SENTENZA DELLA CORTE
13 maggio 2003 *

Nel procedimento C-385/99,

avente ad oggetto la domanda di pronuncia pregiudiziale proposta alla Corte, a norma dell'art. 234 CE, dal Centrale Raad van Beroep (Paesi Bassi) nelle cause dinanzi ad esso pendenti tra

V.G. Müller-Fauré

e

Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA,

e tra

E.E.M. van Riet

e

Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen,

* Lingua processuale: l'olandese.

domanda vertente sull'interpretazione dell'art. 59 del Trattato CE (divenuto, in seguito a modifica, art. 49 CE) e dell'art. 60 del Trattato CE (divenuto art. 50 CE),

LA CORTE,

composta dal sig. G.C. Rodríguez Iglesias, presidente, dai sigg. M. Wathelet (relatore) R. Schintgen e C.W.A. Timmermans, presidenti di sezione, dai sigg. D.A.O. Edward, A. La Pergola, P. Jann, dalle sig.re F. Macken e N. Colneric e dai sigg. S. von Bahr e J.N. Cunha Rodrigues, giudici,

avvocato generale: sig. D. Ruiz-Jarabo Colomer
cancelliere: sig. H.A. Rühl, amministratore principale

viste le osservazioni scritte presentate:

— per la sig.ra Müller-Fauré, dall'avv. J. Blom, advocaat;

— per la Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, dall'avv. J.K. de Pree, advocaat;

— per il governo dei Paesi Bassi, dal sig. M.A. Fierstra, in qualità di agente;

— per il governo belga, dal sig. P. Rietjens, in qualità di agente;

— per il governo danese, dal sig. J. Molde, in qualità di agente;

— per il governo tedesco, dal sig. W.-D. Plessing e dalla sig.ra B. Muttelsee-Schön, in qualità di agenti;

— per il governo spagnolo, dalla sig.ra N. Díaz Abad, in qualità di agente;

— per il governo irlandese, dal sig. M.A. Buckley, in qualità di agente, assistito dalla sig.ra N. Hyland, BL;

— per il governo italiano, dal sig. U. Leanza, in qualità di agente, assistito dal sig. I.M. Braguglia, avvocato dello Stato;

— per il governo svedese, dal sig. A. Kruse, in qualità di agente;

— per il governo del Regno Unito, dalla sig.ra R. Magrill, in qualità di agente, assistita dalla sig.ra S. Moore, barrister;

— per il governo islandese, dai sigg. E. Gunnarsson e H.S. Kristjánsson e dalla sig.ra V. Hauksdóttir, in qualità di agenti;

— per il governo norvegese, dal sig. H. Seland, in qualità di agente;

— per la Commissione delle Comunità europee, dai sigg. P. Hillenkamp e H.M.H. Speyart, in qualità di agenti,

viste le osservazioni scritte integrative presentate su richiesta della Corte,

— per la sig.ra Van Riet, dal sig. A.A.J. van Riet;

— per la Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, dall'avv. J.K. de Pree;

— per la Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, dal sig. H.H.B. Limberger, in qualità di agente;

— per il governo dei Paesi Bassi, dalla sig.ra H.G. Sevenster, in qualità di agente;

— per il governo spagnolo, dalla sig.ra N. Díaz Abad;

— per i governo irlandese, dal sig. D.J. O'Hagan, in qualità di agente;

— per il governo svedese, dal sig. A. Kruse;

— per il governo del Regno Unito, dal sig. D. Wyatt, in qualità di agente, assistito dalla sig.ra S. Moore;

— per il governo norvegese, dal sig. H. Seland;

— per la Commissione, dal sig. H.M.H. Speyart,

vista la relazione d'udienza,

sentite le osservazioni orali della Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, rappresentata dall'avv. J.K. de Pree, della Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, rappresentata dal sig. R. Out, in qualità di agente, del governo dei Paesi Bassi, rappresentato dalla sig.ra H.G. Sevenster, del governo danese, rappresentato dal sig. J. Molde, del governo spagnolo, rappresentato dalla sig.ra N. Díaz Abad, del governo irlandese, rappresentato dal sig. A. Collins, BL, del governo finlandese, rappresentato dalla sig.ra T. Pynnä, in qualità di agente, del governo del Regno Unito, rappresentato dal sig. D. Lloyd-Jones, QC, nonché della Commissione, rappresentata dalla sig.ra H. Michard, in qualità di agente, e dal sig. H.M.H. Speyart, all'udienza del 10 settembre 2002,

sentite le conclusioni dell'avvocato generale, presentate all'udienza del 22 ottobre 2002,

ha pronunciato la seguente

Sentenza

1 Con ordinanza 6 ottobre 1999, pervenuta in cancelleria l'11 ottobre successivo, il Centrale Raad van Beroep ha sottoposto a questa Corte, ai sensi dell'art. 234 CE, tre questioni pregiudiziali vertenti sull'interpretazione dell'art. 59 del Trattato CE (divenuto, in seguito a modifica, art. 49 CE) e dell'art. 60 del Trattato CE (divenuto art. 50 CE).

2 Tali questioni sono state sollevate nell'ambito di due controversie in essere, da un lato, tra la sig.ra Müller-Fauré e la Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA (cassa mutua di assicurazione malattia, in prosieguo: la «cassa malattia di Zwijndrecht»), con sede in Zwijndrecht (Paesi Bassi), e, dall'altro, tra la sig.ra Van Riet e la Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen (in prosieguo: la «cassa malattia di Amsterdam»), con sede in Amsterdam (Paesi Bassi), in relazione al rimborso di spese mediche sostenute rispettivamente in Germania e in Belgio.

Contesto normativo nazionale

3 Nei Paesi Bassi il regime dell'assicurazione malattia si basa essenzialmente sulla Ziekenfondswet (legge sulle casse malattia) 15 ottobre 1964 (*Staatsblad* 1964, n. 392), successivamente modificata (in prosieguo: la «ZFW»), e sull'Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (legge relativa all'assicurazione generale per le spese speciali di malattia) 14 dicembre 1967 (*Staatsblad* 1967, n. 617), anch'essa

successivamente modificata (in prosieguo: l'«AWBZ»). Sia la ZFW sia l'AWBZ introducono un regime di prestazioni in natura in forza del quale gli assicurati non hanno diritto al rimborso delle spese sostenute per cure mediche, ma alle cure stesse, dispensate gratuitamente. Tali due normative si basano su un sistema di convenzioni tra le casse malattia ed i prestatori di cure sanitarie.

4 Dagli artt. 2-4 della ZFW risulta che sono di diritto obbligatoriamente assicurati, ai sensi della legge stessa, i lavoratori il cui reddito annuo non superi un massimale stabilito da quest'ultima, le persone equiparate a tali lavoratori e i beneficiari di assegni sociali, nonché i familiari a loro carico e facenti parte del nucleo familiare degli stessi.

5 A norma dell'art. 5, n. 1, della ZFW, chiunque rientri nell'ambito di applicazione della stessa e voglia far valere un diritto ai sensi di tale normativa deve essere iscritto a una cassa malattia che operi nel suo comune di residenza.

6 L'art. 8 della ZFW recita:

«1. Gli assicurati hanno diritto a prestazioni che assicurino loro le cure mediche necessarie, laddove, in relazione a tali cure, non sussista alcun diritto in base all'Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (...). Le casse malattia provvedono a che gli assicurati iscritti presso di loro possano far valere tale diritto.

2. La natura, il contenuto e l'ampiezza delle prestazioni sono stabiliti a mezzo o in forza di regio decreto, fermo restando che esse comprendono in ogni caso

l'assistenza medica, in misura da determinare, nonché le cure ed il trattamento, effettuati in categorie di istituzioni da determinare. La concessione di una prestazione può inoltre essere subordinata ad un contributo finanziario dell'assicurato; tale contributo non deve essere uguale per tutti gli assicurati.

(...)».

7 Il Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering (decreto relativo alle prestazioni in natura a titolo di assicurazione malattia) 4 gennaio 1966 (*Staatsblad* 1966, n. 3), successivamente modificato (in prosieguo: il «Verstrekkingenbesluit»), dà attuazione all'art. 8, n. 2, della ZFW.

8 Il Verstrekkingenbesluit stabilisce in tal modo i diritti alle prestazioni e l'ampiezza di queste ultime per varie categorie di cure, tra le quali sono in particolare contemplate le categorie rubricate «assistenza medica e chirurgica» e «ricovero e degenza in istituti ospedalieri».

