assuma direttamente l'obbligo di sostenere le spese mediche in caso di ricovero ospedaliero, l'assistenza prevista dal regime dell'assicurazione malattia obbligatoria nei Paesi Bassi è gratuita per gli assicurati [31]; tuttavia, per ottenere le prestazioni sanitarie di cui hanno bisogno essi debbono rivolgersi ad un professionista o ad un istituto di cura con cui la loro cassa malattia abbia concluso una convenzione di assistenza. Qualora decidano di avvalersi dei servizi di professionisti o di istituti non convenzionati, devono sopportarne essi stessi le spese, senza diritto a rimborso.

42. Tale differenza fondamentale mi ha indotto a domandarmi se l'assistenza prestata da professionisti e da istituti di cura in tali condizioni possa essere considerata come servizio ai sensi dell'art. 60 del Trattato, dato che il beneficiario non riceve la prestazione contro pagamento di una retribuzione.

43. È vero che nella sentenza Bond van Adverteerders [32] la Corte ha dichiarato che l'art. 60 non prescrive che il servizio venga pagato da coloro che ne fruiscono.

Ritengo tuttavia che nel regime previdenziale in esame non si tratti semplicemente del fatto che ciò che i fruitori non pagano per la prestazione sanitaria viene versato da un terzo (nella specie, la cassa malattia) al professionista o all'istituto di cura.

44. Nella pratica [33], sembra che per calcolare il contributo versato dalle casse malat-

31 — Si può affermare ch'essa è gratuita praticamente in tutti i casi, anche se alcune prestazioni possono essere subordinate al pagamento di un contributo da parte dei beneficiari. Tuttavia, il regime prevede che tale contributo non debba necessariamente essere identico per tutti gli assicurati.

32 — Sentenza 26 aprile 1988, causa 352/85 (Racc. pag. 2085, punto 16).

33 — Le informazioni relative al calcolo delle tariffe sono state estratte dal fascicolo «Wat is het CTG [College Tarieven Gezondheidszorg]», Utrecht, gennaio 2000, in particolare dal paragrafo 5, intitolato «Hoe komen budgetten en tarieven tot stand (Rekenvoorbeeld A.: ziekenhuisbudget) (Rekenvoorbeeld B.: Tarief voor huisartsbezoek)». Una parte di tale fascicolo è stata pubblicata in lingua inglese con il titolo «What is the National Health Tariffs Authority» da COTG, Utrecht 1995.

tia agli enti ospedalieri occorra in primo luogo definire il bilancio di ciascun istituto per poter conoscere i costi ammissibili [34] e, in seguito, verificare le tariffe complementari [35] e la tariffa per l'assistenza [36], ossia quella che viene applicata per ciascun giorno di degenza di un paziente senza peraltro rifletterne il costo reale. Le tariffe hanno come obiettivo il finanziamento del bilancio di ciascun istituto di cura. Esse vengono riviste di anno in anno, in modo tale che se le entrate risultano superiori alle spese, si diminuisce la tariffa per ciascun giorno di ricovero, e la si aumenta in caso contrario.

45. Le tariffe che le casse malattia concordano ogni anno con i professionisti differiscono a seconda della specializzazione e non consistono in una somma fissa per ciascuna prestazione medica. Esse vengono calcolate mediante una formula aritmetica in cui si somma un importo, che rappresenta i ricavi medi [37], ad un altro importo che rappresenta il costo, anch'esso medio, di mantenimento di uno studio [38], e si divide il risultato per un fattore che rappresenta il carico di lavoro (si stima, ad esempio, che un medico generico riceva 2 350 pazienti all'anno; per un'ostetrica ci si basa sul numero di parti all'anno). Tale operazione dà come risultato che un medico generico per l'anno 2000 riceve dalla cassa malattia con la quale ha concluso una convenzione NLG 133 per ciascun assicurato che abbia scelto di sottoporsi alle sue cure. Tale tariffa, denominata versamento forfettario [39], gli viene pagata indipendentemente dal numero di pazienti ricevuti, in quanto alcuni pazienti necessitano di cure mediche più spesso di altri, mentre altri non si recano dal medico neppure una volta all'anno [40].

46. In tale sistema di assicurazione malattia obbligatoria le casse concludono con gli

34 — Il bilancio si calcola in base a quattro elementi: i costi delle infrastrutture; i costi di funzionamento, che rimangono fissi a prescindere dal livello di attività degli impianti; i costi semifissi, basati sulla capacità di accoglienza e sul numero di letti e di specialisti, ed i costi variabili, che dipendono dal volume di attività in ciascun ospedale.

35 — Si tratta di tariffe applicabili in ambito nazionale per determinate attività ospedaliere. Ne esistono circa 1 600 tra tutti i tipi di trattamento: operazioni, diagnosi, esami, ecc.

36 — È diversa per ciascun ospedale e varia notevolmente da uno all'altro. Si calcola in base al bilancio dell'ospedale nel modo seguente: si sottraggono dal bilancio i ricavi derivanti dalle tariffe complementari e si divide la somma così ottenuta per il numero stimato di giorni di ricovero, ossia i giorni nei quali il paziente occupa un letto. Tale tariffa non riflette il costo reale di un giorno di degenza, bensì viene utilizzata per equilibrare il finanziamento di ciascun ospedale. Nell'esempio riportato nel predetto fascicolo, il numero stimato di giorni di ricovero per un ospedale X era di 115 000 che, applicato ad un bilancio di NLG 104 940 000, con un ricavo stimato di NLG 36 355 000 a titolo di tariffe complementari, dà come risultato una tariffa per l'assistenza di NLG 596.

37 — Che comprendono retribuzione, ferie, assicurazioni, gratifiche, premi e piani pensione. La retribuzione si calcola in base a scale retributive applicate ai funzionari e viene adeguata ogni anno.

38 — Esistono orientamenti generali per il calcolo del costo di funzionamento delle attrezzature necessarie per ciascuna professione. Si prendono in considerazione i costi relativi ai locali e all'autovettura, le retribuzioni degli assistenti, le spese telefoniche, il costo degli strumenti, l'ampiezza della zona di competenza, ecc. Detti costi vengono modificati in funzione delle esigenze che possono insorgere, come ad esempio la necessità di attrezzare di computer gli studi medici.

39 — Detta tariffa aumenta a NLG 157 per ciascun assicurato di età superiore ai 64 anni.

