Raccolta della giurisprudenza

CONCLUSIONI DELL'AVVOCATO GENERALE
ATHANASIOS RANTOS
presentate il 22 aprile 2021 [1]

Causa C-636/19

Y
contro
CAK

[domanda di pronuncia pregiudiziale proposta dal Centrale Raad van Beroep (Corte d'appello in materia di previdenza sociale e di funzione pubblica, Paesi Bassi)]

«Rinvio pregiudiziale – Assistenza sanitaria transfrontaliera – Direttiva 2011/24/UE – Articolo 3, lettera b), sub i) – Nozione di "persona assicurata" – Articolo 7 – Rimborso dei costi delle prestazioni sanitarie transfrontaliere – Regolamento (CE) n. 883/2004 – Articolo 1, lettera c) – Articolo 24 – Diritto alle prestazioni in natura fornite dallo Stato membro di residenza per conto dello Stato membro erogatore della pensione – Articolo 56 TFUE»

I. Introduzione

1. Una persona che percepisce una pensione in forza della legge di uno Stato membro (in prosieguo: lo «Stato erogatore della pensione») e che ha diritto, ai sensi dell'articolo 24 del regolamento (CE) n. 883/2004 [2], alle prestazioni in natura fornite dallo Stato membro della sua residenza (in prosieguo: lo «Stato di residenza») per conto dello Stato erogatore della pensione, senza tuttavia disporre di un'assicurazione malattia obbligatoria in quest'ultimo Stato, rientra nella nozione di «persona assicurata», ai sensi dell'articolo 3, lettera b), sub i), della direttiva 2011/24/UE [3], così da poter far valere l'articolo 7, paragrafo 1, della direttiva citata, al fine di essere rimborsata, dallo Stato erogatore della pensione, per i costi delle prestazioni sanitarie transfrontaliere di cui essa ha fruito in un terzo Stato membro? In caso di risposta in senso negativo, un diniego di rimborso, da parte dello Stato erogatore della pensione, dei costi di tali prestazioni sanitarie transfrontaliere per mancanza di autorizzazione preventiva, può costituire un ostacolo ingiustificato alla libera prestazione dei servizi, in violazione dell'articolo 56 TFUE?

[1] Lingua originale: il francese.

[2] Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (GU 2004, L 166, pag. 1, e rettifica in GU 2004, L 200, pag. 1), così come modificato dal regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009 (GU 2009, L 284, pag. 43) (in prosieguo: il «regolamento n. 883/2004»).

[3] Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera (GU 2011, L 88, pag. 45).

2. Tali sono le questioni, sollevate dalla presente causa, che porteranno la Corte, da una parte, a precisare il collegamento tra le disposizioni del regolamento n. 883/2004 e quelle della direttiva 2011/24 che permettono ad un assicurato di ricevere assistenza sanitaria transfrontaliera [4], e, dall'altra, ad applicare la sua giurisprudenza relativa all'autorizzazione preventiva in quanto ostacolo alla libera prestazione dei servizi ai sensi dell'articolo 56 TFUE [5].

II. Contesto normativo

A. Diritto dell'Unione

1. Regolamento n. 883/2004

3. Ai sensi dei considerando 20 e 22 del regolamento n. 883/2004:

«(20) Nel campo delle prestazioni di malattia, di maternità e di paternità assimilate, occorrerebbe garantire una protezione che disciplini la situazione delle persone assicurate, nonché dei loro familiari, che risiedono o dimorano in uno Stato membro diverso dallo Stato competente.

(...)

(22) La posizione specifica dei richiedenti e dei titolari di pensioni o di rendite e dei loro familiari richiede disposizioni nel campo dell'assicurazione malattia adattate a questa situazione».

4. A termini dell'articolo 1, lettere c), q), s) e v *bis*), di tale regolamento:

«Ai fini del presente regolamento si intende per:

(...)

c) "persona assicurata", in relazione ai settori di sicurezza sociale compresi nel titolo III, capitoli 1 e 3, qualsiasi persona che soddisfa i requisiti previsti dalla legislazione dello Stato membro competente ai sensi del titolo II per avere diritto alle prestazioni, tenuto conto delle disposizioni del presente regolamento;

(...)

q) "istituzione competente":

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

[4] Il collegamento tra tali due atti legislativi e le loro differenze è già stato esaminato in maniera dettagliata, in particolare, nelle conclusioni dell'avvocato generale Hogan nella causa Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325, punti da 48 a 68). V., altresì, al riguardo, Carrascosa Bermejo, M.-D., «Cross-border healthcare in the EU: Interaction between Directive 2011/24/EU and the Regulations on social security coordination», *ERA Forum*, vol. 15, 2014, pagg. 359-380.

[5] Questione già esaminata dalla Corte, in particolare, nelle sentenze del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), e del 23 settembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Assistenza sanitaria transfrontaliera) (C-777/18, EU:C:2020:745).

ii) l'istituzione nei cui confronti l'interessato ha diritto a prestazioni o ne avrebbe diritto se egli, il suo familiare o i suoi familiari risiedessero nello Stato membro nel quale si trova tale istituzione;

(...)

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

(...)

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

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

(...)».

5. L'articolo 2 del suddetto regolamento, dal titolo «Ambito d'applicazione ratione personae», al suo paragrafo 1, così dispone:

«Il presente regolamento si applica ai cittadini di uno Stato membro, agli apolidi e ai rifugiati residenti in uno Stato membro che sono o sono stati soggetti alla legislazione di uno o più Stati membri, nonché ai loro familiari e superstiti».

6. Contenuto nel titolo II dello stesso regolamento, intitolato «Determinazione della legislazione applicabile», l'articolo 11, dal titolo «Norme generali», al paragrafo 3, lettera e), recita:

«Fatti salvi gli articoli da 12 a 16:

(...)

e) qualsiasi altra persona che non rientri nelle categorie di cui alle lettere da a) a d) è soggetta alla legislazione dello Stato membro di residenza, fatte salve le altre disposizioni del presente regolamento che le garantiscono l'erogazione di prestazioni in virtù della legislazione di uno o più altri Stati membri».

7. Il titolo III del regolamento n. 883/2004, intitolato «Disposizioni specifiche riguardanti le varie categorie di prestazione», contiene un capitolo 1, la cui sezione 1 è a sua volta intitolata «Persone assicurate e loro familiari, ad eccezione di pensionati e loro familiari».

8. L'articolo 18, paragrafo 1, di tale regolamento, è così formulato:

«1. Salvo disposizioni contrarie di cui al paragrafo 2, la persona assicurata e i suoi familiari di cui all'articolo 17 beneficiano parimenti delle prestazioni in natura mentre dimorano nello Stato membro competente. Le prestazioni in natura sono erogate dall'istituzione competente e a suo carico secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se li interessati risiedessero in tale Stato membro».

9. Contenuto in tale sezione 1, l'articolo 19, paragrafo 1, di detto regolamento, dal titolo di «Dimora al di fuori dello Stato membro competente», così dispone:

«1. Fatte salve disposizioni contrarie del paragrafo 2, la persona assicurata e i suoi familiari che dimorano in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente hanno diritto alle prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora. Tali prestazioni sono erogate per conto dell'istituzione competente dall'istituzione del luogo di dimora, ai sensi delle disposizioni della legislazione che essa applica, come se gli interessati fossero assicurati in virtù di tale legislazione».

10. L'articolo 20 dello stesso regolamento, anch'esso contenuto nella sezione 1 e intitolato «Viaggio inteso a ricevere prestazioni in natura – Autorizzazione a ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato membro di residenza», ai suoi paragrafi 1 e 2, così dispone:

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

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

11. L'articolo 24 del regolamento n. 883/2004, dal titolo di «Mancato diritto a prestazioni in natura ai sensi della legislazione dello Stato membro di residenza» e contenuto nella sezione 2 del titolo III di quest'ultimo, intitolata «Pensionati e loro familiari», è formulato come segue:

«1. Chiunque riceva una pensione o pensioni ai sensi della legislazione di uno o più Stati membri e non abbia diritto a prestazioni in natura secondo la legislazione dello Stato membro di residenza, beneficia tuttavia di tali prestazioni per sé e per i familiari nella misura in cui vi avrebbe diritto ai sensi della legislazione dello Stato membro o di almeno uno degli Stati membri cui spetta versare la pensione, se risiedesse in tale Stato membro. Le prestazioni in natura a spese dell'istituzione di cui al paragrafo 2 sono erogate dall'istituzione del luogo di residenza, come se l'interessato avesse diritto alla pensione e a tali prestazioni ai sensi della legislazione dello Stato membro in cui risiede.