9 Il sistema di convenzioni istituito dalla ZFW presenta le seguenti caratteristiche principali.

10 L'art. 44, n. 1, della ZFW prevede che le casse malattia «concludano convenzioni con persone ed istituti in grado di dispensare una o più delle forme di cura previste nel regio decreto emanato in attuazione dell'art. 8».

11 Ai sensi dell'art. 44, n. 3, della ZFW, tali convenzioni devono contenere almeno disposizioni riguardanti la natura e la portata dei diritti ed obblighi reciproci delle

parti, i tipi di cura da dispensare, la qualità e l'efficacia delle cure dispensate, il controllo del rispetto della convenzione, tra cui quello delle prestazioni da fornire o già fornite e dell'esattezza degli importi addebitati per tali prestazioni, nonché l'obbligo di comunicare i dati necessari per tale controllo.

12 Le casse malattia sono libere di concludere convenzioni con qualsivoglia prestatore di cure, a una duplice condizione. Da un lato, risulta dall'art. 47 della ZFW che ogni cassa malattia «deve concludere una convenzione (...) con ciascun istituto situato nella zona in cui svolge le proprie funzioni o cui si rivolge regolarmente la popolazione di tale zona». Dall'altro, si possono concludere convenzioni solo con istituti debitamente autorizzati a dispensare le cure di cui trattasi o con le persone che vi sono legalmente abilitate.

13 Ai sensi dell'art. 8 a della ZFW:

«1. Un istituto che fornisca prestazioni come quelle previste all'art. 8 deve disporre di un'autorizzazione a tal fine.

2. Un regio decreto può prevedere che un istituto appartenente ad una categoria da definirsi con regio decreto venga considerato autorizzato ai fini di tale legge. (...)».

14 Dall'art. 8 c, punto a), della ZFW risulta che va rifiutata l'autorizzazione di un istituto che gestisce strutture ospedaliere se tale istituto non soddisfa i requisiti della Wet Ziekenhuisvoorzieningen (legge sulle attrezzature ospedaliere in

materia di ripartizione e di fabbisogno). Tale legge, le sue direttive di applicazione (in particolare la direttiva basata sull'art. 3 di detta legge, *Nederlandse Staatscourant* 1987, n. 248) nonché i piani provinciali determinano in modo più particolareggiato il fabbisogno nazionale per quanto riguarda diverse categorie d'istituti ospedalieri così come la loro ripartizione tra le varie zone individuate nel territorio olandese in materia sanitaria.

15 Per quanto riguarda il concreto esercizio del diritto a prestazione, l'art. 9 della ZFW prevede:

«1. L'assicurato che intende far valere un diritto a prestazione si rivolge a tal fine, tranne nei casi indicati nel regio decreto di cui all'art. 8, n. 2, ad una persona o ad un istituto, con la quale o con il quale la cassa malattia alla quale è iscritto ha concluso all'uopo una convenzione, fatte salve le disposizioni del n. 4.

2. L'assicurato ha la possibilità di scegliere liberamente tra le persone e gli istituti indicati al n. 1, fatte salve le disposizioni del n. 5 e quelle relative al trasporto in ambulanza, ai sensi della Wet Ambulancevervoer ([legge sul trasporto in ambulanza], *Staatsblad* 1971, n. 369).

3. [abrogato]

4. Una cassa malattia può, in deroga alle disposizioni dei nn. 1 e 2, autorizzare un assicurato a rivolgersi, per far valere un suo diritto a prestazione, ad un'altra persona o istituto nei Paesi Bassi, qualora questo sia necessario per il

trattamento medico. Il Ministro può stabilire in quali casi ed a quali condizioni si può autorizzare un assicurato a rivolgersi, per far valere un suo diritto a prestazione, ad una persona o istituto al di fuori dei Paesi Bassi.

(...)».

16 Il Ministro si è avvalso della competenza attribuitagli dall'art. 9, n. 4, ultima frase, della ZFW per adottare la Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering (regolamento sulle cure all'estero nell'ambito dell'assicurazione malattia) 30 giugno 1988 (*Nederlandse Staatscourant* 1988, n. 123; in prosieguo: la «Rhbz»). L'art. 1 della Rhbz dispone:

«Per casi in cui una cassa malattia può autorizzare un assicurato a rivolgersi, per far valere un suo diritto a prestazione, ad una persona o ad un istituto al di fuori dei Paesi Bassi, s'intendono i casi in cui la cassa malattia ha constatato che questo era necessario per il trattamento medico dell'assicurato».

17 Qualora l'assicurato ottenga l'autorizzazione a rivolgersi a un prestatore stabilito all'estero, il costo delle cure è totalmente preso a carico dalla cassa malattia cui tale assicurato è iscritto.

18 Il Centrale Raad van Beroep chiarisce che, secondo la sua costante giurisprudenza, le domande di autorizzazione per sottoporsi a trattamenti medici all'estero al fine della loro presa a carico ai sensi della ZFW devono essere presentate alla cassa di assicurazione malattia cui appartiene l'assicurato e

quest'ultima deve aver fornito il proprio consenso preliminarmente all'erogazione delle cure, fatte salve circostanze particolari, come l'urgenza, a pena di non poter ottenere il rimborso del costo relativo a dette cure.

19 Inoltre, per quanto riguarda la condizione di cui agli artt. 9, n. 4, della ZFW e 1 della Rhbz, secondo la quale il trattamento dell'assicurato all'estero deve essere necessario dal punto di vista medico, emerge dal fascicolo che la cassa malattia tiene conto, in sostanza, dei metodi di cura disponibili nei Paesi Bassi e verifica se è possibile prestare tempestivamente un trattamento adeguato nel territorio di tale Stato membro.

Le controversie nelle cause principali

La causa Müller-Fauré

20 La sig.ra Müller-Fauré, mentre trascorreva un periodo di vacanze in Germania, si è ivi sottoposta a un trattamento dentario consistente nell'apposizione di sei corone e di una protesi fissa alla mascella superiore. Le cure sono state prestate tra il 20 ottobre e il 18 novembre 1994, fuori da qualsiasi infrastruttura ospedaliera.

21 Dopo il ritorno dalle sue vacanze, la stessa ha presentato alla cassa malattia di Zwijndrecht domanda di rimborso del trattamento per un importo complessivo di DEM 7 444,59. Con lettera 12 maggio 1995, la suddetta cassa ha respinto tale domanda dietro parere del suo dentista consulente.

22 La sig.ra Müller-Fauré ha chiesto il parere del Ziekenfondsraad, incaricato di sorvegliare la gestione e l'amministrazione delle casse malattia, che il 16 febbraio

1996 ha confermato la decisione della cassa malattia di Zwijndrecht per il fatto che gli assicurati possono esigere solo le cure in quanto tali e non il rimborso delle spese connesse a queste ultime, salvo situazioni eccezionali inesistenti nella fattispecie.

23 La sig.ra Müller-Fauré a quel punto ha proposto un ricorso dinanzi all'Arrondissementsrechtbank te Rotterdam (Paesi Bassi). Con ordinanza 21 agosto 1997, quest'ultimo ha confermato la posizione della suddetta cassa malattia dopo aver altresì constatato, nel caso di specie, l'inesistenza di una qualsiasi situazione eccezionale che giustificasse un rimborso delle spese alla luce, in particolare, della protrazione del trattamento per varie settimane e dell'entità dello stesso.

24 Il Centrale Raad van Beroep rileva che, comunque, solo una parte limitata delle cure prestate alla sig.ra Müller-Fauré rientra nel Verstrekkingenbesluit e può quindi dare luogo a rimborso. Esso constata inoltre che l'interessata si è fatta volontariamente curare da un dentista stabilito in Germania durante il periodo di vacanze che essa trascorreva in tale paese, per la mancanza di fiducia nutrita dalla stessa nei confronti dei medici olandesi. Circostanze di tal genere, secondo la giurisprudenza del suddetto giudice, alla luce della normativa nazionale, non possono giustificare il rimborso di un trattamento medico seguito all'estero senza autorizzazione della cassa malattia cui appartiene l'assicurato.