40 — Il sistema retributivo dei professionisti convenzionati che prestano cure mediche nell'ambito dell'assicurazione malattia obbligatoria si differenzia nettamente dal sistema in vigore per i pazienti privati. Per questi ultimi non esiste versamento forfettario ed essi pagano per ogni visita.

istituti di cura ed i professionisti indipendenti convenzioni con le quali fissano in anticipo il contenuto e la qualità delle prestazioni nonché il contributo a carico della cassa. Per i professionisti si tratta di un importo forfettario fisso e per gli ospedali di una tariffa per l'assistenza, destinata a finanziare le strutture che la prestano, più che a pagare il costo reale del ricovero ospedaliero.

Esaminato sotto questo profilo, tale sistema si avvicina molto ai sistemi vigenti in alcuni Stati membri nei quali gli enti previdenziali si dotano di mezzi propri e di personale assunto direttamente [41] con un orario prestabilito ed uno stipendio. A mio parere, esso si differenzia chiaramente da altri sistemi, come quello lussemburghese [42] in discussione nella causa Kohll e che ho già descritto. In esso, come ha confermato la Corte, il rapporto tra l'assicurato ed il professionista è un rapporto di prestazione di servizi ai sensi dell'art. 60 del Trattato [43], ma ritengo anche che tale rapporto non esista nel sistema in esame, giacché manca l'elemento della retribuzione prescritto dall'art. 60 del Trattato [44].

47. La situazione è equiparabile a quella dei sistemi nazionali di pubblica istruzione, sui quali la Corte si è pronunciata a proposito del principio della libera prestazione di servizi. Così, nella sentenza Humbel [45] la Corte ha dichiarato che, a norma dell'art. 60, primo comma, del Trattato CEE, sono comprese nel capo relativo ai servizi unicamente «le prestazioni fornite normalmente dietro retribuzione» e che, sebbene la nozione di retribuzione non sia definita in modo esplicito dall'art. 59 e seguenti del Trattato, tuttavia la sua portata giuridica può evincersi dall'art. 60, secondo comma, a norma del quale la caratteristica essenziale della retribuzione va rintracciata nella circostanza ch'essa costituisce il corrispettivo economico della prestazione considerata, corrispettivo generalmente pattuito fra il prestatore ed il destinatario del servizio. La Corte ha rilevato che detta caratteristica non si riscontra nell'insegnamento impartito nell'ambito della pubblica istruzione nazionale giacché da un lato, lo Stato, istituendo e mantenendo quest'ultima, non intende svolgere attività retribuite bensì adempie i propri compiti in campo sociale, culturale

41 — Lo status giuridico di detto personale è analogo a quello dei dipendenti pubblici e in alcuni Stati membri i rapporti che legano tali dipendenti agli enti previdenziali sono disciplinati dal diritto pubblico.

42 — I sistemi francese e belga funzionano in base agli stessi principi.

43 — Tale valutazione vale anche per l'assistenza prestata in strutture ospedaliere, giacché anche se non è l'assicurato a pagare la fattura, bensì la cassa malattia, le cure vengono pagate in funzione delle singole prestazioni mediche in base al loro costo.

44 — Per un esame approfondito dei sistemi legali di previdenza sociale vigenti negli Stati membri si veda Langer, R.: «Grenzüberschreitende Behandlungsleistungen — Reformbedarf für die Verordnung 1408/71?», *Neue Zeitschrift für Sozialrecht*, 11/1999, pagg. 537-542, in particolare pagg. 537-539. L'autrice distingue tra i «cosiddetti modelli assicurativi puri», fra i quali annovera i sistemi lussemburghese, belga e francese, i «sistemi sanitari nazionali», nei quali ricomprende la maggior parte degli Stati membri, ed i «cosiddetti sistemi misti», nei quali include i sistemi tedesco, austriaco ed olandese.

45 — Sentenza 27 settembre 1988, causa 263/86 (Racc. pag. 5365, punti 15-19).

ed educativo nei confronti dei propri cittadini, e, dall'altro, il sistema è di regola finanziato dal bilancio pubblico e non dagli alunni o dai loro genitori.

Nella sentenza Wirth [46] la Corte ha dichiarato che tali considerazioni valgono del pari per un insegnamento impartito in un istituto superiore al cui finanziamento si provveda precipuamente con fondi pubblici. Tuttavia, ha sottolineato che, se è vero che la maggior parte degli istituti di insegnamento superiore sono finanziati in tal modo, ne esistono non di meno altri, finanziati essenzialmente mediante fondi privati, segnatamente dagli studenti o dai loro genitori, il cui scopo è il perseguimento di un utile economico. Quando sia impartito in tali istituti, l'insegnamento assume le caratteristiche di una prestazione di servizi ai sensi dell'art. 60 del Trattato, in quanto lo scopo perseguito consiste nell'offrire una prestazione in cambio di un corrispettivo.

48. La Corte si è pronunciata sullo status giuridico degli enti previdenziali in materia di diritto della concorrenza nella sentenza Poucet e Pistre [47], in cui, dopo aver rammentato che in tale contesto la nozione di impresa comprende qualsiasi entità che esercita un'attività economica, a prescindere dallo status giuridico di detta entità e dalle sue modalità di finanziamento [48], ha dichiarato che le casse malattia e gli enti che concorrono alla gestione del pubblico servizio della previdenza sociale svolgono una funzione di carattere esclusivamente sociale, giacché tale attività si fonda sul principio della solidarietà nazionale e non ha alcuno scopo di lucro, e le prestazioni corrisposte sono prestazioni stabilite dalla legge e indipendenti dall'importo dei contributi.

49. Tenuto conto delle suesposte caratteristiche del regime di assicurazione malattia obbligatoria dei Paesi Bassi, ritengo che nella specie le prestazioni di assistenza sanitaria ch'esso garantisce agli assicurati non comportino l'elemento della retribuzione e pertanto non costituiscano servizi ai sensi dell'art. 60 del Trattato CE.

Pertanto, occorrerebbe rispondere all'Arrondissementsrechtbank di Roermond che l'art. 59 del Trattato non osta a che le casse malattia di uno Stato membro obblighino i loro assicurati a chiedere un'autorizzazione per poter ricevere prestazioni mediche da un istituto con il quale essa non ha stipulato alcuna convenzione, a prescindere dal fatto che detto istituto sia stabilito nel territorio nazionale o in un altro Stato membro.

46 — Sentenza 7 dicembre 1993, causa C-109/92 (Racc. pag. I-6447, punti 16 e 17).

47 — Sentenza 17 febbraio 1993, cause riunite C-159/91 e C-160/91 (Racc. pag. I-637, punti 17 e 18).

48 — Sentenza 23 aprile 1991, causa C-41/90, Höfner ed Elser (Racc. pag. I-1979, punto 21).