2. Nei casi di cui al paragrafo 1, si decide quale istituzione debba sostenere i costi delle prestazioni in natura in base alle seguenti disposizioni:

a) se il pensionato ha diritto alle prestazioni in natura ai sensi della legislazione di un solo Stato membro, il costo è sostenuto dall'istituzione competente di tale Stato membro;

(...)».

12. L'articolo 27 di tale regolamento, intitolato «Dimora del pensionato o dei familiari in uno Stato membro diverso dallo Stato membro in cui risiedono – Dimora nello Stato membro competente – Autorizzazione per cure adeguate al di fuori dello Stato membro di residenza», dispone:

«1. L'articolo 19 si applica mutatis mutandis ad una persona che riceve una pensione o delle pensioni ai sensi della legislazione di uno o più Stati membri e ha diritto a prestazioni in natura ai sensi della legislazione di uno degli Stati membri che erogano la sua pensione (le sue pensioni) o ai familiari che dimorano in uno Stato membro diverso da quello in cui risiedono.

2. L'articolo 18, paragrafo 1, si applica mutatis mutandis alle persone di cui al paragrafo 1, se esse dimorano nello Stato membro in cui è situata l'istituzione competente responsabile per il costo delle prestazioni in natura erogate al pensionato nel suo Stato membro di residenza e se detto Stato membro ha optato in tal senso e figura nell'elenco di cui all'allegato IV.

3. L'articolo 20 si applica mutatis mutandis al pensionato e/o ai familiari che dimorano in uno Stato membro diverso da quello in cui risiedono al fine di ottenere in detto Stato cure adeguate al loro stato di salute.

4. Salvo disposizioni contrarie di cui al paragrafo 5, il costo delle prestazioni in natura di cui ai paragrafi 1, 2 e 3 è sostenuto dall'istituzione competente responsabile per il costo delle prestazioni in natura erogate al pensionato nel suo Stato membro di residenza.

5. Il costo delle prestazioni in natura di cui al paragrafo 3 è sostenuto dall'istituzione del luogo di residenza del pensionato o dei suoi familiari se essi risiedono in uno Stato membro che ha optato per il rimborso su base forfettaria. In tali casi, ai fini del paragrafo3, l'istituzione del luogo di residenza del pensionato o dei suoi familiari è considerata l'istituzione competente».

13. L'articolo 31 del suddetto regolamento, intitolato «Disposizioni generali» e contenuto nella sezione 3 del capitolo 1 di tale regolamento, stabilisce:

«Gli articoli da 23 a 30 non si applicano ad un pensionato (…) se l'interessato ha diritto a prestazioni ai sensi della legislazione di uno Stato membro sulla base dell'esercizio di un'attività subordinata o autonoma. In tale caso la persona in questione, ai fini del presente capitolo, è soggetta agli articoli da 17 a 21».

2. Direttiva 2011/24

14. L'articolo 3 della direttiva 2011/24 è del seguente tenore:

«Ai fini della presente direttiva si intende per:

a) "assistenza sanitaria": i servizi prestati da professionisti sanitari a pazienti, al fine di valutare, mantenere o ristabilire il loro stato di salute, ivi compresa la prescrizione, la somministrazione e la fornitura di medicinali e dispositivi medici;

b) "persona assicurata":

i) le persone, ivi compresi i loro familiari e i loro superstiti, che sono contemplate dall'articolo 2 del regolamento (CE) n°883/2004 e che sono persone assicurate ai sensi dell'articolo 1, lettera c), di tale regolamento, e

ii) (...)».

15. L'articolo 7 della predetta direttiva, intitolato «Principi generali per il rimborso dei costi», ai paragrafi 1 e 2, prevede quanto segue:

«1. Fatto salvo il regolamento (CE) n. 883/2004 e conformemente a quanto disposto dagli articoli 8 e 9, lo Stato membro di affiliazione assicura che i costi sostenuti da una persona assicurata che si è avvalsa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera siano rimborsati, se l'assistenza sanitaria in questione è compresa tra le prestazioni cui la persona assicurata ha diritto nello Stato membro di affiliazione.

2. In deroga al paragrafo 1:

a) se uno Stato membro figura nell'elenco di cui all'allegato IV del regolamento [n° 883/2004] [6] e, conformemente a tale regolamento, ha riconosciuto ai pensionati e ai loro familiari residenti in un altro Stato membro il diritto alle prestazioni di malattia, esso presta loro l'assistenza sanitaria prevista dalla presente direttiva, a sue proprie spese, durante il loro soggiorno sul territorio conformemente alla sua legislazione, come se gli interessati fossero residenti nello Stato membro elencato in detto allegato;

(...)».

16. L'articolo 8 della predetta direttiva, intitolato «Assistenza sanitaria che può essere soggetta ad autorizzazione preventiva», ai paragrafi 1 e 2, così dispone:

«1. Lo Stato membro di affiliazione può prevedere un sistema di autorizzazione preventiva per il rimborso dei costi dell'assistenza transfrontaliera, conformemente al presente articolo e all'articolo 9. Il sistema di autorizzazione preventiva, compresi i criteri e l'applicazione di tali criteri, e le singole decisioni di rifiuto di concedere un'autorizzazione preventiva, è limitato a quanto necessario e proporzionato all'obiettivo da raggiungere, e non può costituire un mezzo di discriminazione arbitraria o un ostacolo ingiustificato alla libera circolazione dei pazienti.

2. L'assistenza sanitaria che può essere soggetta ad autorizzazione preventiva è limitata all'assistenza sanitaria che:

a) è soggetta a esigenza di pianificazione riguardanti l'obiettivo di assicurare, nel territorio dello Stato membro interessato, la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure di elevata qualità o alla volontà di garantire il controllo dei costi e di evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane e:

i) comporta il ricovero del paziente in questione per almeno una notte, o

[6] A seguito dell'adozione del regolamento n. 988/2009, il Regno dei Paesi Bassi figura all'allegato IV del regolamento n. 883/2004, che contiene l'elenco degli Stati membri che hanno accordato diritti supplementari ai pensionati che ritornano nello Stato membro competente (articolo 27, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004).

ii) richiede l'utilizzo di un'infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose;

(...)

Gli Stati membri comunicano alla Commissione le categorie di assistenza sanitaria di cui alla lettera a)».

B. Diritto olandese

17. L'articolo 69 della Zorgverzekeringswet (legge sull'assicurazione malattia; in prosieguo: la «Zvw»), nella sua versione applicabile ai fatti della causa principale [7], così dispone:

«1. Le persone residenti all'estero che, in applicazione di un regolamento del Consiglio delle Comunità europee o in applicazione di un regolamento adottato in forza dell'accordo sullo Spazio economico europeo o di un trattato in materia di previdenza sociale, hanno diritto, in caso di necessità, alle cure o al rimborso di queste, come previsto dalla normativa in materia di assicurazione malattia nel rispettivo paese di residenza, si manifestano presso il [Centraal Administratie Kantoor (Ufficio dell'amministrazione centrale, Paesi Bassi; in prosieguo: il «CAK»)], a meno che esse non rientrino, in forza della presente legge, nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria.

2. Le persone di cui ai paragrafi 1, 14 e 15 sono tenute a versare un contributo che sarà fissato con decreto ministeriale. Per una parte che sarà fissata da tale decreto, detto contributo è considerato, ai fini dell'applicazione della [Wet op de zorgtoeslag (legge sulle prestazioni di malattia)], come un premio di assicurazione malattia.

(...).

4. Il [CAK] è incaricato dell'applicazione delle disposizioni dei paragrafi 1, 14 e 15 e dei regolamenti internazionali ivi menzionati, nonché dell'adozione delle decisioni concernenti il prelievo e la riscossione dei contributi di cui ai paragrafi 2 e 3.

(...)».

III. La controversia nella causa principale, le questioni pregiudiziali e il procedimento dinanzi alla Corte

18. Y, appellante nella causa principale, è una cittadina olandese residente con il coniuge in Belgio e percepisce una pensione di vecchiaia in forza dell'Algemene Ouderdomswet (legge olandese generale sulla vecchiaia; in prosieguo: l'«AOW») [8]. All'epoca dei fatti della causa principale, in quanto titolare di tale pensione, Y aveva diritto, ai sensi dell'articolo 24 del regolamento n. 883/2004, all'assistenza sanitaria nel suo Stato di residenza (il Belgio) a carico dello Stato membro erogatore di detta pensione (i Paesi Bassi). Per beneficiare di tale diritto, essa doveva versare un contributo, ai sensi dell'articolo 69 della Zvw, in combinato disposto con l'articolo 30

[7] Stb. 2005, n.°358, nella sua versione in vigore dal 1° aprile 2014 al 1°gennaio 2017 (Stb. 2013, n.°578).