La causa Van Riet

25 Dal 1985 la sig.ra Van Riet soffriva di dolori al polso destro. Il 5 aprile 1993 il suo medico curante chiedeva al consulente medico della cassa malattia di Amsterdam l'autorizzazione affinché la sua paziente venisse sottoposta ad artroscopia presso l'ospedale di Deurne (Belgio), ove tale esame avrebbe potuto essere effettuato in tempi molto più brevi che nei Paesi Bassi. Con lettere in data 24 giugno e 5 luglio 1993 la cassa malattia ha respinto tale richiesta in quanto l'intervento poteva essere effettuato anche in quest'ultimo Stato membro.

26 Nel frattempo la sig.ra Van Riet aveva già fatto eseguire l'artroscopia, nel maggio 1993, presso l'ospedale di Deurne e, in seguito a tale esame, veniva deciso di procedere alla resezione dell'ulna al fine di alleviare il dolore della paziente. La preparazione, l'esecuzione e il controllo degli interventi hanno avuto luogo in Belgio, in parte in ospedale e in parte fuori di quest'ultimo. La cassa malattia di Amsterdam ha rifiutato di rimborsare tali interventi per un importo globale di BEF 93 782, decisione poi confermata dal Ziekenfondsraad in quanto non vi era né urgenza né necessità medica atta a giustificare il fatto che la sig.ra Van Riet venisse curata in Belgio, dal momento che nei Paesi Bassi erano disponibili adeguati trattamenti entro un termine ragionevole. L'Arrondissementsrechtbank competente ha dichiarato infondato il ricorso proposto contro la suddetta decisione dalla sig.ra Van Riet per gli stessi motivi addotti dalla citata cassa.

27 Il Centrale Raad van Beroep, dinanzi al quale la ricorrente nella causa principale ha interposto appello, rileva che, se è pacifico che la maggior parte delle cure prestate alla sig.ra Van Riet sono effettivamente previste nel Verstrekkingenbesluit, queste ultime sono state prestate in Belgio senza previa autorizzazione e senza che fosse provato che l'interessata non potesse ragionevolmente attendere, per ragioni di carattere medico o di altra natura, che la cassa malattia di Amsterdam si fosse pronunciata sulla sua domanda. Inoltre, secondo tale giudice, il periodo di attesa prospettato alla sig.ra Van Riet nei Paesi Bassi per procedere all'artroscopia era ragionevole. Dal fascicolo emerge che tale periodo corrispondeva a circa sei mesi.

28 Il giudice a quo considera che, nella fattispecie, non sussistevano i presupposti per giustificare l'applicazione dell'art. 22, n. 1, lett. a), del regolamento (CEE) del Consiglio 14 giugno 1971, n. 1408, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, nella sua versione modificata e aggiornata dal regolamento (CE) del Consiglio 2 dicembre 1996, n. 118/97 (GU 1997, L 28, pag. 1; in prosieguo: il «regolamento n. 1408/71»), dal momento che le condizioni di salute sia della sig.ra Müller-Fauré sia della sig.ra Van Riet non richiedevano l'immediata prestazione di cure durante un soggiorno nel territorio di un altro Stato membro. Inoltre, non sarebbe nemmeno comprovato, conformemente all'art. 22, nn. 1, lett. c), e 2, secondo comma, dello stesso regolamento, che le cure di cui trattasi, tenuto conto dello stato di salute delle ricorrenti nelle cause principali, non potessero essere prestate nei

Paesi Bassi entro il termine «normalmente necessario», fatto questo che avrebbe obbligato le casse malattia a rilasciare le autorizzazioni per cure in un altro Stato membro.

29 Il suddetto giudice si pone tuttavia interrogativi sulla compatibilità dei provvedimenti di diniego del rimborso con gli artt. 59 e 60 del Trattato, alla luce della sentenza 28 aprile 1998, causa C-158/96, Kohll (Racc. pag. I-1931). Esso osserva che le disposizioni nazionali controverse di per sé non impediscono agli assicurati di rivolgersi a un prestatore di servizi stabilito in un altro Stato membro, ma esigono preliminarmente che la cassa di assicurazione malattia alla quale tali assicurati sono iscritti abbia concluso una convenzione con tale prestatore, il che abitualmente non si verifica. In mancanza di una tale convenzione, il rimborso delle spese sostenute in un altro Stato membro è subordinato a previa autorizzazione, che viene rilasciata solo se «il trattamento lo richiede», circostanza che si riscontrerebbe di regola solo quando i prestatori di servizi convenzionati non possono offrire tutte le cure adeguate. Tale obbligo di ottenere una previa autorizzazione opererebbe pertanto a favore dei prestatori di cure mediche convenzionati — che sono in pratica sempre olandesi — a scapito dei prestatori di cure mediche appartenenti ad altri Stati membri. Il giudice a quo aggiunge che le competenze amministrative delle autorità olandesi non si estendono ai prestatori di cure stabiliti in altri Stati membri, il che può ostacolare la stipula di convenzioni con tali prestatori.

30 Qualora venga ammesso che l'autorizzazione richiesta dall'art. 9, n. 4, della ZFW ostacola la libera prestazione dei servizi, il Centrale Raad van Beroep si chiede se il suddetto obbligo sia giustificato.

31 A tale proposito, il giudice a quo sottolinea le caratteristiche del regime di assicurazione malattia olandese. Tale regime garantisce essenzialmente prestazioni in natura, diversamente dal regime denominato «di restituzione». Secondo le convenute nelle cause principali, l'equilibrio finanziario del regime potrebbe essere minacciato se agli assicurati fosse possibile farsi rimborsare, senza previa autorizzazione, cure dispensate in un altro Stato membro. Il suddetto giudice si

riferisce, al riguardo, ai provvedimenti nazionali adottati per controllare i costi delle cure ospedaliere, in particolare le prescrizioni della Wet Ziekenhuisvoorzieningen, in materia di pianificazione e di scaglionamento nel tempo delle cure, e quelle della ZFW che limitano il rimborso alle cure prestate da istituti ospedalieri autorizzati.

Le questioni pregiudiziali

32 Il Centrale Raad van Beroep ha pertanto stabilito di sospendere il procedimento e di sottoporre alla Corte le seguenti questioni pregiudiziali:

«1) Se gli artt. 59 e 60 del Trattato CE (...) debbano essere interpretati nel senso che in via di principio è con essi incompatibile una disposizione quale l'art. 9, n. 4, della Ziekenfondswet, in combinato disposto con l'art. 1 della Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering, nei limiti in cui dispone che un assicurato presso una cassa malattia necessita di un'autorizzazione previa di quest'ultima per poter far valere il suo diritto ad una prestazione rivolgendosi, al di fuori dei Paesi Bassi, ad una persona o ad un ente con cui la cassa malattia non ha stipulato alcuna convenzione.

2) Qualora la prima questione sia risolta affermativamente, se gli obiettivi del sistema olandese delle prestazioni in natura menzionati sopra (...) costituiscano un motivo imperativo di interesse generale tale da giustificare un ostacolo al principio fondamentale della libera prestazione dei servizi.

3) Se per la soluzione di dette questioni rilevi anche il fatto che il trattamento sia dispensato in tutto o in parte nell'ambito di una struttura ospedaliera».

33 Con lettera 12 luglio 2001 la cancelleria della Corte ha chiesto al giudice a quo se esso intendesse confermare la sua domanda di pronuncia pregiudiziale tenuto conto della sentenza emanata lo stesso giorno nella causa C-157/99, Smits e Peerbooms (Racc. pag. I-5473).

34 Con lettera 25 ottobre 2001 il giudice a quo ha informato la Corte del fatto che esso confermava le proprie questioni in quanto la citata sentenza Smits e Peerbooms non riguarda specificamente le caratteristiche del regime olandese di assicurazione malattia, che costituisce un regime di prestazioni in natura a carattere convenzionale. Esso inoltre ha invitato la Corte a precisare la portata del punto 103 della suddetta sentenza, ai sensi del quale:

«il requisito relativo al carattere necessario del trattamento previsto dalla disciplina di cui alla causa principale può giustificarsi con riferimento all'art. 59 del Trattato, purché sia interpretato nel senso che l'autorizzazione a sottoporsi ad un trattamento in un altro Stato membro può essere negata per tale motivo solo quando un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia per il paziente possa essere tempestivamente ottenuto ricorrendo ad un istituto con il quale la cassa malattia dell'assicurato ha concluso una convenzione».