50. Nell'ipotesi in cui la Corte non condivida le mie valutazioni e ritenga che si tratti di servizi ai sensi dell'art. 60 Trattato, esaminerò tuttavia gli effetti restrittivi che il suddetto obbligo di ottenere la previa autorizzazione della cassa malattia può determinare sulla libera prestazione dei servizi.

B — *Sugli effetti restrittivi che le disposizioni dell'assicurazione malattia obbligatoria possono determinare sulla libera prestazione di servizi*

51. La circostanza che il combinato disposto degli artt. 9, n. 4, della legge sulle casse malattia e 1 del regolamento sull'assistenza all'estero subordini alla previa autorizzazione dell'ente assicuratore la possibilità di rivolgersi ad un professionista o a un istituto non convenzionati stabiliti all'estero costituisce una restrizione alla libera prestazione di servizi?

Il mio ragionamento riguarderà anche i dubbi che l'Arrondissementsrechtbank ha espresso ai punti b) e c) della sua prima questione pregiudiziale, ossia la rilevanza del criterio di «quanto è usuale nell'ambito professionale» per stabilire se una determinata prestazione medica sia coperta dall'assicurazione, la rilevanza del fatto che la stessa prestazione sia coperta dal regime previdenziale di un altro Stato membro, l'applicazione del criterio della necessità della cura allorché, sebbene la prestazione sia coperta dall'assicurazione, venga negata l'autorizzazione a recarsi all'estero per ricevervi assistenza sanitaria in quanto un professionista o un istituto convenzionato può prestarla adeguatamente nei Paesi Bassi.

52. Ritengo che, se si formula la questione in questi termini, la soluzione debba essere affermativa. Infatti l'obbligo di chiedere ed ottenere detta autorizzazione costituisce in pratica una restrizione alla libera prestazione di servizi, giacché rende più difficile e meno attraente lo spostamento degli assicurati in un altro Stato membro al fine di ricevervi prestazioni mediche.

53. A tale proposito, la Corte ha dichiarato che, nell'ottica di un mercato unico e onde consentire la realizzazione degli obiettivi di quest'ultimo, l'art. 59 del Trattato osta all'applicazione di qualsiasi normativa nazionale che abbia l'effetto di rendere la prestazione di servizi tra Stati membri più difficile della prestazione di servizi puramente interna a uno Stato membro[49]. Sebbene la normativa olandese di cui è causa non privi gli assicurati del diritto a

49 — Sentenze 5 ottobre 1994, causa C-381/93, Commissione/Francia (Racc. pag. I-5145, punto 17), e Kohll, citata supra, nota 11, punto 33.

prestazioni in un altro Stato membro, è indubbio ch'essa prescrive un'autorizzazione, la quale viene concessa soltanto in condizioni molto restrittive. Di conseguenza, può dissuaderli dal rivolgersi ai prestatori di servizi medici stabiliti in un altro Stato membro e costituisce, sia per questi ultimi che per i loro pazienti, un ostacolo alla libera prestazione di servizi [50].

54. Nella specie occorre stabilire se, alla luce della giurisprudenza della Corte, tale ostacolo sia giustificato o meno.

C — *Sulla giustificazione dell'obbligo di previa autorizzazione per far valere il diritto a prestazioni in un altro Stato membro*

55. L'obbligo di sopprimere le restrizioni alla libera prestazione di servizi è stato interpretato dalla Corte come divieto di qualsiasi discriminazione nei confronti del prestatore di servizi in ragione della sua nazionalità o della sua residenza in uno Stato membro diverso da quello in cui dev'essere fornita la prestazione [51]. Infatti, il principio della parità di trattamento, del quale è specifica espressione l'art. 59 del Trattato, vieta non solo le discriminazioni palesi, a motivo della cittadinanza, ma anche qualsiasi forma di discriminazione dissimulata che, mediante il ricorso ad altri criteri distintivi, abbia in pratica le stesse conseguenze [52].

56. A tale proposito la Corte ha dichiarato che le normative nazionali che non si applicano indistintamente alle prestazioni di servizi di qualsiasi origine, e che pertanto sono discriminatorie, sono compatibili con il diritto comunitario solo se possono rientrare in una deroga espressamente contemplata [53]. In forza dell'art. 66 del Trattato CE (divenuto art. 55 CE), si applicano alla libera prestazione di servizi gli artt. 55-58, che rientrano nel capo dedicato al diritto di stabilimento. L'art. 56 sancisce, tra le eccezioni a dette due libertà, le disposizioni nazionali che prevedano un regime speciale per i cittadini stranieri e che siano giustificate da motivi d'ordine pubblico, di pubblica sicurezza e di sanità pubblica. Gli scopi di natura economica

50 — Sentenze Luisi e Carbone e Bachmann, citate supra, nota 14, rispettivamente punti 16 e 31, e Kohll, citata supra, nota 11, punto 35.

51 — Sentenza 3 dicembre 1974, causa 33/74, Van Binsbergen (Racc. pag. 1299, punto 25). V., inoltre, sentenze 18 gennaio 1979, cause riunite 110/78 e 111/78, Van Wesemael e a. (Racc. pag. 35, punto 27), e Webb, citata supra, nota 29, punto 14.

52 — Sentenze 5 dicembre 1989, causa C-3/88, Commissione/Italia (Racc. pag. 4035, punto 8), e 3 giugno 1992, causa C-360/89, Commissione/Italia (Racc. pag. I-3401, punto 11).

53 — Sentenze Bond van Adverteerders e a., citata supra, nota 31, punto 32, e 18 giugno 1991, causa C-260/89, ERT (Racc. pag. I-2925, punto 24).

non possono costituire motivi di ordine pubblico ai sensi dell'art. 56 del Trattato [54].

57. Dall'ordinanza di rinvio sembra potersi evincere che l'Arrondissementsrechtbank ritiene che l'applicazione dei criteri di «quanto è usuale nell'ambito professionale» e della «necessità delle cure», cui ricorrono sia le casse malattia dei Paesi Bassi allorché esaminano le richieste di assistenza medica all'estero sia la giurisprudenza del Centrale Raad van Beroep, costituisca una discriminazione a motivo del luogo di stabilimento del prestatore di servizi.

58. La Commissione, da parte sua, ritiene che il primo criterio privilegi i professionisti e gli istituti di cura stabiliti nei Paesi Bassi, in quanto si fonda unicamente sui pareri dei medici nazionali. Si tratta di un criterio neutro, imposto indistintamente ai prestatori di servizi nazionali e stranieri ma che, di fatto, opera a detrimento dei prestatori di assistenza medica degli altri Stati membri. A suo parere, il secondo criterio si applica in modo diverso a seconda che il prestatore dell'assistenza sanitaria non convenzionato cui l'assicurato intende rivolgersi sia stabilito nei Paesi Bassi o all'estero, giacché, a suo avviso, la legislazione nazionale prescrive che prima di ricorrere ad un istituto non convenzionato stabilito all'estero, occorre dimostrare che nessun istituto non convenzionato dei Paesi Bassi possa offrire la stessa assistenza. La Commissione ritiene pertanto che il secondo criterio costituisca una discriminazione formale a motivo del luogo di stabilimento.