[8] Stb. 1956, n.°281.

del regolamento n. 883/2004. In quanto pensionata avente diritto in base alla normativa dell'Unione [9], Y non rientrava nel regime di assicurazione malattia obbligatoria olandese ed era esentata dai relativi contributi.

19. Il 6 marzo 2015, a seguito della consultazione da parte di Y di un medico generico in Belgio, venivano effettuati un esame radiologico presso l'Academisch Ziekenhuis Maastricht (clinica universitaria di Maastricht, Paesi Bassi; in prosieguo: l'«AZM») e, successivamente, l'8 marzo 2015, un esame di risonanza magnetica per immagini (IRM). Il 9 e l'11 marzo 2015, il coniuge di Y prendeva contatto per telefono con l'appellato nella causa principale, il CAK – organo competente al quale incombe l'applicazione del regolamento n. 883/2004 [10] – in ordine ad un trattamento sanitario progettato in Germania. Il CAK attirava l'attenzione del coniuge di Y sulla procedura di autorizzazione.

20. Il 12 marzo 2015, l'AZM diagnosticava ad Y un cancro al seno di grado 2 e le faceva una proposta di trattamento.

21. Il 13 marzo 2015, Y chiedeva un secondo parere medico presso il Franziskus Hospital Harderberg di Osnabrück (Germania), per il quale essa sollecitava l'autorizzazione preventiva del CAK. In occasione di tale consulto, le veniva diagnosticato un cancro al seno di grado 3.

22. Il 20 marzo 2015, Y subiva un'operazione al seno in tale clinica tedesca e, il 25 marzo 2015, le venivano estratti dei noduli linfatici. Nel contesto di tali interventi, Y rimaneva ricoverata in tale ospedale per il periodo dal 19 marzo al 30 marzo 2015. Successivamente, tra il 14 aprile 2015 e il 24 giugno 2015, Y veniva sottoposta in tale clinica a cure postoperatorie, tra le quali una radioterapia. Per tali interventi e per tali cure, nessuna autorizzazione preventiva veniva chiesta al CAK.

23. Il 19 marzo 2015, l'ente belga di assicurazione malattia [11], a cui Y era soggetta, formulava una domanda presso il CAK diretta ad ottenere un'autorizzazione (a posteriori) in ordine al trattamento sanitario programmato a seguito del consulto del 13 marzo 2015 presso il Franziskus Hospital Harderberg.

24. Il 1º maggio 2015, il CAK rifiutava di concedere tale autorizzazione, ritenendosi competente a concedere un'autorizzazione del genere solo se Y avesse chiesto un'autorizzazione per le cure in questione, cosa che essa non aveva fatto.

25. Il 1ºluglio 2015, Y chiedeva al CAK il rimborso delle spese relative alle cure mediche da lei ricevute in Germania, per un ammontare totale di EUR 16 853,13, presentando le fatture relative a tali prestazioni.

26. Con decisione del 20 luglio 2015, il CAK respingeva tale domanda, in quanto Y si era recata in Germania per essere sottoposta a cure mediche da esso qualificate come «cure programmate», quali previste all'articolo 20 del regolamento n. 883/2004, che non erano state somministrate in Belgio (Stato di residenza) o nei Paesi Bassi (Stato erogatore della pensione), e per le quali Y non

[9] Il governo olandese specifica che tale gruppo di persone è designato come «verdragsgerechtigde gepensioneerden» [pensionati aventi diritto in base ad una convenzione], ove il termine «verdragsgerechtigd» designa, in sostanza, qualsiasi persona residente al di fuori dei Paesi Bassi che abbia diritto ad una prestazione di legge a carico dei Paesi Bassi in base al diritto dell'Unione.

[10] Il giudice del rinvio precisa che, a partire dal 1º gennaio 2017, il CAK esercita, nelle controversie come quella nella causa principale, le competenze in precedenza esercitate dallo Zorginstituut Nederland (Paesi Bassi).

[11] La Christelijke Mutualiteit Limburg (Mutua cristiana del Limburgo), che era l'«istituzione del luogo di residenza» di cui all'articolo 1, lettera r), del regolamento n. 883/2004.

aveva chiesto un'autorizzazione preventiva. In mancanza di una siffatta domanda di autorizzazione, il CAK ha ritenuto di non essere competente a procedere al rimborso delle spese mediche in questione.

27. Con decisione del 4 gennaio 2016, l'opposizione presentata da Y contro la decisione del 20 luglio 2015 veniva respinta in quanto infondata.

28. Con sentenza del 24 novembre 2016, il rechtbank Amsterdam (Tribunale di Amsterdam, Paesi Bassi) respingeva il ricorso contro la decisione del 4 gennaio 2016 in quanto infondato. Tale giudice considerava, in sostanza, che il ricovero ospedaliero, il colloquio preliminare e il trattamento sanitario programmati in Germania nell'intervallo di una settimana non attestavano un'urgenza estrema per quanto riguarda lo stato di salute di Y durante la sua dimora in tale Stato. Secondo detto giudice, il CAK poteva legittimamente qualificare le cure sanitarie a cui Y era stata sottoposta in Germania come «cure programmate», per le quali non era stata accordata alcuna autorizzazione e, di conseguenza, negare il rimborso delle relative spese mediche.

29. Y interponeva appello contro tale sentenza dinanzi al giudice del rinvio, il Centrale Raad van Beroep (Corte d'appello in materia di previdenza sociale e di funzione pubblica, Paesi Bassi), facendo valere, in sostanza, da un lato, che gli interventi chirurgici del 20 e del 25 marzo 2015 dovevano essere considerati, per il loro carattere urgente e imprevisto sul piano medico, come cure «non programmate», ai sensi dell'articolo 19 del regolamento n.º883/2004, il cui rimborso non era soggetto ad autorizzazione preventiva, e, dall'altro, che neppure i costi delle cure postoperatorie, tra le quali una radioterapia, anch'esse erogate in Germania tra il 14 aprile e il 24 giugno 2015, erano soggetti ad autorizzazione preventiva, ai sensi dell'articolo 8 della direttiva 2011/24.

30. A tale riguardo, il giudice del rinvio precisa di ritenere che il CAK non fosse tenuto a procedere al rimborso dei costi sostenuti da Y in Germania sulla base dell'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004, che si applicava, mutatis mutandis, ai pensionati quali Y, in forza dell'articolo 27, paragrafo 3, di tale regolamento. Infatti, pur ammettendo che non era necessario decidere la questione se la sola mancanza di una domanda di autorizzazione preventiva da parte di Y fosse sufficiente affinché il CAK potesse negare il rimborso di tali costi, il giudice del rinvio constata che, nel corso del procedimento dinanzi ad esso, è stato accertato che, anche se una siffatta autorizzazione fosse stata richiesta tempestivamente, essa avrebbe potuto essere negata dal CAK in quanto, sulla base di una dichiarazione dell'ente belga di assicurazione malattia, lo stesso trattamento sanitario sarebbe stato possibile entro lo stesso termine in Belgio. Pertanto, secondo il giudice del rinvio, non sono stati soddisfatti i requisiti previsti all'articolo 20, paragrafo 2, ultima frase, del regolamento n. 883/2004 per ottenere prestazioni in natura nel caso di cure programmate in uno Stato membro diverso dallo Stato di residenza e dallo Stato erogatore della pensione per conto di quest'ultimo Stato.

31. Tuttavia, il giudice del rinvio si chiede se, come sostiene Y, il pensionato possa cionondimeno far valere a buon diritto la direttiva 2011/24, al fine di ottenere il rimborso, totale o parziale, dei costi delle cure postoperatorie ricevute in Germania, in quanto tale direttiva non richiederebbe alcuna autorizzazione per l'assistenza sanitaria ambulatoriale transfrontaliera. Al riguardo, il giudice del rinvio intende stabilire se Y, essendo pensionata e non assicurata in forza di un regime nazionale obbligatorio di assicurazione malattia, rientri nell'ambito di applicazione ratione personae di detta direttiva in quanto «persona assicurata», ai sensi dell'articolo 3, lettera b), sub i), della stessa direttiva. In caso affermativo, tale giudice è del parere, al pari di Y, che, in base all'articolo 8, paragrafo 2, lettera a), sub ii), della direttiva 2011/24, le cure postoperatorie

(tra cui la radioterapia) non siano cure che possano essere soggette ad autorizzazione [12].

32. Infine, nel caso in cui la Corte dovesse concludere che Y non rientra nell'ambito di applicazione ratione personae della direttiva 2011/24, il giudice del rinvio si chiede se l'articolo 56 TFUE osti a che lo Stato erogatore della pensione di Y, le neghi, in assenza di autorizzazione preventiva ottenuta da quest'ultima, il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria ambulatoriale ricevuta al di fuori dello Stato di residenza e dello Stato erogatore della pensione, in quanto ostacolo ingiustificato alla libera prestazione dei servizi garantita da tale disposizione.