35 Più precisamente, il giudice a quo chiede alla Corte come si debba intendere l'espressione «tempestivamente» e, in particolare, se la valutazione di tale condizione debba essere effettuata su un piano strettamente medico, indipendentemente dalla durata dell'attesa per poter beneficiare del trattamento richiesto.

36 Con lettera del 6 marzo 2002 la cancelleria della Corte ha invitato le parti delle cause principali, gli Stati membri e la Commissione a presentare le loro eventuali osservazioni sulle conseguenze che si dovrebbero trarre dalla citata sentenza Smits e Peerbooms alla luce delle questioni proposte dal Centrale Raad van Beroep.

Sulla prima questione

37 Con la sua prima questione il giudice nazionale chiede, sostanzialmente, se gli artt. 59 e 60 del Trattato vadano interpretati nel senso che essi ostano alla normativa di uno Stato membro, come quella controversa nelle cause principali, che subordina la presa a carico delle cure prestate in un altro Stato membro, da una persona o da un istituto con cui la cassa malattia alla quale appartiene l'assicurato non ha stipulato alcuna convenzione, al rilascio di una previa autorizzazione rilasciata da quest'ultima.

38 Si deve rammentare, in limine, che, secondo giurisprudenza costante, le attività mediche rientrano nell'ambito di applicazione dell'art. 60 del Trattato, senza che in proposito si debba distinguere a seconda che le cure siano dispensate in ambito ospedaliero o fuori dallo stesso (v., da ultimo, sentenza Smits e Peerbooms, cit., punto 53).

39 La Corte ha altresì dichiarato, ai punti 54 e 55 della citata sentenza Smits e Peerbooms, che il fatto che la disciplina applicabile rientri nell'ambito previdenziale e, più in particolare, preveda, in materia di assicurazione malattia, un intervento in natura anziché mediante rimborso non vale a sottrarre i trattamenti medici di cui trattasi all'ambito di applicazione della libera prestazione dei servizi garantita dal Trattato CE. A tale riguardo, è giocoforza constatare che, nelle cause principali, i trattamenti prestati in uno Stato membro diverso da quello di iscrizione hanno certamente dato luogo a una diretta remunerazione, da parte del paziente, del medico che ha effettuato la prestazione o dell'istituto in cui le cure sono state prestate.

40 Poiché le prestazioni mediche rientrano nell'ambito di applicazione della libera prestazione dei servizi ai sensi degli artt. 59 e 60 del Trattato, occorre esaminare se la disciplina controversa nelle cause principali introduca limitazioni a tale

libertà, per il fatto di subordinare la presa a carico di cure fornite in uno Stato membro diverso da quello in cui ha sede la cassa malattia alla quale l'assicurato è iscritto, da una persona o da un ente che non abbia stipulato alcuna convenzione con la suddetta cassa, alla concessione di una previa autorizzazione rilasciata da quest'ultima.

41 A tale proposito, la Corte ha già constatato, al punto 62 della sua citata sentenza Smits e Peerbooms, che, benché la ZFW non privi gli assicurati della facoltà di rivolgersi a un prestatore di servizi stabilito in uno Stato membro diverso da quello in cui è situata la cassa malattia cui appartiene l'assicurato, cionondimeno tale normativa subordina il rimborso delle spese sostenute al rilascio di una previa autorizzazione, che può avvenire, come osserva il giudice nazionale, solo in quanto la prestazione delle cure di cui trattasi, siano esse di tipo ospedaliero o meno, risponda ad una necessità medica.

42 Orbene, poiché quest'ultimo requisito viene in pratica soddisfatto solo quando un trattamento adeguato non può essere tempestivamente ottenuto presso un medico o un istituto ospedaliero convenzionato nello Stato membro d'iscrizione, esso è, per sua stessa natura, atto a ridurre notevolmente le ipotesi in cui verrà rilasciata un'autorizzazione (sentenza Smits e Peerboom, punto 64).

43 È vero che sarebbe in facoltà delle casse malattia olandesi concludere convenzioni con istituti ospedalieri situati fuori dei Paesi Bassi. In tali casi, non sarebbe richiesta alcuna previa autorizzazione ai fini della presa in carico, ai sensi della ZFW, delle cure dispensate da tali istituti. Tuttavia, eccezion fatta per gli istituti ospedalieri situati nelle zone frontaliere dei Paesi Bassi, parrebbe illusorio immaginare che un numero consistente dei suddetti istituti situati negli altri Stati membri siano mai indotti a concludere convenzioni con le dette casse malattia, dal momento che le loro prospettive di accogliere pazienti iscritti a tali casse rimangono aleatorie e ridotte (sentenza Smits e Peerbooms, cit., punti 65 e 66).

44 La Corte ha già dichiarato quindi che una disciplina come quella di cui trattasi nella causa principale scoraggia, o addirittura trattiene, gli assicurati sociali dal rivolgersi ai prestatori di servizi medici stabiliti in uno Stato membro diverso da quello in cui sono iscritti e costituisce, sia per gli assicurati sia per i prestatori, un ostacolo alla libera prestazione dei servizi (sentenza Smits e Peerbooms, cit., punto 69).

45 Tuttavia, prima di pronunciarsi sul se gli artt. 59 e 60 del Trattato ostino ad una normativa come quella controversa nelle cause principali, occorre verificare se tale normativa possa essere oggettivamente giustificata, il che costituisce l'oggetto della seconda questione.

Sulla seconda e sulla terza questione

46 Con la seconda e con la terza questione, che occorre esaminare congiuntamente, il giudice nazionale chiede se una normativa, come quella controversa nella causa principale, che ha effetti restrittivi sulla libera prestazione dei servizi possa essere giustificata dalle stesse peculiarità del regime nazionale di assicurazione malattia, che non assicura il rimborso delle spese sostenute ma essenzialmente prestazioni in natura e si fonda su un sistema di convenzioni destinato, nel contempo, a garantire la qualità delle cure e a controllare i costi di queste ultime. Analogamente, esso intende sapere se il fatto che il trattamento di cui trattasi sia dispensato in tutto o in parte nell'ambito di una struttura ospedaliera possa avere un'incidenza a tale riguardo.

Gli argomenti sottoposti alla Corte

47 Secondo il governo olandese e la cassa malattia di Zwijndrecht, l'autorizzazione richiesta dall'art. 9, n. 4, della ZFW è inerente al regime di assicurazione malattia

olandese. Infatti la copertura in natura dei rischi malattia prevista da tale regime richiede la preliminare conclusione, tra tale cassa e i prestatori di cure, di convenzioni riguardanti il volume, la qualità, l'efficacia e i costi delle cure sanitarie al fine, da un lato, di consentire la pianificazione del fabbisogno e il controllo delle spese e, dall'altro, di garantire un servizio medico di qualità, l'equivalenza delle prestazioni e pertanto la parità di trattamento degli assicurati. Un siffatto sistema di convenzioni gioverebbe essenzialmente a questi ultimi.

48 Pertanto, gli assicurati sarebbero tenuti a rivolgersi solo a prestatori di cure convenzionati o, se intendono tuttavia farsi curare da un medico o da un istituto non convenzionato stabilito nei Paesi Bassi o all'estero, a ottenere una previa autorizzazione rilasciata dalla cassa malattia cui essi sono iscritti.

49 Il governo olandese e la cassa malattia di Zwijndrecht aggiungono che, se non fosse richiesta alcuna previa autorizzazione, i prestatori di cure non avrebbero mai interesse a fornire il loro apporto al sistema di convenzioni vincolandosi mediante clausole contrattuali relative alla disponibilità, al volume, alla qualità, all'efficacia e ai prezzi delle prestazioni, cosicché le autorità incaricate della gestione dell'assicurazione malattia sarebbero nell'incapacità di pianificare il fabbisogno, adeguando le spese a quest'ultimo, e di garantire un servizio medico di qualità e accessibile a tutti. Il sistema di convenzioni perderebbe allora la sua ragion d'essere in quanto strumento di gestione delle cure sanitarie, il che pregiudicherebbe la competenza sovrana degli Stati membri, riconosciuta dalla giurisprudenza della Corte, a organizzare il loro sistema di previdenza sociale. Il governo olandese giustifica, a tale riguardo, l'esistenza di liste d'attesa con il carattere limitato delle risorse finanziarie disponibili, in materia di copertura delle spese sanitarie, e la necessità che ne deriva di quantificare gli interventi da effettuare e di sottoporli a priorità che devono essere rigidamente rispettate.