A suo parere, l'obbligo di autorizzazione previa associa i due criteri, e prevale il criterio di discriminazione formale del secondo. Per tale motivo la Commissione propone di considerare l'autorizzazione previa come una misura formalmente discriminatoria, che può essere giustificata soltanto ricorrendo ad una delle eccezioni contemplate dall'art. 56 del Trattato CE, ossia i motivi d'ordine pubblico, di pubblica sicurezza e di sanità pubblica.

59. Non condivido tali osservazioni. Il criterio di «quanto è usuale nell'ambiente professionale», nozione che va definita in base a motivi medici oggettivi e a prescindere dal luogo in cui vengono prestate le cure, viene utilizzato per individuare le prestazioni coperte dal regime di assicurazione malattia obbligatoria. Sebbene al momento di adottare tale decisione venga preso in considerazione soltanto il parere dei medici nazionali, occorre tenere conto dell'influenza delle conoscenze degli specialisti stranieri esercitata mediante i contributi alla scienza medica apportati durante i congressi internazionali e nella letteratura specializzata.

Inoltre, per individuare le prestazioni che devono essere coperte dall'assicurazione

54 — Sentenza Bond van Adverteerders e a., citata supra, nota 32, punto 34.

malattia si considera non soltanto ciò che è tecnicamente possibile in medicina, ma anche ciò che è finanziariamente sostenibile. Le prestazioni coperte, la loro ampiezza e le terapie applicate a determinate malattie differiscono pertanto notevolmente da uno Stato membro all'altro, come è stato dimostrato nelle due cause pendenti dinanzi all'Arrondissementsrechtbank di Roermond [55]. La decentralizzazione applicata agli enti previdenziali, un tempo a carattere nazionale, provoca anch'essa divergenze a seconda delle disponibilità di bilancio di uno o dell'altro organismo di ambito regionale [56]. Per tali motivi, una determinata terapia non coperta da un regime di assicurazione malattia non può trasformarsi in prestazione a carico di quest'ultimo per il semplice fatto che un paziente è riuscito ad ottenerla ricorrendo ad un istituto non convenzionato, sia esso stabilito nel territorio nazionale o all'estero [57].

60. La Corte ha dichiarato che il diritto comunitario non scalfisce la competenza degli Stati membri ad impostare i loro sistemi previdenziali [58] e che, in mancanza di un'armonizzazione a livello comunitario, spetta alla normativa di ciascuno Stato membro determinare, da un lato, le condizioni del diritto o dell'obbligo di iscriversi a un regime di previdenza sociale [59] e, dall'altro lato, le condizioni cui è subordinato il diritto a prestazioni [60], purché non venga operata a questo proposito alcuna discriminazione tra i cittadini dello Stato ospitante e i cittadini degli altri Stati membri [61].

Ritengo che il criterio di «quanto è usuale in ambito professionale» utilizzato dalle casse per definire le prestazioni coperte dall'assicurazione malattia obbligatoria non sia discriminatorio, giacché esso non implica che vengano prese in considerazione soltanto le prestazioni disponibili nei Paesi Bassi e non lede, né in misura maggiore né in tutti i casi, i prestatori di servizi stabiliti in altri Stati membri. In ogni caso, allo stato attuale il diritto comunitario non può obbligare uno Stato membro

55 — Come esempio di tali differenze si può citare il regime previdenziale generale spagnolo, in cui l'assistenza sanitaria in materia di stomatologia e di odontologia non comprende le occlusioni (salvo per i minori di quattordici anni), l'endodonzia, le protesi dentarie, gli impianti osteointegrati e la ortodonzia, a prescindere dal costo e dal luogo in cui vengono prestate le cure.

56 — In Spagna, per esempio, sembra che il Servizio sanitario andaluso sia stato il primo organismo di sanità pubblica ad includere il cambiamento di sesso tra le prestazioni coperte.

57 — Per fare un esempio di tali differenze di copertura, la signorina Kohll avrebbe potuto seguire il trattamento ortodontistico presso uno specialista privato in Spagna e chiedere il rimborso in Lussemburgo mentre un beneficiario del regime previdenziale spagnolo non avrebbe potuto ottenere tale trattamento in nessun luogo, salvo sopportarne egli stesso tutte le relative spese.

58 — Sentenze Duphar e a. e Sodemare e a., citate supra, nota 30, rispettivamente punti 16 e 27.

59 — Sentenze 24 aprile 1980, causa 110/79, Coonan (Racc. pag. 1445, punto 12); 4 ottobre 1991, causa C-349/87, Paraschi (Racc. pag. I-4501, punto 15), e Kohll, citata supra, nota 11, punto 18.

60 — Sentenze 30 gennaio 1997, cause riunite C-4/95 e C-5/95, Stöber e Piosa Pereira (Racc. pag. I-511, punto 36), e Kohll, citata supra, nota 11, punto 18.

61 — Sentenze Coonan, citata supra, nota 59, punto 12; 18 maggio 1989, causa 368/87, Hartman Troiani (Racc. pag. 1333, punto 21); 21 febbraio 1991, causa C-245/88, Daalmeijer (Racc. pag. I-555, punto 15); 20 ottobre 1993, causa C-297/92, Baglieri (Racc. pag. I-5211, punto 13), e 30 gennaio 1997, causa C-340/94, De Jaeck (Racc. pag. I-461, punto 36).

ad includere nella copertura di un'assicurazione malattia obbligatoria tutte le prestazioni e le terapie previste dalle assicurazioni malattia degli altri Stati membri.

Per gli stessi motivi, ritengo che ai fini della soluzione della presente questione pregiudiziale sia irrilevante il fatto che una prestazione sia coperta dal regime di assicurazione malattia di uno Stato membro e non da quello di un altro.

61. Per quanto riguarda il criterio della «necessità delle cure» per l'assicurato, dal combinato disposto degli artt. 9, n. 4, della legge sulle casse malattia e 1 del regolamento sull'assistenza sanitaria all'estero coperta dall'assicurazione malattia obbligatoria non deduco, come fa la Commissione, che dette disposizioni si applichino in modo diverso a seconda che il trattamento, considerato come prestazione coperta, debba essere seguito in un istituto non convenzionato stabilito nei Paesi Bassi o all'estero. In entrambi i casi, l'unica condizione cui l'assicurato deve rispondere è aver ottenuto l'autorizzazione della sua cassa malattia.