33. Di conseguenza, il Centrale Raad van Beroep (Corte d'appello in materia di previdenza sociale e di pubblico impiego) ha deciso di sospendere il giudizio e di sottoporre alla Corte le seguenti questioni pregiudiziali:

«1) Se la direttiva [2011/24] debba essere interpretata nel senso che le persone di cui all'articolo 24 del regolamento [n. 883/2004] che nel paese di residenza ricevono prestazioni per conto dei Paesi Bassi, ma che nei Paesi Bassi non sono assicurate in forza dell'assicurazione sanitaria obbligatoria, possono invocare direttamente detta direttiva ai fini del rimborso di spese inerenti a prestazioni sanitarie fruite.

In caso negativo,

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

34. Hanno presentato osservazioni scritte il governo olandese e la Commissione europea, che hanno altresì risposto ai quesiti scritti loro rivolti dalla Corte.

IV. Analisi

A. Osservazioni preliminari

35. Le presenti questioni pregiudiziali sono proposte nel contesto particolare della normativa olandese, che prevede che le persone che percepiscono una pensione in forza della legislazione olandese e che non risiedono nei Paesi Bassi hanno diritto, a norma dell'articolo 24 del regolamento n. 883/2004, ad assistenza sanitaria nello Stato della loro residenza. Per fruire di tale diritto, tale categoria di persone deve versare un contributo al CAK. Conformemente a siffatto regime, se le spese mediche sono sostenute al di fuori dei Paesi Bassi, il CAK regola la loro liquidazione con lo Stato nel quale tali spese sono state sostenute.

36. Nella fattispecie, Y è titolare di una pensione in forza della legislazione dei Paesi Bassi e, risiedendo in Belgio, non dispone di un'assicurazione malattia obbligatoria olandese. Essa ha tuttavia diritto, ai sensi dell'articolo 24 del regolamento n. 883/2004, alle prestazioni in natura ai sensi della legislazione del suo Stato di residenza, il Belgio, fornite a carico dello Stato erogatore della sua pensione, i Paesi Bassi.

[12] Il giudice del rinvio precisa che le cure per le quali Y ha dovuto dimorare in clinica in Germania nel periodo dal 19 al 30 marzo 2015 (ossia le cure connesse ai due interventi chirurgici), sono cure rientranti nell'ambito di applicazione dell'articolo 8, paragrafo 2, lettera a), sub i), della direttiva 2011/24 e sarebbero pertanto soggette ad autorizzazione preventiva.

37. Nel contesto della controversia oggetto della causa principale, Y cerca di farsi rimborsare presso il CAK i costi delle prestazioni sanitarie di cui essa ha fruito in Germania nell'ambito della cura di un cancro al seno. Tali domande di rimborso si ricollegano a due tipi di costi: da una parte, ai costi degli interventi chirurgici, ivi compresi i relativi costi di ricovero ospedaliero, di cui Y intende ottenere il rimborso, in particolare, ai sensi dell'articolo 19 del regolamento n. 883/2004, ritenendo che tali cure non possano essere qualificate come «cure programmate» e, pertanto, non dovessero essere autorizzate preventivamente, come sostiene il CAK, e, dall'altra, ai costi relativi alle cure postoperatorie, tra le quali una radioterapia, di cui Y intende ottenere il rimborso ai sensi dell'articolo 7 della direttiva 2011/24, in quanto, secondo Y, tale direttiva non sottopone il rimborso ad autorizzazione preventiva. Pertanto, Y ritiene di potersi avvalere sia delle disposizioni del regolamento n. 883/2004 sia di quelle della direttiva 2011/24.

38. Il giudice del rinvio esclude l'applicazione del regolamento n. 883/2004 ai fatti della causa principale (v. paragrafo 30 delle presenti conclusioni) e interpella la Corte solo per quanto riguarda l'applicazione della direttiva 2011/24 e dell'articolo 56 TFUE. La Corte non deve quindi trattare la questione se tale giudice abbia correttamente qualificato i due interventi in Germania come «cure programmate» rientranti nell'ambito di applicazione dell'articolo 20 del regolamento n. 883/2004 e se la semplice mancanza di una domanda di autorizzazione preventiva sia sufficiente affinché un rimborso dei costi venga negato. Tuttavia, ritengo utile segnalare che, dopo la proposizione della presente domanda di pronuncia pregiudiziale, la Corte ha pronunciato due sentenze vertenti sia sulla nozione di «cure programmate» ai sensi dell'articolo 20 di tale regolamento [13], sia sul diritto al rimborso dei costi per tali cure ai sensi di tale articolo in caso di rifiuto o di assenza di autorizzazione preventiva [14].

B. Sulla prima questione pregiudiziale

39. Con la sua prima questione, il giudice del rinvio chiede, in sostanza, se le persone che percepiscono una pensione in forza della legislazione di uno Stato membro e che hanno diritto, ai sensi dell'articolo 24 del regolamento n. 883/2004, alle prestazioni in natura fornite dallo Stato della loro residenza per conto dello Stato erogatore della pensione, senza tuttavia disporre di un'assicurazione malattia obbligatoria presso lo Stato erogatore della pensione, possano far valere la direttiva 2011/24 al fine di ottenere il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera loro prestata in un terzo Stato membro.

[13] V., al riguardo, sentenza del 23 settembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Assistenza sanitaria transfrontaliera) (C-777/18, EU:C:2020:745, punti da 38 a 44).

[14] V. sentenze del 23 settembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Assistenza sanitaria transfrontaliera) (C-777/18, EU:C:2020:745, punti da 45 a 55) e del 29 ottobre 2020, Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:872, punti da 28 a 33), nonché conclusioni dell'avvocato generale Hogan nella causa Veselības ministrija (C-243/19, EU:C:2020:325, punti da 48 a 68). A tale riguardo, osservo che la Corte ha già individuato due fattispecie in cui la persona assicurata, anche in assenza di un'autorizzazione debitamente rilasciata prima dell'inizio della prestazione delle cure programmate nello Stato membro di soggiorno, ha il diritto di ottenere direttamente a carico dell'istituzione competente il rimborso di un importo pari a quello che sarebbe stato normalmente preso a carico da tale istituzione se la persona assicurata fosse stata in possesso di tale autorizzazione. Una fattispecie del genere è ipotizzabile, in particolare, qualora, per ragioni connesse al suo stato di salute o alla necessità di ricevere cure urgentemente presso una struttura ospedaliera, la persona assicurata si sia trovata nell'impossibilità di richiedere una siffatta autorizzazione o non abbia potuto attendere la decisione dell'istituzione competente sulla domanda di autorizzazione presentata. Pertanto, una normativa che escluda, in ogni caso, il rimborso delle cure ospedaliere prestate in un altro Stato membro in assenza di autorizzazione priva la persona assicurata del rimborso di tali cure, anche qualora i presupposti a tal fine siano peraltro soddisfatti. Una normativa siffatta, che non può essere giustificata da esigenze di interesse generale e comunque non soddisfa il requisito di proporzionalità, costituisce, di conseguenza, una restrizione ingiustificata alla libera prestazione dei servizi [v. sentenza del 23 settembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Assistenza sanitaria transfrontaliera) (C-777/18, EU:C:2020:745, punti da 46 a 48 e giurisprudenza citata)].

40. Occorre innanzitutto ricordare che l'articolo 7, paragrafo 1, della direttiva 2011/24 dispone che, «[f]atto salvo il regolamento [n. 883/2004] e conformemente a quanto disposto dagli articoli 8 e 9 [della detta direttiva], lo Stato membro di affiliazione assicura che i costi sostenuti da *una persona assicurata* che si è avvalsa dall'assistenza sanitaria transfrontaliera siano rimborsati, se l'assistenza sanitaria in questione è compresa tra le prestazioni cui la persona assicurata ha diritto nello Stato membro di affiliazione[15]». Risulta da tale formulazione che il diritto al rimborso è riservato alle sole «persone assicurate».

41. Al fine di rispondere alla prima questione, si deve pertanto stabilire se una persona nella situazione di Y, che percepisce una pensione in un primo Stato membro e che ha diritto, ai sensi dell'articolo 24 del regolamento n. 883/2004, alle prestazioni in natura erogate dallo Stato membro di residenza per conto del primo Stato membro, senza tuttavia disporre dell'assicurazione malattia obbligatoria in quest'ultimo, possa essere qualificata come «persona assicurata», ai sensi dell'articolo 7, paragrafo 1, della direttiva 2011/24, di modo che essa possa avvalersi del diritto al rimborso dei costi delle cure transfrontaliere.