50 Inoltre le casse malattia olandesi non potrebbero essere obbligate a concludere convenzioni con un numero di prestatori di cure superiore a quello necessario per

soddisfare le esigenze della popolazione stabilita nei Paesi Bassi. Il governo olandese osserva che proprio per soddisfare tali esigenze la maggior parte delle convenzioni sono state concluse con prestatori di cure stabiliti nei Paesi Bassi poiché, indubbiamente, è nel territorio nazionale che la domanda degli assicurati risulta maggiore.

51 Infine, per quanto riguarda la questione di stabilire in che modo si debba valutare se «un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia per il paziente possa essere tempestivamente ottenuto», secondo il tenore del punto 103 della citata sentenza Smits e Peerbooms, la cassa malattia di Zwijndrecht ritiene che il mero fatto di essere iscritto in una lista di attesa non possa significare che un siffatto trattamento non sia disponibile. Se adottasse un'opposta interpretazione la Corte amplierebbe considerevolmente i presupposti per la concessione delle prestazioni, che rientrano nelle competenze nazionali. Inoltre, essa farebbe calare l'incertezza su tutti gli sforzi di pianificazione e di razionalizzazione effettuati nel settore delle cure sanitarie al fine di evitare i fenomeni di sovraccapacità, di squilibri nell'offerta, di spreco e di dispersione.

52 Il governo olandese osserva, a tale proposito, che dal punto 103 della citata sentenza Smits e Peerbooms emerge che è sulla base della situazione medica e degli antecedenti del paziente che occorre determinare il termine entro il quale il trattamento medico è necessario. Spetterebbe al giudice nazionale verificare se tale trattamento sia disponibile entro tale termine, il che costituirebbe una valutazione di fatto.

53 I governi danese, tedesco, spagnolo, irlandese, italiano, svedese e del Regno Unito, nonché i governi islandese e norvegese, condividono, nel complesso, le considerazioni sopra esposte.

54 In particolare, il governo spagnolo fa valere che non occorre distinguere tra le cure prestate da un medico e quelle erogate in un ospedale in presenza di un

regime di assicurazione malattia che preveda unicamente prestazioni in natura. Esso aggiunge che, se un assicurato beneficia di cure sanitarie o acquista un prodotto medico in uno Stato membro diverso da quello in cui ha sede la cassa a cui è iscritto, le tasse e le imposte assolte dai prestatori o dai fornitori non vengono versate all'erario dello Stato membro di iscrizione, il che pregiudicherebbe una delle fonti di finanziamento della previdenza sociale di quest'ultimo Stato.

55 I governi irlandese e del Regno Unito osservano che la facoltà concessa agli assicurati di recarsi in uno Stato membro diverso da quello di iscrizione, per beneficiarvi di cure, avrebbe conseguenze pregiudizievoli per la fissazione delle priorità tra i trattamenti medici e per la gestione delle liste di attesa, che costituiscono elementi rilevanti dell'organizzazione dell'assicurazione malattia. A tale riguardo, il governo del Regno Unito rileva che le limitate risorse finanziarie assegnate al National Health Service (servizio sanitario nazionale, in prosieguo: il «NHS») sono gestite da autorità sanitarie locali, che definiscono calendari basati su valutazioni cliniche e priorità stabilite sul piano medico per trattamenti distinti. I pazienti non avrebbero il diritto di chiedere che il loro trattamento ospedaliero abbia luogo entro un determinato termine. Ne deriverebbe che, se questi ultimi potessero abbreviare il loro termine di attesa ricorrendo, senza una previa autorizzazione, ai trattamenti medici dispensati in altri Stati membri e se la cassa competente fosse ciononostante tenuta ad accollarsi il costo di tali trattamenti, l'equilibrio finanziario del sistema verrebbe minacciato e le risorse disponibili per i trattamenti più urgenti sarebbero gravemente ridotte, compromettendo in questo modo la sua idoneità a fornire cure sanitarie di livello adeguato.

56 Il governo del Regno Unito aggiunge che, in caso di liberalizzazione delle prestazioni ospedaliere, i suoi ospedali non sarebbero in grado di prevedere il calo delle domande derivanti dal ricorso ai trattamenti ospedalieri in altri Stati membri nonché l'incremento delle domande dovuto al fatto che gli assicurati di tali Stati potrebbero avvalersi dei trattamenti ospedalieri dispensati nel Regno Unito. Tali effetti della liberalizzazione non si compenserebbero necessariamente e l'incidenza sarebbe diversa per ogni ospedale del Regno Unito.

57 Quanto alla questione di stabilire quali criteri dovrebbero essere applicati per verificare se un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia per il paziente possa essere tempestivamente ottenuto nel territorio dello Stato membro di iscrizione, il governo del Regno Unito, così come il governo svedese, si riferisce alla lettura combinata dell'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71, con l'art. 1, lett. c), di tale disposizione, da cui emerge che l'autorizzazione richiesta per recarsi nel territorio di un altro Stato membro al fine di ricevervi cure non può essere negata all'interessato se, tenuto conto dell'attuale stato di salute di quest'ultimo e della probabile evoluzione della malattia, tali cure non possono essere dispensate nei suoi confronti nello Stato membro di residenza nel termine normalmente necessario. Si rinvia altresì all'interpretazione di tali disposizioni fornita al punto 10 della sentenza 31 maggio 1979, causa 182/78, Pierik (Racc. pag. 1977).

58 A tale proposito, il governo del Regno Unito sottolinea che, in pratica, un'autorizzazione per cure dispensate nel territorio di un altro Stato membro viene generalmente concessa nel Regno Unito qualora il termine per il trattamento ecceda i tempi massimi di attesa. Le liste di attesa nazionali terrebbero conto dei bisogni distinti di varie categorie di pazienti e consentirebbero la migliore collocazione possibile delle risorse ospedaliere. Esse sarebbero flessibili, cosicché un paziente il cui stato di salute peggiori improvvisamente potrà essere collocato in una migliore posizione nella lista d'attesa ed essere curato in tempi più brevi. Il fatto di obbligare le autorità competenti ad autorizzare cure all'estero al di fuori dei casi di superamento del normale termine di attesa, e ciò a carico del NHS, avrebbe conseguenze deleterie per la gestione e la redditività finanziaria di quest'ultimo.

59 Comunque, il governo del Regno Unito sottolinea le particolarità del NHS, invitando la Corte a rammentare il principio secondo cui le cure sanitarie dispensate in base a un siffatto sistema nazionale di assicurazione malattia non rientrano nell'ambito di applicazione dell'art. 60 del Trattato e secondo cui il NHS, organismo senza fini di lucro, non è un prestatore di servizi ai sensi del suddetto Trattato.

60 Il governo danese evidenzia il rischio di sovraconsumo medico se i pazienti avessero liberamente accesso, a titolo gratuito, a cure mediche dispensate in Stati membri diversi da quello in cui ha sede la cassa malattia a cui è iscritto l'assicurato nonché il rischio, in caso di spostamenti in massa all'estero a scopi medici, che la competenza dei medici stabiliti nel territorio nazionale, per quanto riguarda malattie rare e complesse, non possa più essere mantenuta a un livello adeguato.

61 Il governo belga ritiene, dal canto suo, che la specificità del regime olandese, in quanto non garantisce un rimborso delle spese sostenute ma prestazioni in natura, non costituisca, di per sé, un motivo di interesse generale atto a giustificare un ostacolo alla libera prestazione dei servizi. Esso sostiene che occorre operare una distinzione a seconda che le prestazioni siano fornite al di fuori o nell'ambito di un istituto ospedaliero.

62 Nella prima ipotesi, conformemente alla citata sentenza Kohll, non potrebbe essere giustificato alcun ostacolo alla libera prestazione dei servizi. Per contro, nella seconda ipotesi, motivi seri, connessi alla salvaguardia dell'equilibrio finanziario del sistema di previdenza sociale nonché al mantenimento di un servizio medico-ospedaliero equilibrato e accessibile a tutti, giustificherebbero l'obbligo di una previa autorizzazione quando si tratti di prestazioni dispensate in ambito ospedaliero in uno Stato membro diverso da quello in cui ha sede la cassa malattia a cui appartiene l'assicurato. Inoltre, in mancanza di una previa autorizzazione, gli Stati membri che abbiano liste d'attesa in materia di ricoveri ospedalieri potrebbero essere propensi a inviare i loro cittadini a farsi curare al di fuori del territorio nazionale anziché investire nelle proprie infrastrutture, pregiudicando in tal modo gli sforzi di pianificazione ospedaliera degli altri Stati membri.