Occorre nondimeno sottolineare che la questione del giudice a quo verte su un'ipotesi diversa, ossia quella in cui un assicurato non ottiene l'autorizzazione a sottoporsi all'estero ad un trattamento considerato come prestazione coperta in quanto nei Paesi Bassi esiste un professionista convenzionato in grado di fornire lo stesso trattamento in tempo utile. Il dubbio verrebbe meno qualora la Corte ritenesse che le cure garantite dall'assicurazione malattia obbligatoria nei Paesi Bassi non costituiscono servizi ai sensi dell'art. 60 del Trattato. Per ogni eventualità, lo esaminerò nell'ambito dell'analisi dei motivi di giustificazione dell'obbligo di autorizzazione previa.

62. A mio parere, la normativa olandese sull'assicurazione malattia obbligatoria, prescrivendo che l'assicurato deve ottenere l'autorizzazione dalla sua cassa, non discrimina i destinatari dei servizi in ragione della loro nazionalità, in quanto tocca tutte le persone che intendano recarsi in un altro Stato membro e, operando unicamente una distinzione tra prestatori convenzionati e non convenzionati, a prescindere dalla circostanza ch'essi siano stabiliti nei Paesi Bassi o all'estero, non discrimina neppure tra gli assicurati in base all'origine della prestazione [62].

62 — Tale situazione si differenzia nettamente da quella di cui alla causa decisa con sentenza 25 luglio 1991, causa C-353/89, Commissione/Paesi Bassi (Racc. pag. I-4069), in cui la Corte ha dichiarato che non era necessario che tutte le imprese di uno Stato membro risultassero favorite rispetto alle imprese straniere, essendo sufficiente che il regime preferenziale istituito favorisse un prestatore di servizi nazionale. In detta causa, la Commissione contestava ai Paesi Bassi di aver obbligato gli enti nazionali di radiodiffusione stabiliti sul suo territorio ad affidare in tutto o in parte la realizzazione dei programmi ad un'impresa olandese.

63. Il giudice a quo sembra dubitare dell'assenza di discriminazione, giacché rileva che le convenzioni vengono concluse principalmente con istituti di cura stabiliti nei Paesi Bassi.

Occorre aggiungere che, tenuto conto della direttiva del Consiglio 5 aprile 1993, 93/16/CEE, intesa ad agevolare la libera circolazione dei medici e il reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli [63] e del fatto che il governo olandese al punto 56 delle sue osservazioni scritte afferma che un istituto di cura autorizzato ad operare in un altro Stato membro è automaticamente riconosciuto nei Paesi Bassi e può stipulare una convenzione con una cassa malattia olandese, non pare esservi alcun ostacolo giuridico che impedisca alle casse di concludere dette convenzioni con professionisti ed istituti stabiliti in altri Stati membri. Che esse cerchino di stipulare tali convenzioni con chi può prestare le cure con uno spostamento minimo è una norma di buon senso, mediante la quale le casse cercano di rendere l'assistenza medica più facilmente accessibile ai loro assicurati quando sono malati. Di fatto la conclusione di accordi con professionisti ed istituti di cura operanti nelle regioni frontaliere del Belgio e della Germania confinanti con i Paesi Bassi persegue lo stesso obiettivo e non determina troppi problemi linguistici ai pazienti.

64. Riprendendo in esame l'obbligo di autorizzazione, che non impone formalmente un regime distinto per i professionisti di altri Stati membri, debbo rammentare che, secondo la Corte, l'art. 59 del Trattato prescrive non solo l'eliminazione di qualsiasi discriminazione nei confronti del prestatore di servizi in base alla sua cittadinanza, ma anche la soppressione di qualsiasi restrizione, anche qualora essa si applichi indistintamente ai prestatori nazionali ed a quelli degli altri Stati membri, allorché essa sia tale da vietare o da ostacolare in altro modo le attività del prestatore stabilito in un altro Stato membro ove fornisce legittimamente servizi analoghi [64].

65. Pertanto, la Corte ha dichiarato che la libera prestazione di servizi, in quanto principio fondamentale del Trattato, può essere limitata solamente da norme:

1) giustificate da esigenze imperative connesse all'interesse generale e valevoli per tutte le persone e le imprese che esercitino attività nel territorio dello Stato di cui trattasi, qualora tale interesse non sia tutelato dalle norme cui il cittadino comunitario è soggetto nello Stato membro in cui è stabilito;

63 — GU L 165, pag. 1.

64 — Sentenze 25 luglio 1991, causa C-76/90, Säger (Racc. pag. I-4221, punto 12), e 5 giugno 1997, causa C-398/95, SETTG (Racc. pag. I-3091, punto 16).

2) necessarie per garantire la realizzazione dell'obbiettivo che perseguono, e

3) che non travalicano quanto necessario per conseguire detto obiettivo [65].

66. L'Arrondissementsrechtbank intende sapere se le esigenze imperative connesse all'interesse generale fatte valere dagli enti convenuti siano sufficienti a giustificare l'ostacolo alla libera prestazione di servizi.

67. Nel corso degli anni la Corte ha elaborato una giurisprudenza empirica in merito a tali esigenze imperative. Ecco un elenco non esauriente delle esigenze che ha riconosciuto come tali: la protezione della proprietà intellettuale [66]; la tutela del destinatario del servizio, che può giustificare la necessità che il prestatore di servizi sia sottoposto alle norme professionali dello Stato membro ospitante [67]; la tutela previdenziale dei lavoratori [68]; la tutela dei consumatori [69], la lealtà nelle transazioni commerciali [70]; una politica culturale consistente nel conservare un sistema nazionale di radio e televisione che garantisca il pluralismo [71]; la tutela della buona amministrazione della giustizia [72]; la salvaguardia della coerenza del regime fiscale [73]; la salvaguardia della buona reputazione del settore finanziario nazionale [74], la conservazione del patrimonio storico ed artistico nazionale [75]; la valorizzazione delle ricchezze archeologiche, storiche e artistiche e la migliore divulgazione possibile delle conoscenze sul patrimonio artistico e culturale di un paese [76], e infine, il rischio di pregiudizio grave per l'equilibrio finanziario del sistema previdenziale [77].

65 — Sentenze 4 dicembre 1986, causa 205/84, Commissione/Germania (Racc. pag. 3755, punto 27); 26 febbraio 1991, causa C-180/89, Commissione/Italia (Racc. pag. I-709, punti 17 e 18), e 20 maggio 1992, causa C-106/91, Ramrath (Racc. pag. I-3351, punti 29-31).