42. Per le ragioni che menzionerò in appresso, ritengo che occorra darvi risposta in senso affermativo.

1. Sulla nozione di «persona assicurata» ai sensi della direttiva 2011/24

43. La nozione di «persona assicurata» è definita all'articolo 3, lettera b), della direttiva 2011/24 e designa, in particolare, sub i), «le persone, (...) che sono contemplate dall'articolo 2 del regolamento [n. 883/2004] e che sono persone assicurate ai sensi dell'articolo 1, lettera c), di tale regolamento». Tale definizione rinvia quindi alle disposizioni generali relative alle «definizioni» e all'«ambito di applicazione ratione personae» del regolamento n. 883/2004. Nei limiti in cui la suddetta definizione fa riferimento alle disposizioni di tale regolamento in maniera cumulativa, perché una persona sia qualificata come «persona assicurata», ai sensi di detta direttiva, tali due requisiti previsti dal regolamento in parola debbono essere soddisfatti.

44. Al riguardo, si deve rilevare, da un lato, che, ai sensi dell'articolo 2, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004, quest'ultimo si applica, in particolare, ai «cittadini di uno Stato membro (...) che sono o sono stati soggetti alla legislazione di uno o più Stati membri» e, dall'altro, che, ai sensi dell'articolo 1, lettera c), di tale regolamento, «si intende per "persona assicurata" in relazione ai settori di sicurezza sociale, compresi nel titolo III [16], capitoli 1 e 3, qualsiasi persona che soddisfa i requisiti previsti dalla legislazione dello Stato membro competente ai sensi del titolo II per avere diritto alle prestazioni, tenuto conto delle disposizioni del [detto] regolamento».

45. Per quanto riguarda il primo requisito di cui all'articolo 2, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004, che rientra nell'«ambito di applicazione ratione personae» di quest'ultimo, ritengo indubitabile che una persona, come Y, che è cittadina di uno Stato membro e che percepisce da tale Stato membro una pensione che le dà diritto alle prestazioni in natura dispensate dal suo Stato di residenza per conto dello Stato erogatore della pensione, debba essere considerata «soggetta alla legislazione di uno Stato membro», anche se tale persona non beneficia di un'assicurazione malattia obbligatoria nello Stato erogatore della pensione. Infatti, Y, in quanto

15 Il corsivo è mio.

16 Ossia i settori seguenti: a) le prestazioni di malattia, b) le prestazioni di maternità e di paternità assimilate, c) le prestazioni di invalidità, d) le prestazioni di vecchiaia, e) le prestazioni ai superstiti, f) le prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali, g) gli assegni in caso di morte, h) le prestazioni di disoccupazione, i) le prestazioni di prepensionamento, e j) le prestazioni familiari.

cittadina olandese, dovrebbe essere considerata come «soggetta alla legislazione» dei Paesi Bassi, per il fatto che essa percepisce una pensione di vecchiaia in forza dell'AOW ed è tenuta a versare un contributo al CAK a norma della Zvw (v. paragrafo 18 delle presenti conclusioni).

46. Per quanto riguarda il secondo requisito di cui all'articolo 1, lettera c), del regolamento n. 883/2004, occorre osservare, da un lato, che il termine «persona assicurata» è stato introdotto da tale regolamento [17] principalmente ai fini del capitolo 1 del titolo III, di quest'ultimo, dal titolo di «Prestazioni di malattia, di maternità e di paternità assimilate» [18], dato che le disposizioni di coordinamento in materia di malattia richiedono che la persona sia «assicurata» in uno Stato membro. Y percepisce una pensione di vecchiaia in forza dell'AOW e, a tale titolo, fruisce del diritto alle cure sanitarie previste, in particolare, all'articolo 24 di detto regolamento che, pur non riferendosi esplicitamente alle «persone assicurate», fa parte del capitolo 1, e riguarda pertanto uno dei «settori di sicurezza sociale compresi nel titolo III», conformemente alla prima frase dell'articolo 1, lettera c), dello stesso regolamento.

47. D'altro lato, perché Y, in quanto «pensionata», ai sensi dell'articolo 24 del regolamento n. 883/2004, possa essere considerata come «persona assicurata» ai sensi dell'articolo 1, lettera c), di tale regolamento, conformemente all'ultima frase di tale disposizione, essa deve soddisfare «i requisiti previsti dalla legislazione dello Stato membro competente ai sensi del titolo II per avere diritto alle prestazioni, tenuto conto delle disposizioni del [detto] regolamento».

48. A questo proposito, occorre precisare che i pensionati ai sensi dell'articolo 24 del regolamento n. 883/2004 possono, conformemente all'articolo 16, paragrafo 2, di tale regolamento, essere esentati, su loro richiesta, dall'applicazione della legislazione dello Stato membro di residenza che, conformemente all'articolo 11, paragrafo 3, lettera e), del suddetto regolamento, normalmente si applicherebbe [19]. Nella fattispecie, è pacifico che Y è soggetta alla legislazione dei Paesi Bassi, in quanto Stato membro competente in forza del titolo II dello stesso regolamento.

49. Benché non spetti alla Corte verificare, interpretando il diritto nazionale, se Y soddisfi i «requisiti previsti» dalla legislazione olandese per aver diritto alle prestazioni di cui all'articolo 24 del regolamento n. 883/2004, si deve constatare che il termine «legislazione» ai sensi del regolamento di cui trattasi, deve ricevere un'interpretazione estensiva [20] e che l'applicazione della legislazione nazionale dev'essere effettuata, conformemente all'articolo 1, lettera c), di tale regolamento, «tenuto conto delle disposizioni del [detto] regolamento».

50. Pertanto, si deve necessariamente constatare che i requisiti previsti dalla legislazione olandese per aver diritto alle suddette prestazioni in natura nel territorio dei Paesi Bassi, corrispondono, di fatto, ai requisiti fissati all'articolo 24 del regolamento n. 883/2004, che subordina il diritto alle prestazioni in natura da esso previste a tre condizioni. In primo luogo, l'interessato deve

[17] Il regolamento n. 883/2004 ha proceduto all'aggiornamento e alla semplificazione delle norme contenute nel regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, 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 e aggiornata dal regolamento (CE) n. 118/97 del Consiglio, del 2 dicembre 1996 (GU 1997, L 28, pag.1). Il termine «persona assicurata» non era tuttavia definito nel regolamento n. 1408/71.

[18] Infatti, il capitolo 3 del titolo III del regolamento n. 883/2004, intitolato «Prestazioni in caso di morte», in cui il termine «persona assicurata» viene impiegato, contiene unicamente due disposizioni, ossia gli articoli 42 e 43, mentre il capitolo 1 contiene tre sezioni e 18 articoli.

[19] L'articolo 16, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 precisa che tale possibilità è offerta, su richiesta della persona interessata, a condizione che quest'ultima non sia soggetta alla legislazione dello Stato di residenza a causa dell'esercizio di un'attività subordinata o autonoma.

[20] Conformemente all'articolo 1, lettera l, primo comma, del regolamento n. 883/2004, il termine «legislazione» designa, in relazione a ciascuno Stato membro, le leggi, i regolamenti, le altre disposizioni legali e ogni altra misura di attuazione riguardanti i settori di sicurezza sociale di cui all'articolo 3, paragrafo 1, di tale regolamento.

percepire una o più pensioni in forza della legislazione di uno o più Stati membri, in secondo luogo, egli non deve beneficiare delle prestazioni in natura secondo la legislazione dello Stato di residenza e, in terzo luogo, egli dovrebbe aver diritto a tali prestazioni, ai sensi della legislazione dello Stato erogatore della pensione, se risiedesse in tale Stato membro. A parte tali tre condizioni, come ha confermato il governo olandese, nessun'altra condizione è richiesta ai sensi della legislazione olandese al fine di poter fruire del diritto a prestazioni in natura in forza dell'articolo 24 di tale regolamento [21].

51. Pertanto, in assenza di altre condizioni poste sul piano nazionale, un «pensionato», ai sensi dell'articolo 24 del regolamento n. 883/2004, può essere qualificato come «persona assicurata» ai sensi dell'articolo 1, lettera c), di tale regolamento, qualora soddisfi le tre condizioni dell'articolo 24 del detto regolamento.

52. Per giunta, occorre rilevare che il Regno dei Paesi Bassi ha optato per la sua iscrizione nell'elenco degli Stati membri contenuto nell'allegato IV del regolamento n. 883/2004, il che implica che un pensionato che, come Y, risieda in un altro Stato membro, può beneficiare, ai sensi dell'articolo 18, paragrafo 1, di tale regolamento, in combinato disposto con l'articolo 27, paragrafo 2, di detto regolamento, delle prestazioni in natura in occasione della sua dimora nei Paesi Bassi (lo Stato membro competente), a carico dell'istituzione competente e in base alle disposizioni della legislazione nazionale applicabile, come se risiedesse in tale Stato membro. È verosimilmente in applicazione di tale disposizione che Y ha effettuato un esame radiologico presso l'AZM, nei Paesi Bassi, a seguito di una prima consultazione avvenuta presso un medico generico in Belgio. Pertanto, in ogni caso, mi sembra difficilmente sostenibile che Y non sia una «persona assicurata» conformemente alla legislazione olandese.