63 La Commissione distingue le cure erogate in uno studio privato, alle quali essa equipara quelle ambulatoriali dispensate in un'infrastruttura ospedaliera, dalle cure ospedaliere propriamente dette. Per quanto riguarda la prima categoria, si dovrebbe accogliere l'analisi contenuta nelle sentenze 28 aprile 1998, causa C-120/95, Decker (Racc. pag. I-1831) e Kohll, citata, considerando che l'obbligo

di una previa autorizzazione è incompatibile con il diritto comunitario, eccezion fatta per alcune prestazioni, in particolare odontoiatriche, estremamente onerose e specialistiche. Per quanto riguarda la seconda categoria di cure, dispensate in ambito ospedaliero, si dovrebbe fare riferimento all'analisi della citata sentenza Smits e Peerbooms, ammettendosi che l'obbligo della previa autorizzazione è giustificato dalle esigenze di pianificazione, mentre il diniego di autorizzazione dovrebbe essere tuttavia soggetto ai limiti stabiliti dalla Corte in quest'ultima sentenza.

64 Quanto all'interpretazione dell'espressione «tempestivamente», che figura al punto 103 della citata sentenza Smits e Peerbooms, la Commissione sostiene che occorre prendere in considerazione esclusivamente la situazione clinica dell'interessato, come emergerebbe dal punto 104 della medesima sentenza.

65 Infine, il governo norvegese rileva che la normativa nazionale è l'unica competente a fissare le condizioni di concessione delle prestazioni e i termini entro i quali queste ultime possono essere erogate. Il diritto comunitario non può conferire ai pazienti il diritto di beneficiare, in uno Stato membro diverso da quello di iscrizione, di cure sanitarie alle quali non possono aspirare nel loro Stato membro né concedere agli stessi il diritto di beneficiare di un trattamento entro un termine più breve rispetto a quello previsto dalla normativa nazionale. Se lo facesse, esso pregiudicherebbe la competenza degli Stati membri ad organizzare il loro sistema di previdenza sociale ed eccederebbe l'ambito di applicazione delle disposizioni del Trattato relative alla libera prestazione dei servizi.

Giudizio della Corte

66 Dal fascicolo emerge che i motivi invocati per giustificare l'obbligo di una previa autorizzazione al fine di beneficiare dell'assicurazione malattia per prestazioni fornite in uno Stato membro diverso da quello di iscrizione, a prescindere dal fatto che ciò avvenga in ambito ospedaliero o al di fuori di detto ambito, sono

connessi, anzitutto, alla tutela della sanità pubblica, in quanto il sistema di convenzioni sarebbe diretto a garantire un servizio medico-ospedaliero di qualità, equilibrato e accessibile a tutti, inoltre, all'equilibrio finanziario della previdenza sociale, in quanto tale sistema consentirebbe altresì alle autorità incaricate della gestione di controllare le spese adeguandole ai bisogni pianificati, secondo priorità prestabilite, e, infine, alle caratteristiche essenziali del regime di assicurazione malattia nei Paesi Bassi, che garantisce prestazioni in natura.

Per quanto riguarda il rischio di pregiudizio alla tutela della sanità pubblica

67 Dalla giurisprudenza della Corte emerge che l'obiettivo di mantenere un servizio medico-ospedaliero di qualità, equilibrato ed accessibile a tutti può rientrare in una delle deroghe previste 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 (citate sentenze Kohll, punto 50, nonché Smits e Peerbooms, punto 73). La suddetta disposizione del Trattato consente, in particolare, 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 (citate sentenze Kohll, punto 51, nonché Smits e Peerbooms, punto 74).

68 Tuttavia, conformemente a una giurisprudenza costante, occorre assicurarsi che, qualora esista una giustificazione desunta da un'eccezione prevista dal Trattato come, del resto, da un motivo imperativo di interesse generale, i provvedimenti adottati a tale titolo non eccedano quanto oggettivamente necessario a tale scopo e che tale risultato non possa essere ottenuto tramite provvedimenti meno incisivi (v. sentenze 4 dicembre 1986, causa 205/84, Commissione/Germania, Racc. pag. 3755, punti 27 e 29; 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 30 e 31, nonché Smits e Peerbooms, cit., punto 75).

69 Nel caso di specie, l'argomento fatto valere per giustificare l'obbligo di una previa autorizzazione tende a dimostrare che, se i pazienti avessero la facoltà di farsi curare in uno Stato membro diverso da quello di iscrizione senza disporre di una previa autorizzazione a tale scopo, lo Stato competente non potrebbe più garantire nel suo territorio un servizio medico-ospedaliero di qualità, equilibrato e accessibile a tutti, e pertanto un elevato livello di tutela della sanità pubblica.

70 Quanto all'argomento addotto dal governo danese secondo cui la competenza stessa dei medici, operino essi in studio o in ambito ospedaliero, sarebbe pregiudicata a seguito di asseriti spostamenti di massa all'estero a fini medici, è giocoforza constatare che non è stato presentato alcun elemento preciso per suffragare l'argomento stesso.

71 Per quanto riguarda lo scopo di conservare un servizio medico-ospedaliero equilibrato e accessibile a tutti, esso è intrinsecamente connesso alle modalità di finanziamento del sistema di previdenza sociale e al controllo delle spese, aspetti che vengono esaminati qui di seguito.

Per quanto riguarda il rischio di grave pregiudizio all'equilibrio finanziario del sistema di previdenza sociale.

72 Occorre anzitutto rammentare che, secondo la giurisprudenza della Corte, obiettivi di natura puramente economica non possono giustificare un ostacolo al principio fondamentale della libera prestazione dei servizi (v., in tal senso, sentenze 5 giugno 1997, causa C-398/95, SETTG, Racc. pag. I-3091, punto 23, e Kohll, cit., punto 41).

73 Tuttavia qualora, in particolare, si possano verificare ripercussioni sul livello globale di tutela della sanità pubblica, anche un rischio di grave alterazione

dell'equilibrio finanziario del sistema previdenziale può costituire, di per sé, un motivo imperativo di interesse generale atto a giustificare un tale ostacolo (citate sentenze Kohll, punto 41, nonché Smits e Peerbooms, punto 72).

74 È chiaro che la presa a carico di un trattamento isolato, effettuato in uno Stato membro diverso da quello in cui ha sede la cassa malattia cui appartiene un determinato assicurato, non può mai avere significative ripercussioni sul finanziamento del sistema di previdenza sociale. Occorre quindi necessariamente adottare una visione globale delle conseguenze della libera prestazione dei servizi in materia sanitaria.

75 A tale proposito, la distinzione tra prestazioni ospedaliere e prestazioni non ospedaliere talvolta può risultare difficile da operare. In particolare, alcune prestazioni dispensate in ambito ospedaliero ma che possono essere effettuate anche da un medico nel suo studio o in un centro medico per questa ragione potrebbero essere equiparate a prestazioni non ospedaliere. Tuttavia, nelle cause principali, il carattere talvolta ospedaliero talaltra non ospedaliero del trattamento di cui trattasi non ha costituito un motivo di controversia né per le parti nelle cause principali né per gli Stati che hanno presentato osservazioni ai sensi dell'art. 20 dello Statuto CE della Corte di giustizia e nemmeno per la Commissione.

Sulle prestazioni ospedaliere

76 Per quanto riguarda le prestazioni ospedaliere, come quelle fornite alla sig.ra Van Riet presso l'ospedale di Deurne, la Corte ha già formulato, ai punti 76-80 della sua citata sentenza Smits e Peerbooms, le seguenti considerazioni.

77 È notorio che il numero di infrastrutture ospedaliere, la loro ripartizione geografica, la loro organizzazione e le attrezzature di cui sono dotate, o ancora la natura dei servizi medici che sono in grado di fornire, devono poter fare oggetto di una programmazione.