66 — Sentenza 18 marzo 1980, causa 62/79, Coditel (Racc. pag. 881, punto 18).

67 — Sentenza Van Wesemael, citata supra, nota 51, punto 28.

68 — Sentenze Webb, citata supra, nota 29, punto 19; 3 febbraio 1982, cause riunite 62/81 e 63/81, Seco (Racc. pag. 223, punto 14); 27 marzo 1990, causa C-113/89, Rush Portuguesa (Racc. pag. I-1417, punto 18); 9 agosto 1994, causa C-43/93, Vander Elst (Racc. pag. I-3803, punto 23), e 28 marzo 1996, causa C-272/94, Guiot (Racc. pag. I-1905, punto 16).

69 — Sentenze 4 dicembre 1986, causa 220/83, Commissione/Francia (Racc. pag. 3663, punto 20); causa 252/83, Commissione/Danimarca (Racc. pag. 3713, punto 20); Commissione/Germania, citata supra, nota 65, punto 30; causa 206/84, Commissione/Irlanda (Racc. pag. 3817, punto 20); 26 febbraio 1991, causa C-198/89, Commissione/Grecia (Racc. pag. I-727, punto 21), e 9 luglio 1997, causa C-222/95, Parodi (Racc. pag. I-3899, punto 32).

70 — Sentenza 9 luglio 1997, cause riunite C-34/95, C-35/95 e C-36/95, De Agostini e TV-Shop (Racc. pag. I-3843, punto 53).

71 — Sentenze 25 luglio 1991, causa C-288/89, Stichting Collectieve Antennevoorziening Gouda (Racc. pag. I-4007, punti 23 e 25); 25 luglio 1991, causa C-353/89, Commissione/Paesi Bassi (Racc. pag. I-4069, punto 30), e 3 febbraio 1993, causa C-148/91, Veronica Omroep Organisatie (Racc. pag. I-487, punto 15).

72 — Sentenza 12 dicembre 1996, causa C-3/95, Reisebüro Broede (Racc. pag. I-6511, punto 36).

73 — Sentenze 28 gennaio 1992, causa C-300/90, Commissione/Belgio (Racc. pag. I-305, punto 21); Bachmann, citata supra, nota 15, punto 28, e 14 novembre 1995, causa C-484/93, Svensson e Gustavsson (Racc. pag. I-3955, punto 16).

74 — Sentenza 10 maggio 1995, causa C-384/93, Alpine Investments (Racc. pag. I-1141, punto 44).

75 — Sentenza 26 febbraio 1991, causa C-180/89, Commissione/Italia (Racc. pag. I-709, punto 20).

76 — Sentenze 26 febbraio 1991, causa C-154/89, Commissione/Francia (Racc. pag. I-659, punto 17), e causa C-198/89, Commissione/Grecia (Racc. pag. I-727, punto 21).

77 — Sentenza Kohll, citata supra, nota 11, punto 41.

68. Le esigenze imperative di interesse generale dedotte dagli enti convenuti sono, in sintesi, le seguenti:

— mantenere l'infrastruttura e l'equilibrio finanziario del sistema di convenzioni, che consenta di controllare i costi, il volume e la qualità delle cure mediche;

— assicurare un'assistenza sanitaria alla portata di tutti;

— garantire un numero sufficiente di medici, di impianti e di letti d'ospedale cercando un equilibrio che eviti sia le liste di attesa (che implicano una limitazione dell'accesso all'assistenza sanitaria), sia uno spreco delle risorse economiche (che nella sanità sono molto limitate), obiettivi che impongono di regolare l'accesso agli ospedali;

— limitare il numero di malati che si recano all'estero ed evitare un'affluenza massiccia di pazienti stranieri, movimenti che determinerebbero distorsioni nell'uso delle strutture ospedaliere.

Gli Stati membri intervenuti nella presente causa deducono quali esigenze imperative di interesse generale per mantenere l'obbligo di autorizzazione, oltre ad alcune di quelle già citate, l'esigenza che le casse assicuratrici possano controllare le spese, il rispetto del potere di ciascuno Stato di stabilire le priorità sanitarie in funzione dei mezzi di cui dispone e delle esigenze della sua popolazione, ed il rispetto del principio di parità tra gli assicurati, senza il quale gli assicurati meno agiati sarebbero sfavoriti, in quanto non potrebbero recarsi in un altro Stato senza preoccuparsi delle spese che ciò comporta.

69. Tutti questi motivi possono ridursi a tre, ossia mantenere l'equilibrio finanziario del regime di assicurazione malattia obbligatoria, garantire un servizio medico-ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti gli iscritti alle stesse condizioni ed assicurare la capacità di assistenza e la competenza medica necessarie nel territorio nazionale.

70. Questi tre motivi sono già stati esaminati dalla Corte nella sentenza Kohll, allorché ha considerato che un rischio di grave alterazione dell'equilibrio finanziario del sistema previdenziale può costituire un motivo imperativo di interesse generale atto a giustificare l'obbligo di autorizzazione affinché un assicurato possa ricevere assistenza all'estero [78]. Quanto all'esigenza

78 — Citata supra, nota 11, punto 41.

di garantire un servizio medico-ospedaliero equilibrato ed ugualmente accessibile a tutti gli iscritti, e all'obiettivo di garantire la capacità di assistenza e la competenza medica adeguate nel territorio nazionale, la Corte ha ritenuto che potessero rientrare nel regime di deroghe giustificate da ragioni di sanità pubblica previsto dall'art. 56 del Trattato, che consente di limitare la libera prestazione dei servizi medico-ospedalieri [79].

71. È pertanto incontestabile che i predetti tre motivi possano giustificare un ostacolo alla libera prestazione di servizi come l'obbligo di autorizzazione controverso allorché, come nella specie, esso valga indistintamente per i prestatori nazionali e per quelli stabiliti all'estero; non è altrettanto incontestabile che tale obbligo sia necessario per garantire la realizzazione degli obiettivi perseguiti, né che esso sia conforme al principio di proporzionalità.

72. Tenterò di dissipare questi dubbi. Nei regimi come quello in esame, che garantiscono agli iscritti prestazioni in natura, le casse malattia gestiscono il loro bilancio concludendo convenzioni con professionisti ed istituti di cura, nelle quali si stabiliscono sia le prestazioni che la disponibilità di servizi ed il contributo economico che le casse s'impegnano a versare. Tale sistema consente di garantire in anticipo il finanziamento di tutta l'assistenza medica di cui gli assicurati necessitano nel corso di un anno, sia per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali che le cure nei centri ospedalieri, di modo tale che le casse, in linea di principio, non debbano far fronte a spese supplementari.