53. Alla luce di quanto precede, ritengo che, nella fattispecie, i requisiti previsti all'articolo 1, lettera c), e all'articolo 2 del regolamento n. 883/2004 siano soddisfatti. Si deve pertanto concludere che Y, in quanto «pensionata», ai sensi dell'articolo 24 di tale regolamento, dev'essere considerata anche come «persona assicurata» ai sensi dell'articolo 3, lettera b), sub i), della direttiva 2011/24 e, a tale titolo, deve poter beneficiare dei principi generali applicabili al rimborso dei costi, previsti all'articolo 7, paragrafo 1, di tale direttiva.

2. Sulla distinzione tra «persona assicurata» e «pensionato» nel sistema del regolamento n. 883/2004

54. Tale conclusione non può essere inficiata, a mio parere, dall'argomento addotto dal governo olandese secondo il quale i «pensionati», ai sensi del regolamento n. 883/2004, non possono essere anche «persone assicurate» ai sensi di tale regolamento. Secondo tale governo, detto regolamento opera una netta distinzione tra le disposizioni che si applicano alle «persone assicurate», da una parte, e quelle che si applicano ai «pensionati», dall'altra, di modo che tali due categorie si escluderebbero a vicenda. A sostegno di tale argomento, esso fa rilevare che, nel capitolo 1 del titolo III dello stesso regolamento, la sezione 1 è dedicata alle «persone assicurate e [ai] loro familiari, *ad eccezione di pensionati e loro familiari*» e che la sezione 2 è dedicata esclusivamente ai «[*p*]*ensionati* e [ai] loro familiari» [22]. Analogamente, all'interno del capitolo 3 del titolo III del regolamento n. 883/2004, l'articolo 42 disciplina il caso della morte di una «persona assicurata» o di un suo familiare, mentre l'articolo 43 di tale regolamento disciplina il caso della morte di un «pensionato» o di un suo familiare. Secondo tale logica, l'articolo 24 di detto

[21] V., a tale riguardo, l'articolo 69, paragrafo 1, della Zvw, citato al paragrafo 17 delle presenti conclusioni.

[22] Il corsivo è mio.

regolamento, contenuto nella sezione 2 del capitolo 1, dovrebbe quindi applicarsi esclusivamente ai «pensionati» e non alle «persone assicurate», di modo che un pensionato, come Y, non potrebbe avvalersi delle disposizioni dell'articolo 7, paragrafo 1, della direttiva 2011/24.

55. Sulla base di un'analisi del regolamento n. 883/2004, ritengo che, anche se i termini «persona assicurata» e «pensionato» non sono certamente utilizzati in maniera intercambiabile, avendo essi un significato autonomo e distinto, la nozione di «persona assicurata» deve poter ricomprendere, per le ragioni indicate in appresso, la nozione di «pensionato» in quanto categoria specifica delle «persone assicurate» che meritano disposizioni adattate alla loro situazione.

56. Occorre innanzitutto precisare che l'ambito di applicazione ratione personae del regolamento n. 883/2004 è il risultato di un'estensione progressiva, ad opera della giurisprudenza della Corte e delle modifiche legislative che ne seguirono, dell'ambito di applicazione iniziale del regolamento n. 3/1958 [23]. Al fine di giungere ad una semplificazione radicale delle disposizioni assai complesse relative all'ambito di applicazione ratione personae del precedente regolamento n.1408/71, l'articolo 2 del regolamento n.º883/2004 rinvia in maniera generale ed esaustiva a tutti «[i] cittadini di uno Stato membro, (...) che sono o sono stati soggetti alla legislazione di uno o più Stati membri, nonché ai loro familiari e superstiti» [24]. Ne consegue che la nozione di «persona assicurata» riguarda le persone che, indipendentemente dalla loro qualifica (ad esempio, lavoratore subordinato, pensionato, ecc.), soddisfano i requisiti previsti dalla legislazione dello Stato membro competente per aver diritto a prestazioni. Ciò significa che il regolamento n. 883/2004 si applica nella sua totalità, indipendentemente dalla questione se l'interessato sia stato assicurato in quanto lavoratore dipendente, in quanto persona inattiva o a seguito di altre circostanze quali, in particolare, la residenza o la cittadinanza.

57. È alla luce di tale evoluzione che occorre analizzare la distinzione operata dal legislarore dell'Unione tra le «persone assicurate» e i «pensionati». Storicamente, tale distinzione proviene dal regolamento n. 1408/71, in particolare dai suoi articoli da 27 a 34, che corrispondono, in sostanza, agli articoli da 23 a 30 del regolamento n. 883/2004.

58. A tale riguardo, occorre, in primo luogo, rilevare che, a termini dei considerando 20 e 22 del regolamento n.º883/2004, «[n]el campo delle prestazioni di malattia, di maternità e di paternità assimilate, occorrerebbe garantire una protezione che disciplini la situazione delle *persone assicurate* (...) che risiedono o dimorano in uno Stato membro diverso dallo Stato competente», e che «*[l]a posizione specifica* dei richiedenti e *dei titolari di pensioni* (...) richiede disposizioni nel campo dell'assicurazione malattia adattate a questa situazione» [25]. Pertanto, i «pensionati» figurano, nella concezione del legislatore dell'Unione, come una sottocategoria delle «persone assicurate» che richiedono, a causa della loro «posizione specifica», norme adattate alla loro situazione.

59. Infatti, è seguendo la stessa logica che, operando una distinzione, alla fine dei capitoli 1 e 3 del titolo III del regolamento n. 883/2004, tra, da un lato, le disposizioni applicabili alle «persone assicurate», e, dall'altro, quelle applicabili ai «pensionati», il legislatore dell'Unione ha inteso prevedere disposizioni particolari e più adeguate a tale gruppo di persone assicurate.

[23] Regolamento del Consiglio per la sicurezza sociale dei lavoratori migranti (GU 1958, P 30, pag. 561).

[24] V., al riguardo, considerando 3 e 7 del regolamento n. 883/2004.

[25] Il corsivo è mio.

60. Più precisamente, vista la loro situazione particolare – poiché tali persone percepiscono la loro pensione in base alla legislazione di almeno due Stati membri o risiedono in uno Stato membro la cui legislazione non concede loro prestazioni in natura (v. articoli 23 e 24 del regolamento n. 883/2004) – tali disposizioni hanno lo scopo di determinare lo Stato membro responsabile della concessione di prestazioni di malattia (v. titolo III, capitolo 1, sezione 2, di tale regolamento) ad un siffatto pensionato o dell'erogazione delle prestazioni in caso di morte di quest'ultimo (v. titolo III, capitolo 3, articolo 43, del suddetto regolamento). Le suddette disposizioni possono pertanto essere considerate come norme di conflitto adattate alle esigenze dei pensionati e dei loro familiari.

61. Per quanto riguarda, più precisamente, la distinzione operata nell'ambito del capitolo 1 del titolo III del regolamento n. 883/2004, si deve constatare che la sezione 2 di tale capitolo, intitolato «Prestazioni di malattia, di maternità e di paternità assimilate», prevede norme speciali di coordinamento per i pensionati in caso di malattia e di maternità, anche per quanto riguarda i loro familiari (v. articoli da 23 a 30). Tali norme costituiscono pertanto una lex specialis rispetto alle norme della sezione 1 (gli articoli da 17 a 22), che costituiscono la lex generalis. In altri termini, la sezione 2 si applica solo ai pensionati (assicurati), mentre la sezione 1 si applica a qualunque persona assicurata, ivi compresi i pensionati, qualora la sezione 2 lo preveda. Tale struttura è confermata dall'articolo 31 di tale regolamento, che segnala altresì il carattere complementare degli articoli da 23 a 30, poiché tali articoli «non si applicano ad un pensionato (...) se l'interessato ha diritto a prestazioni ai sensi della legislazione di uno Stato membro sulla base dell'esercizio di un'attività subordinata o autonoma».