78 Come sta a testimoniare, in particolare, il sistema di convenzioni di cui trattasi nelle cause principali, una tale programmazione risponde, in linea generale, a diverse preoccupazioni.

79 Da un lato, essa persegue l'obiettivo di garantire nel territorio dello Stato interessato la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure ospedaliere di qualità.

80 Dall'altro, essa è espressione della volontà di garantire un controllo dei costi ed evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane. Un tale spreco si dimostrerebbe infatti tanto più dannoso in quanto è pacifico che il settore delle cure ospedaliere genera costi notevoli e deve rispondere a bisogni crescenti, mentre le risorse finanziarie che possono essere destinate alle cure sanitarie non sono, quale che sia la modalità di finanziamento usata, illimitate.

81 Pertanto, il requisito consistente nel sottoporre a previa autorizzazione l'assunzione da parte del sistema nazionale di previdenza sociale degli oneri finanziari delle cure ospedaliere prestate in uno Stato membro diverso da quello di iscrizione appare una misura al contempo necessaria e ragionevole.

82 Per quanto riguarda in particolare il regime introdotto dalla ZFW, la Corte ha ammesso in modo chiaro che, se gli assicurati potessero liberamente ed in ogni circostanza fare ricorso ad istituti ospedalieri con i quali la loro cassa malattia

non ha concluso alcuna convenzione, che si tratti di istituti situati nei Paesi Bassi o in un altro Stato membro, tutti gli sforzi di programmazione effettuati tramite il sistema di convenzioni al fine di contribuire ad assicurare un'offerta di cure ospedaliere che sia razionale, stabile, equilibrata ed accessibile sarebbero automaticamente compromessi (sentenza Smits e Peerbooms, cit., punto 81).

83 Se il diritto comunitario non osta per principio ad un sistema di previa autorizzazione per tale categoria di prestazioni, è tuttavia necessario che le condizioni poste alla concessione di una tale autorizzazione siano giustificate con riguardo alle esigenze imperative suesposte e che soddisfino il requisito di proporzionalità richiamato al punto 68 della presente sentenza.

84 Risulta parimenti da una giurisprudenza costante che un regime di previa autorizzazione amministrativa non può legittimare un comportamento discrezionale da parte delle autorità nazionali, tale da privare le disposizioni comunitarie, in particolare quelle relative ad una libertà fondamentale come quella di cui trattasi nelle cause principali, di un'applicazione utile (v. sentenze 23 febbraio 1995, cause riunite C-358/93 e C-416/93, Bordessa e a., Racc. pag. I-361, punto 25; 14 dicembre 1995, cause riunite C-163/94, C-165/94 e C-250/94, Sanz de Lera e a., Racc. pag. I-4821, punti 23-28, e 20 febbraio 2001, causa C-205/99, Analir e a., Racc. pag. I-1271, punto 37).

85 Quindi, un regime di previa autorizzazione amministrativa, perché sia giustificato anche quando deroga a tale libertà fondamentale, deve 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 (sentenza Analir e a., cit., punto 38). Un tale regime di previa autorizzazione amministrativa deve anche basarsi su un sistema procedurale di facile accesso e tale da garantire agli interessati che la loro domanda sarà trattata entro un termine ragionevole ed in modo oggettivo e imparziale, dovendo inoltre eventuali dinieghi di autorizzazione poter essere considerati nell'ambito di un ricorso giurisdizionale (sentenza Smits e Peerbooms, cit., punto 90).

86 Si deve osservare, nelle controversie oggetto delle cause principali, che le contestazioni non riguardano la copertura in quanto tale, da parte del regime di assicurazione malattia olandese, dei trattamenti medici e ospedalieri dispensati alle sig.re Müller-Fauré e Van Riet. In tali controversie si contesta la necessità dal punto di vista medico che queste ultime effettuino i trattamenti di cui trattasi rispettivamente in Germania e in Belgio, anziché nei Paesi Bassi. A tale riguardo, ai punti 99-107 della citata sentenza Smits e Peerbooms, la Corte si è pronunciata anche su detta condizione connessa al carattere necessario del trattamento e alla quale è subordinata la concessione dell'autorizzazione.

87 Come evidenzia il giudice nazionale, risulta dalla formulazione degli artt. 9, n. 4, della ZFW e 1 della Rhbz che tale condizione trova applicazione, di regola, senza distinzioni a seconda che la domanda di autorizzazione riguardi un trattamento da seguire in un istituto situato nei Paesi Bassi con il quale la cassa malattia dell'assicurato non abbia concluso una convenzione o in un istituto situato in un altro Stato membro.

88 Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri effettuati fuori dei Paesi Bassi, il suddetto giudice osserva che la condizione relativa al carattere necessario del trattamento è interpretata, nella prassi, nel senso che l'effettuazione di quest'ultimo è autorizzata solo se risulta che un trattamento adeguato non può essere tempestivamente dispensato nei Paesi Bassi. Da parte sua, il governo olandese precisa che dal combinato disposto dell'art. 9, n. 4, della ZFW e dell'art. 1 della Rhbz risulta che l'autorizzazione dev'essere rifiutata solo quando le cure richieste dallo stato dell'assicurato siano disponibili presso prestatori di cure convenzionati.

89 La condizione relativa al carattere necessario del trattamento, prevista dalla disciplina di cui alle cause principali, può giustificarsi con riferimento all'art. 59 del Trattato, purché essa sia interpretata nel senso che l'autorizzazione a sottoporsi ad un trattamento in un altro Stato membro può essere negata per tale motivo solo quando un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia per il paziente possa essere tempestivamente ottenuto ricorrendo ad un

istituto con il quale la cassa malattia dell'assicurato ha concluso una convenzione (sentenza Smits e Peerbooms, punto 103).

90 Al fine di valutare se un trattamento che presenti lo stesso grado di efficacia per il paziente possa essere tempestivamente ottenuto in un istituto che abbia concluso una convenzione con la cassa malattia alla quale appartiene l'assicurato, le autorità nazionali sono tenute a prendere in considerazione l'insieme delle circostanze che caratterizzano ogni caso concreto, tenendo nel dovuto conto non solamente il quadro clinico del paziente nel momento in cui è richiesta l'autorizzazione e, all'occorrenza, il grado del dolore o la natura dell'infermità di quest'ultimo, che potrebbero, ad esempio, rendere impossibile o eccessivamente difficile l'esercizio di un'attività professionale, ma anche i suoi antecedenti (v., in tal senso, sentenza Smits e Peerboms, cit., punto 104).

91 La Corte ha altresì precisato, ai punti 105 e 106 della sua citata sentenza Smits e Peerbooms, che:

— interpretata in tal modo, la condizione relativa al carattere necessario del trattamento può consentire di mantenere nel territorio nazionale un'offerta sufficiente, equilibrata e permanente di cure ospedaliere di qualità, nonché di assicurare la stabilità finanziaria del sistema dell'assicurazione malattia;

— se numerosi assicurati decidessero di sottoporsi a cure in altri Stati membri, anche quando gli istituti ospedalieri che hanno concluso una convenzione con la cassa malattia da cui tali assicurati dipendono offrono trattamenti adeguati, identici o equivalenti, tali flussi di pazienti sarebbero tali da rimettere in discussione sia il principio stesso del convenzionamento sia, di conseguenza, tutti gli sforzi, sia logistici sia finanziari, di programmazione e di razionalizzazione effettuati in tale settore vitale al fine di evitare i fenomeni

di sovraccapacità ospedaliera, di squilibrio nell'offerta di cure mediche ospedaliere, di spreco e dispersione.

92 Tuttavia, un rifiuto di previa autorizzazione giustificato non dal timore di spreco o di perdite, a causa di una sovraccapacità ospedaliera, ma esclusivamente da un motivo relativo all'esistenza di liste d'attesa nel territorio nazionale, al fine di beneficiare delle cure ospedaliere di cui trattasi, senza che vengano prese in considerazione le circostanze concrete che caratterizzano la situazione medica del paziente, non può costituire un ostacolo validamente giustificato alla libera prestazione dei servizi. Infatti, dagli argomenti sottoposti dinanzi alla Corte non emerge che tale periodo d'attesa sia necessario, al di là delle considerazioni di natura puramente economica che, in quanto tali, non possono giustificare un ostacolo al principio fondamentale della libera prestazione dei servizi, per garantire la tutela della sanità pubblica. Al contrario, un termine di attesa troppo lungo o anormale sarebbe anzi tale da limitare l'accessibilità a un insieme equilibrato di cure ospedaliere di qualità.