In tali circostanze, l'obbligo di autorizzazione costituisce a mio parere non soltanto una misura necessaria e proporzionata rispetto all'obiettivo di mantenere l'equilibrio finanziario del sistema, bensì l'unico mezzo di cui dispongono le casse malattia per avere il controllo dei pagamenti a professionisti ed istituti di cura non convenzionati per cure mediche già pagate ai prestatori convenzionati, in quanto tali pagamenti implicano per le casse un onere finanziario supplementare. Mi sembra evidente che in un regime previdenziale che stabilisce in anticipo non soltanto i mezzi per garantire l'assistenza medica, ma anche i professionisti e gli istituti di cura che la presteranno, le casse malattia devono poter contare sul fatto che, salvo rare eccezioni cui esse dovranno acconsentire, le cure mediche delle quali gli assicurati necessitano saranno prestate proprio da detti professionisti ed istituti di cura, a prescindere dalla circostanza ch'essi operino nel territorio nazionale o all'estero.

79 — Ibidem, punti 50 e 51.

73. Vorrei aggiungere che in un regime di prestazioni in natura come quello in esame non opera la distinzione formulata dall'avvocato generale Tesauro al paragrafo 59 delle conclusioni presentate nelle cause Decker [80] e Kohll [81], tra prestazioni effettuate da liberi professionisti e prestazioni fornite nelle strutture ospedaliere. Ritengo che il ricorso di un assicurato a cure non coperte da una convenzione comporti sempre per la cassa un onere finanziario supplementare. Per tale motivo considero giustificato l'obbligo di ottenere un'autorizzazione previa.

74. Ritengo pertanto che l'obiettivo di garantire un servizio medico-ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti, così come quello di mantenere la capacità di assistenza e la competenza medica essenziale nel territorio nazionale, oltre ad essere intrinsecamente connessi al metodo di finanziamento del sistema, possono rientrare tra i motivi di sanità pubblica che possono giustificare una restrizione alla libera prestazione di servizi ai sensi dell'art. 56, come la Corte ha già dichiarato ai punti 50 e 51 della sentenza Kohll [82]. Tuttavia, a differenza di quanto era avvenuto in detta causa, nella specie è stato dimostrato che, data la struttura del regime dell'assicurazione malattia obbligatoria olandese, fondato su una concertazione previa e globale con i professionisti e gli istituti di cura in merito agli strumenti tecnici, alla capacità di accoglienza ed alle risorse umane, l'obbligo di autorizzazione risulta giustificato in quanto consente alle casse di conoscere le esigenze in termini di assistenza supplementare, in modo tale da poter correggere le disparità rilevate.

75. Sulla scorta delle considerazioni che precedono, occorre concludere che una cassa malattia può legittimamente negare ad un assicurato l'autorizzazione a ricevere assistenza sanitaria all'estero presso un professionista o un istituto non convenzionati qualora le cure necessarie possano essere prestate da un professionista o da un istituto convenzionato stabilito nel territorio nazionale.

D — *Sull'applicazione dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71*

76. Sebbene il giudice a quo non abbia interrogato la Corte in merito all'interpretazione dell'art. 22, n. 1, lett. c), sub i), e n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/81, occorre svolgere qualche considerazione al riguardo. Come si ricorderà, detta norma riconosce al lavoratore iscritto ad una cassa malattia in uno Stato membro ed autorizzato dall'istituzione competente a recarsi nel territorio di un altro Stato membro per ricevere le cure appropriate al suo stato il diritto alle prestazioni erogate per conto dell'istituzione compe-

80 — Citata supra, nota 10.
81 — Citata supra, nota 11.
82 — Ibidem.

tente secondo le disposizioni della legislazione dello Stato in cui vengono effettuate le prestazioni. L'autorizzazione a recarsi all'estero non può essere negata se le cure necessarie rientrano tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro nel cui territorio risiede l'interessato e sempreché, tenuto conto del suo stato di salute e della probabile evoluzione della malattia, le cure di cui trattasi non possano essere prestate in detto Stato nel lasso di tempo normalmente necessario.

77. Detta norma enuncia le regole applicabili nel caso concreto in cui l'assicurato si rechi in un altro Stato membro per sottoporsi a cure conformemente alle disposizioni in vigore in detto Stato, a carico dell'istituzione competente. Tale ipotesi si differenzia nettamente dal caso esaminato nella causa Kohll, in cui il beneficiario aveva ricevuto assistenza medica in un altro Stato membro, ma l'istituzione competente rimborsava soltanto la tariffa prevista nello Stato d'iscrizione.

78. Le condizioni imposte dalle casse malattia dei Paesi Bassi per concedere l'autorizzazione al trattamento da parte di un professionista o di un centro ospedaliero non convenzionato, ossia che il trattamento sia considerato come prestazione coperta dall'assicurazione malattia obbligatoria e che il paziente non possa, nell'ambito della convenzione, ricevere cure adeguate al suo stato di salute entro un termine prudenziale, coincidono con le condizioni cui l'art. 22 del regolamento n. 1408/71 subordina il rilascio dell'autorizzazione a sottoporsi ad una cura all'estero. Rilevo inoltre che nella proposta presentata dalla Commissione al Consiglio ed intesa a semplificare il regolamento n. 1408/71 [83], l'art. 22 diverrebbe l'art. 18, e l'attuale formula negativa «l'autorizzazione (...) non può essere rifiutata» sarebbe sostituita con la formula positiva «l'autorizzazione deve essere concessa», ma si manterrebbero le stesse condizioni, ossia che si tratti di prestazioni coperte dall'assicurazione malattia e che le cure debbano essere praticate con urgenza [84].

79. A mio parere, si tratta di una norma che conserva la sua validità e che dev'essere applicata [85] parallelamente alla giurispru-

83 — Proposta di regolamento (CE) del Consiglio relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale COM/98/0779 def. (GU C 38, pag. 10).

84 — Il testo proposto è il seguente: «Autorizzazione per ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato competente. La persona autorizzata dall'istituzione competente a recarsi nel territorio di un altro Stato membro per ricevervi cure adeguate al suo stato di salute, beneficia delle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora, secondo le disposizioni che essa applica, come se fosse ad essa iscritta. L'autorizzazione deve essere concessa qualora le cure di cui si tratta figurino tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro competente o nel cui territorio risiede l'interessato e se le cure in questione, tenuto conto dello stato di salute dello stesso nel periodo in causa e della probabile evoluzione della malattia, non possono essergli praticate entro il lasso di tempo normalmente necessario».