62. In secondo luogo, considero che tale interpretazione non può essere inficiata dal fatto che talune disposizioni della sezione 2 del capitolo 1 del titolo III del regolamento n. 883/2004, che riguardano i pensionati, rendono talune disposizioni della sezione 1 di tale capitolo, in particolare l'articolo 18, paragrafo 1, e gli articoli 19, 20 e 21, applicabili mutatis mutandis ai pensionati. Al contrario, tale architettura del capitolo 1 conferma, a mio modo di vedere, l'equiparazione integrale dei «pensionati» alle «persone assicurate» e l'applicazione della lex generalis, qualora ciò sia giustificato. Infatti, la sezione 1 di tale capitolo è intitolata «Persone assicurate e loro familiari, *ad eccezione di pensionati e loro familiari*», il che implica che i pensionati facciano parte del gruppo delle «persone assicurate» [26]. È quindi normale, per ragioni di chiarezza e di coerenza, che, qualora talune norme della lex generalis trovino applicazione ai «pensionati» che beneficiano di una lex specialis, ciò sia espressamente precisato nelle norme della lex specialis, ossia la sezione 2 del suddetto capitolo 1. Ciò premesso, è certamente vero che l'impiego dei termini «mutatis mutandis» è ingannevole, in quanto tutte le norme riguardano «persone assicurate» e non sarebbe quindi necessario far riferimento ad un'applicazione per analogia.

63. Ne consegue che, contrariamente a quanto sostiene il governo olandese, i termini «persona assicurata» e «pensionato» impiegati nel regolamento n. 883/2004 non si escludono a vicenda.

3. Sulla nozione di «persona assicurata» nel sistema della direttiva 2011/24

64. Come si è stabilito ai paragrafi 43 e 44 delle presenti conclusioni, la direttiva 2011/24 rinvia alla definizione di «persona assicurata» prevista dal regolamento n. 883/2004. Orbene, l'interpretazione ampia della nozione di «persona assicurata», ai sensi di tale regolamento, sembra essere altresì corroborata dall'impiego di tali termini nell'ambito della direttiva in parola.

[26] Il corsivo è mio.

65. Infatti, come rileva il giudice del rinvio, da una parte, tale interpretazione è coerente con la nozione di «Stato membro di affiliazione», che, per le persone di cui all'articolo 3, lettera b), sub i), della direttiva 2011/24, è definita, all'articolo 3, lettera c), sub i), di tale direttiva, come riferentesi allo «Stato membro competente a concedere alla persona assicurata un'autorizzazione preventiva a ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato membro di residenza, ai sensi [dei regolamenti nn. 883/2004 e 987/2009[27]]». Pertanto, il legislatore dell'Unione non ha inteso subordinare il diritto al rimborso alla condizione che l'interessato sia «affiliato» al regime legale obbligatorio di assicurazione malattia di uno Stato membro[28].

66. D'altra parte, si deve constatare che è in deroga all'articolo 7, paragrafo 1, della direttiva 2011/24 – il quale disciplina il diritto al rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera sostenuti dalle «persone assicurate» – che il paragrafo 2, lettera a), di tale articolo estende tale diritto, in particolare, ai «pensionati (...) residenti in un altro Stato membro», per coprire le spese di assistenza sanitaria sostenute nel territorio dello Stato erogatore della pensione, se quest'ultimo figura nell'allegato IV del regolamento n. 883/2004. Pertanto, se ne deve dedurre che il legislatore dell'Unione ha considerato, nel contesto dell'adozione della direttiva 2011/24, che i «pensionati» rientravano effettivamente nella nozione di «persona assicurata», ai sensi dell'articolo 1, lettera c), del regolamento n. 883/2004. Inoltre, è la sola volta che il termine «pensionato» è impiegato in tale direttiva.

67. Alla luce di quanto precede, propongo di rispondere alla prima questione pregiudiziale dichiarando che il combinato disposto dell'articolo 7, paragrafo 1, e dell'articolo 3, lettera b), sub i), della direttiva 2011/24, letto congiuntamente all'articolo 1, lettera c), e all'articolo 2 del regolamento n. 883/2004, dev'essere interpretato nel senso che le persone che percepiscono una pensione in forza della legislazione di uno Stato membro e che hanno diritto, ai sensi dell'articolo 24 di tale regolamento, alle prestazioni in natura dispensate dallo Stato di residenza per conto del primo Stato membro, senza tuttavia disporre di un'assicurazione malattia obbligatoria in tale primo Stato membro, possono far valere, in quanto «persone assicurate» ai sensi delle summenzionate disposizioni, tale direttiva al fine di ottenere il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera loro prestata in un terzo Stato membro.

C. Sulla seconda questione pregiudiziale

68. Con la sua seconda questione, il giudice del rinvio chiede, in sostanza, se un pensionato in forza della legislazione di uno Stato membro, avente diritto, ai sensi dell'articolo 24 del regolamento n. 883/2004, alle prestazioni in natura dispensate dallo Stato di residenza a carico del primo Stato membro, possa far valere l'articolo 56 TFUE, al fine di ottenere il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria di cui esso ha fruito in uno Stato membro diverso da quello della sua residenza o da quello erogatore della pensione.

69. Rilevo innanzitutto che, se la Corte dovesse rispondere nel senso da me proposto al paragrafo 67 delle presenti conclusioni, non occorrerebbe rispondere alla seconda questione. Infatti, Y rientrerebbe, in tale ipotesi, nell'ambito di applicazione ratione personae della direttiva 2011/24, cosicché il giudice del rinvio dovrebbe verificare, alla luce delle disposizioni di tale direttiva, se l'interessata ha diritto al rimborso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera di cui ha

[27] Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 che stabilisce le modalità di applicazione del [regolamento n. 883/2004] (GU 2009, L 284, pag. 1)

[28] V., altresì, considerando 13 della direttiva 2011/24, ai sensi del quale «l'obbligo di rimborsare i costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera dovrebbe essere limitato all'assistenza sanitaria cui la persona assicurata ha diritto conformemente alla legislazione dello Stato membro di affiliazione».

fruito in Germania, in particolare per i costi delle cure mediche per le quali non ha chiesto un'autorizzazione preventiva. L'esame che segue si basa pertanto sull'ipotesi che la Corte non condivida tale interpretazione e ritenga che occorra fornire una risposta in senso negativo alla prima questione.

70. A questo proposito, è anzitutto importante ricordare che l'applicazione dell'articolo 20 del regolamento n. 883/2004 ad una situazione determinata non esclude che quest'ultimo possa rientrare anche nell'ambito di applicazione dell'articolo 56 TFUE e che la persona interessata possa in via parallela disporre, ai sensi di quest'ultimo articolo, del diritto di accedere a trattamenti sanitari in un altro Stato membro a condizioni di assunzione di oneri e di rimborso diverse da quelle previste all'articolo 20 di tale regolamento [29]. Questa giurisprudenza potrebbe altresì applicarsi nell'ambito della direttiva 2011/24 malgrado il fatto che, come risulta dal suo considerando 8, quest'ultima abbia codificato la giurisprudenza della Corte relativa alla libera prestazione dei servizi garantita dall'articolo 56 TFUE nel settore dell'assistenza sanitaria, cercando nel contempo di pervenire ad una più generale, nonché efficace, applicazione dei principi elaborati da tale giurisprudenza attraverso singole pronunce.

71. Infatti, ricordo che risulta da una giurisprudenza costante che le prestazioni mediche soggette al nostro esame rientrano nell'ambito di applicazione dell'articolo 56 TFUE relativo alla libera prestazione dei servizi, comprese le situazioni in cui siano dispensate cure in ambiente ospedaliero [30]. La libera prestazione dei servizi comprende la libertà dei destinatari dei servizi, in particolare delle persone che devono ricevere cure mediche, di recarsi in un altro Stato membro per godere ivi dei detti servizi [31].

72. Pertanto, in primo luogo, occorre determinare se una normativa nazionale, come quella controversa nella causa principale, che subordina ad autorizzazione preventiva il rimborso dei costi di assistenza sanitaria sostenuti, in uno Stato membro diverso dallo Stato di residenza, da parte di una persona che percepisce una pensione in base a tale normativa, comporti una restrizione alla libera prestazione dei servizi sancita all'articolo 56 TFUE.

73. Rilevo al riguardo che, secondo una giurisprudenza consolidata, il requisito dell'autorizzazione preventiva riguardo ad una cura prevista in un altro Stato membro, a cui è subordinata la presa in carico da parte dell'istituzione competente, *secondo il regime di copertura in vigore nello Stato membro cui appartiene*, di cure programmate in un altro Stato membro costituisce un ostacolo alla libera prestazione dei servizi sia per i pazienti sia per i prestatori, poiché scoraggia, o addirittura trattiene, i pazienti di cui trattasi dal rivolgersi ai prestatori di servizi medici stabiliti in un diverso Stato membro per ricevere i trattamenti di cui trattasi [32]. In altri termini, l'articolo 56 TFUE 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 ad uno Stato membro [33]. Pertanto, una siffatta autorizzazione può effettivamente costituire una restrizione alla libera prestazione dei servizi.

[29] Sentenza del 23 settembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Assistenza sanitaria transfrontaliera) (C-777/18, EU:C:2020:745, punto 33 e giurisprudenza citata).

[30] Sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 36 e giurisprudenza citata).

[31] Sentenze del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 37 e giurisprudenza citata), nonché del 21 giugno 2012, Susisalo e a. (C-84/11, EU:C:2012:374, punti da 26 a 28).

[32] Sentenza del 27 ottobre 2011, Commissione/Portogallo (C-255/09, EU:C:2011:695, punto 60 e giurisprudenza citata).

[33] Sentenza del 16 maggio 2006, Watts (C-372/04, EU:C:2006:325, punto 94 e giurisprudenza citata).

74. In secondo luogo, occorre verificare se una siffatta restrizione alla libera prestazione dei servizi possa essere giustificata. Infatti, la Corte ha dichiarato che, benché un'autorizzazione preventiva costituisca, sia per i pazienti sia per i prestatori, un ostacolo alla libera prestazione dei servizi, l'articolo 56 TFUE non osta, in linea di principio, al fatto che il diritto di un paziente di ottenere assistenza ospedaliera in un altro Stato membro a carico del sistema cui esso appartiene sia soggetto ad una previa autorizzazione [34]. Gli obiettivi di tale obbligo di previa autorizzazione possono essere considerati come diretti: i) a non rischiare una grave alterazione dell'equilibrio finanziario del sistema di previdenza sociale, ii) a mantenere un servizio medico-ospedaliero equilibrato e accessibile a tutti, iii) alla conservazione di un sistema sanitario o di una competenza medica nel territorio nazionale e iv) a consentire una programmazione che persegua l'obiettivo di garantire nel territorio dello Stato membro interessato la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure mediche ospedaliere di qualità [35].

75. La Corte ha dichiarato che, rispetto alle cure ospedaliere oppure alle cure sanitarie che richiedono l'utilizzo di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose (in prosieguo: le «cure non ospedaliere pesanti») [36], benché il diritto dell'Unione non osti, in linea di principio, a un sistema di autorizzazione preventiva, è nondimeno necessario che le condizioni dettate per il rilascio di una siffatta autorizzazione siano giustificate alla luce dei criteri imperativi prima citati, che esse non eccedano quanto oggettivamente necessario a tal fine e che il medesimo risultato non possa essere conseguito con norme meno vincolanti. Inoltre, un siffatto sistema dev'essere fondato su criteri oggettivi, non discriminatori e noti in anticipo, in modo da circoscrivere l'esercizio del potere discrezionale delle autorità nazionali affinché esso non sia usato in modo arbitrario [37].

76. Nella fattispecie, il governo olandese non ha addotto alcuna giustificazione quanto alla normativa olandese applicabile, la quale subordina ad autorizzazione preventiva il rimborso dei costi delle prestazioni in natura dispensate ad un pensionato, in forza dell'articolo 24 del regolamento n. 883/2004, in uno Stato membro diverso dallo Stato di residenza. Spetta pertanto al giudice del rinvio verificare se siffatte giustificazioni esistano e se esse soddisfino le condizioni stabilite dalla citata giurisprudenza.

77. A tal riguardo, occorre tuttavia sottolineare che, come risulta dalla giurisprudenza della Corte, una normativa nazionale, la quale esclude, *in tutti i casi*, il rimborso delle cure ospedaliere prestate senza autorizzazione preventiva, priva il beneficiario dell'assicurazione sociale il quale, per ragioni connesse al suo stato di salute o alla necessità di ricevere cure urgentemente presso una struttura ospedaliera, si sia trovato nell'impossibilità di richiedere una siffatta autorizzazione o non abbia potuto attendere la risposta dell'ente competente, del rimborso di tali cure da parte di detto ente, anche qualora i presupposti per un tale rimborso siano peraltro soddisfatti [38]. La Corte ha affermato che, in situazioni del genere, il rimborso di cure siffatte non è tale da compromettere il conseguimento degli scopi di pianificazione ospedaliera né può compromettere gravemente l'equilibrio finanziario del sistema previdenziale, dato che tale rimborso non pregiudica il mantenimento di un servizio ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti, né tanto meno la salvaguardia di un sistema sanitario e di una competenza medica estese a tutto il territorio nazionale [39].

[34] Sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 41).

[35] Sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punti 42 e 43).

[36] Sentenza del 23 settembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Assistenza sanitaria transfrontaliera) (C-777/18, EU:C:2020:745, punto 60 e giurisprudenza citata).

[37] Sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 44).

[38] Sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 45).

[39] Sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 46).

78. Ne consegue che una normativa nazionale che escluda il rimborso, da parte dell'istituzione competente, delle spese relative alle cure ospedaliere o non ospedaliere pesanti ricevute in un altro Stato membro, in assenza di autorizzazione preventiva, tra l'altro nelle situazioni particolari in cui la persona assicurata, per ragioni connesse al suo stato di salute o alla necessità di ricevere siffatte cure urgentemente, si sia trovata nell'impossibilità di richiedere una siffatta autorizzazione o non abbia potuto attendere la decisione dell'ente competente sulla domanda di autorizzazione presentata, anche qualora ricorrano peraltro i presupposti per un tale rimborso, non soddisfa il requisito della proporzionalità. Pertanto, tale normativa comporta una restrizione sproporzionata alla libera prestazione dei servizi sancita all'articolo 56 TFUE e viola l'articolo 8, paragrafo 1, della direttiva 2011/24.

79. Nella fattispecie, risulta dal fascicolo della causa principale che il CAK si è dichiarato incompetente a trattare la controversia per il solo motivo dell'assenza di autorizzazione preventiva, senza tuttavia verificare, nel corso del procedimento amministrativo, se la situazione di Y fosse così urgente che un'autorizzazione non sarebbe stata necessaria (v. paragrafi 24 e 26 delle presenti conclusioni). Una procedura di rigetto quasi automatico non può pertanto rispondere al requisito di proporzionalità.

80. Alla luce di quanto precede, propongo di rispondere alla seconda questione pregiudiziale dichiarando che l'articolo 56 TFUE dev'essere interpretato nel senso che osta ad una normativa nazionale, come quella controversa nella causa principale, che esclude d'ufficio il rimborso, da parte dell'istituzione competente, delle spese relative alle cure ospedaliere o non ospedaliere pesanti ricevute in un altro Stato membro, in assenza di autorizzazione preventiva, tra l'altro nelle situazioni particolari in cui la persona assicurata, per ragioni connesse al suo stato di salute o alla necessità di ricevere siffatte cure urgentemente, si sia trovata nell'impossibilità di richiedere una siffatta autorizzazione o non abbia potuto attendere la decisione dell'istituzione competente sulla domanda di autorizzazione presentata, anche qualora i presupposti per un tale rimborso siano peraltro soddisfatti.

V. Conclusione

81. Alla luce di quanto precede, propongo alla Corte di rispondere nei seguenti termini alle questioni pregiudiziali proposte dal Centrale Raad van Beroep (Corte d'appello in materia di previdenza sociale e di funzione pubblica, Paesi Bassi):

1) Il combinato disposto dell'articolo 7, paragrafo 1, e dell'articolo 3, lettera b), sub i), della direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, letto congiuntamente all'articolo 1, lettera c), e all'articolo 2 del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, quale modificato dal regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, dev'essere interpretato nel senso che le persone che percepiscono una pensione in forza della legislazione di uno Stato membro e che hanno diritto, ai sensi dell'articolo 24 di tale regolamento, alle prestazioni in natura dispensate dal loro Stato di residenza per conto del primo Stato membro, senza tuttavia disporre di un'assicurazione malattia obbligatoria in tale primo Stato membro, possono far valere, in quanto «persone assicurate» ai sensi di tali disposizioni, tale direttiva al fine di ottenere il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera loro prestata in un terzo Stato membro.

2) L'articolo 56 TFUE dev'essere interpretato nel senso che osta ad una normativa nazionale, come quella controversa nella causa principale, che esclude d'ufficio il rimborso, da parte dell'istituzione competente, delle spese relative alle cure ospedaliere o non ospedaliere pesanti ricevute in un altro Stato membro, in assenza di autorizzazione preventiva, tra l'altro nelle situazioni particolari in cui la persona assicurata, per ragioni connesse al suo stato di salute o alla necessità di ricevere siffatte cure urgentemente, si sia trovata nell'impossibilità di richiedere una siffatta autorizzazione o non abbia potuto attendere la decisione dell'istituzione competente sulla domanda di autorizzazione presentata, anche qualora i presupposti per un tale rimborso siano peraltro soddisfatti.