85 — V., nello stesso senso, Cornelissen, R.: «The principle of territoriality and the Community regulations on social security (Regulations 1408/71 e 574/62)», *Common Market Law Review*, 1996, 33 pagg. 439-471, in particolare pagg. 465 e 466.

denza che la Corte ha elaborato nelle sentenze Decker [86] e Kohll [87] per un regime previdenziale come quello lussemburghese e che non può essere trasposta a tutti gli altri regimi degli Stati membri, data la diversità che li caratterizza.

A tale riguardo, vorrei aggiungere che ritengo riprovevole il fatto che le istituzioni competenti degli Stati membri applichino la suddetta norma in modo così restrittivo e che ogni anno concedano così poche autorizzazioni mentre, sotto il loro controllo, potrebbe costituire uno strumento di valore inestimabile per ridurre le lunghe liste d'attesa con cui i pazienti si trovano a confrontarsi in alcuni Stati membri. In tal modo essi potrebbero ricevere cure mediche in un altro Stato membro in base all'art. 22 del regolamento n. 1408/71, oppure facendo valere direttamente la giurisprudenza Decker e Kohll, senza correre il rischio di vedersi rifiutare il rimborso delle spese sostenute una volta rientrati nello Stato di residenza [88].

80. Il fenomeno del cosiddetto «turismo medico-sociale», per il quale i pazienti, generalmente agiati, cercano un migliore trattamento sanitario all'estero è esistito in ogni epoca, ben prima che fosse istituita l'Unione europea. Nell'anno 1911, lo scrittore tedesco Thomas Mann, accompagnato dalla moglie malata, aveva preso alloggio in un sanatorio a Davos, in Svizzera. In contatto con i pazienti che giungevano da ogni paese per curarsi in tale istituto, situato in un ambiente montano e selvaggio, nel 1924 egli concepì la sua opera geniale «Der Zauberberg», in cui sottolinea questo andirivieni di pazienti internazionali alla ricerca delle cure mediche più appropriate [89]. Tale «turismo medico-sociale» costituisce un ulteriore motivo perché le istituzioni competenti siano più disponibili ad autorizzare gli assicurati a recarsi in un altro Stato membro per ricevervi cure mediche, in modo tale che, senza porre in pericolo l'equilibrio finanziario dei sistemi sanitari, si rispetti il principio di parità tra tutti gli assicurati nell'accesso al più alto livello possibile di cure mediche [90].

86 — Citata supra, nota 10.

87 — Citata supra, nota 11.

88 — Van der Mei, op. cit., pagg. 286 e 287, afferma al riguardo: «In tutti gli altri casi l'autorizzazione può essere negata. Il regolamento lascia quindi agli Stati membri ampia facoltà di decidere se concedere o meno l'autorizzazione e, in pratica, l'autorizzazione solitamente è negata. Le leggi e i regolamenti nazionali limitano i casi in cui gli enti previdenziali possono concedere l'autorizzazione, ed entro tali limiti gli enti competenti sembrano seguire politiche di autorizzazione alquanto restrittive».

89 — «Es waren da Liegehallendamen verschiedener Nationalität untermischt mit (...) einem bebrillten jungen Holländer mit rosigem Gesicht und monomanischer Leidenschaft für den Briefmarkentausch; verschiedenen Griechen, pomadisiert (...) Der Bucklige Mexikaner, dem Nichtkenntnis der hier vertretenen Sprachen den Gesichtsausdruck eines Tauben verlieh (...)»; Mann, T., *Der Zauberberg*, S. Fischer Verlag GmbH 1974, pag. 324. [C'erano donne di varia nazionalità che facevano la cura nelle verande comuni (...) diciassettenni che portavano il monocolo; un giovane olandese col viso roseo e con una monomaniaca passione per lo scambio di francobolli; diversi greci, impomatati (...). Il messicano gobbo, cui l'ignoranza delle lingue parlate lassù conferiva l'espressione di chi è sordo (...)]; Mann, T., *La montagna incantata*, Ed. CDE, 1996, su licenza della casa editrice Corbaccio, Milano, pag. 385 (traduzione di Ervino Pocher).

90 — Secondo Le Grand, J.: «La asistencia sanitaria y la construcción del mercado único: perspectiva y problemática», *Mercado único europeo y seguridad social*, Madrid, 1993, Pagg. 332 e 333, il turismo medico-sociale può indurre gli Stati che perdono malati in favore di altri sistemi sanitari a migliorare i loro servizi medici. Tuttavia, l'autore sottolinea che ciò dipenderà dal sistema di retribuzione dei servizi medici: se esso si fonda su onorari commisurati ai servizi prestati, ciò indurrà i professionisti a curare il maggior numero possibile di malati; se la retribuzione dipende dal numero di persone indicate negli elenchi, i professionisti saranno tentati di mantenere in elenco solo pazienti relativamente sani ed indirizzare i malati che necessitano di cure costose verso i sistemi previdenziali di altri paesi; infine, se la retribuzione avviene sotto forma di stipendio, ciò indurrà gli operatori a cercare di curare il minor numero possibile di malati. A suo parere, le ultime due situazioni possono determinare un turismo sociale indotto dalle persone che prestano i servizi, in quanto esse cercheranno di persuadere i loro pazienti a farsi curare altrove, anche in altri Stati membri.

IX — Conclusione

81. Alla luce delle suesposte considerazioni, propongo alla Corte di risolvere come segue le questioni sottopostele dall'Arrondissementsrechtbank di Roermond, Paesi Bassi:

«1) Le prestazioni di assistenza sanitaria in natura fornite agli assicurati da un regime di assicurazione malattia obbligatoria come quello olandese difettano dell'elemento retributivo proprio dei servizi, ai sensi dell'art. 60 del Trattato CE (divenuto art. 50 CE). Poiché non costituiscono servizi ai sensi del Trattato, gli artt. 59 (divenuto, in seguito a modifica, art. 49 CE) e 60 del Trattato non ostano a che le casse malattia obblighino i loro assicurati a chiedere un'autorizzazione allorché intendano ricevere prestazioni da un professionista o da un istituto con cui esse non hanno stipulato una convenzione di assistenza sanitaria.

2) Se, per contro, la Corte accoglie l'ipotesi secondo cui dette prestazioni costituiscono servizi ai sensi dell'art. 60 del Trattato, tale obbligo di autorizzazione previa costituirebbe in pratica un ostacolo alla libera prestazione di servizi ma dovrebbe essere considerato come una misura proporzionata e necessaria a mantenere l'equilibrio finanziario del regime al fine di garantire un sistema medico-ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti ed atto ad assicurare la capacità di assistenza e la competenza medica essenziale nel territorio nazionale».