Sulle prestazioni non ospedaliere

93 Per quanto riguarda le prestazioni mediche non ospedaliere, come quelle fornite alla sig.ra Müller-Fauré e, in parte, alla sig.ra Van Riet, non è stato addotto dinanzi alla Corte alcun elemento preciso, in particolare dalle casse malattia di Zwijndrecht e di Amsterdam nonché dal governo olandese, a sostegno dell'affermazione secondo cui la facoltà concessa agli assicurati di recarsi, senza previa autorizzazione, in uno Stato membro diverso da quello in cui ha sede la cassa malattia cui appartengono, per beneficiare delle suddette prestazioni presso un prestatore non convenzionato, potrebbe alterare seriamente l'equilibrio finanziario del sistema previdenziale olandese.

94 È vero che l'abolizione della condizione del convenzionamento per prestazioni dispensate all'estero incide sui mezzi di controllo delle spese relative a cure sanitarie dello Stato membro di iscrizione.

95 Tuttavia, dal fascicolo di cui dispone la Corte non emerge che l'abolizione dell'obbligo della previa autorizzazione per tale tipo di cure provocherebbe spostamenti transfrontalieri di pazienti di una tale rilevanza, nonostante le barriere linguistiche, la distanza geografica, le spese di soggiorno all'estero e la mancanza di informazioni sulla natura delle cure ivi dispensate, che l'equilibrio finanziario del sistema previdenziale olandese ne sarebbe gravemente perturbato e che, pertanto, il livello complessivo di tutela della sanità pubblica sarebbe minacciato, il che potrebbe validamente giustificare un ostacolo al principio fondamentale della libera prestazione dei servizi.

96 Inoltre le cure sono di regola dispensate in prossimità del luogo di residenza del paziente, in un ambiente culturale che gli è familiare e che gli consente di stabilire relazioni di fiducia con il medico curante. Fatta eccezione per i casi di urgenza, gli spostamenti transfrontalieri di pazienti si verificano soprattutto nelle regioni frontaliere o per il trattamento di patologie specifiche. Inoltre, è proprio in tali regioni o per tali patologie che le casse malattia olandesi tenderanno a stabilire un sistema di convenzioni con medici stranieri, come emerge dalle osservazioni depositate dinanzi alla Corte.

97 Tali diverse circostanze appaiono tali da limitare l'eventuale impatto finanziario sul sistema previdenziale olandese causato dall'abolizione dell'obbligo della previa autorizzazione per quanto riguarda le cure dispensate nello studio del medico straniero.

98 In ogni caso, occorre rammentare che spetta ai soli Stati membri determinare la portata dell'assicurazione malattia di cui beneficiano gli assicurati, cosicché, quando questi ultimi si recano senza previa autorizzazione in uno Stato membro diverso da quello in cui ha sede la cassa malattia cui appartengono per farsi ivi curare, possono esigere la presa a carico delle cure loro fornite solo nei limiti della copertura garantita dal regime di assicurazione malattia dello Stato membro di iscrizione.

Sull'argomento relativo alle caratteristiche essenziali del regime olandese di assicurazione malattia

99 La cassa malattia di Zwijndrecht nonché i governi olandese, spagnolo e norvegese hanno sottolineato la libertà degli Stati membri di istituire il sistema previdenziale di loro scelta. Orbene, nella fattispecie, in mancanza di previa autorizzazione, gli assicurati potrebbero rivolgersi liberamente a prestatori di cure non convenzionati, cosicché sarebbe il regime olandese di prestazioni in natura, il cui funzionamento dipende essenzialmente dal sistema di convenzionamento, ad essere minacciato dal punto di vista della sua esistenza. Inoltre, le autorità olandesi sarebbero costrette a introdurre meccanismi di rimborso nel loro modo di organizzare l'accesso alle cure sanitarie, in quanto, anziché beneficiare di prestazioni di malattia gratuite nel territorio nazionale, gli assicurati dovrebbero anticipare le somme necessarie al pagamento delle prestazioni di cui avrebbero beneficiato e attendere un certo periodo prima di ottenerne il rimborso. In tal modo, gli Stati membri sarebbero costretti a rinunciare ai principi e all'economia del loro regime di assicurazione malattia.

100 A tale riguardo risulta da una costante giurisprudenza che il diritto comunitario non menoma la competenza degli Stati membri ad organizzare i loro sistemi previdenziali (v., in particolare, sentenze 7 febbraio 1984, causa 238/82, Duphar e a., Racc. pag. 523, punto 16, e 17 giugno 1997, causa C-70/95, Sodemare e a., Racc. pag. I-3395, punto 27). Di conseguenza, in mancanza di un'armonizzazione a livello comunitario, spetta alla normativa di ciascuno Stato membro determinare le condizioni di concessione delle prestazioni in materia di previdenza sociale (v. segnatamente, 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 30 gennaio 1997, cause riunite C-4/95 e C-5/95, Stöber e Piosa Pereira, Racc. pag. I-511, punto 36). Tuttavia, resta il fatto che nell'esercizio di tale potere gli Stati membri devono rispettare il diritto comunitario (citate sentenze Decker, punto 23, e Kohll, punto 19).

101 A tal proposito, si devono formulare due osservazioni preliminari.

102 Da un lato, la realizzazione delle libertà fondamentali garantite dal Trattato obbliga inevitabilmente gli Stati membri ad apportare qualche adattamento al loro sistema previdenziale nazionale, senza peraltro che si possa ritenere che ne venga compromessa, in tal modo, la competenza sovrana in materia. A tal proposito è sufficiente riferirsi agli adattamenti che essi hanno dovuto apportare alle loro legislazioni in materia previdenziale per conformarsi al regolamento n. 1408/71, in particolare alle condizioni previste dall'art. 69 di quest'ultimo in materia di pagamento delle prestazioni di disoccupazione a lavoratori residenti nel territorio di altri Stati membri, mentre nessun regime nazionale garantiva la concessione di tali sussidi per disoccupati iscritti presso un'agenzia di collocamento di un altro Stato membro.

103 D'altro lato, come emerge già dal punto 39 della presente sentenza, una prestazione medica non perde la sua qualifica di prestazione di servizi per il fatto che venga presa a carico da un servizio sanitario nazionale o da un regime di prestazioni in natura. La Corte in particolare ha dichiarato, a tale riguardo, che una prestazione medica dispensata in uno Stato membro e pagata dal paziente non può cessare di rientrare nell'ambito di applicazione della libera prestazione dei servizi assicurata dal Trattato per il solo fatto che il rimborso delle cure in questione è richiesto a titolo della normativa sull'assicurazione malattia di un altro Stato membro che prevede essenzialmente un intervento in natura (sentenza Smits e Peerbooms, cit., punto 55). Proprio il requisito di una previa autorizzazione per poter beneficiare successivamente della presa a carico di tali cure costituisce, come è stato già constatato al punto 44 della presente sentenza, l'ostacolo alla libera prestazione dei servizi, ossia alla facoltà per un paziente di ricorrere al prestatore di servizi medici di sua scelta in uno Stato membro diverso da quello di iscrizione. Dal punto di vista della libera prestazione dei servizi non occorre quindi operare una distinzione a seconda che il paziente anticipi l'importo delle spese sostenute e chieda in un secondo momento il rimborso di queste ultime o che la cassa di assicurazione malattia o il bilancio nazionale paghi direttamente il prestatore.

104 È alla luce di tali osservazioni che occorre verificare se l'abolizione dell'obbligo di previa autorizzazione rilasciata dalle casse malattia al fine di beneficiare di cure sanitarie non ospedaliere, dispensate in uno Stato membro diverso da quello di iscrizione, sia tale da rimettere in discussione le caratteristiche essenziali del sistema d'accesso alle cure sanitarie nei Paesi Bassi.

105 In primo luogo, nell'ambito stesso di applicazione del regolamento n. 1408/71, gli Stati membri che hanno istituito un regime di prestazioni in natura, o perfino un servizio sanitario nazionale, devono prevedere meccanismi di rimborso a posteriori di cure dispensate in uno Stato membro diverso da quello competente. Ciò si verifica ad esempio nel caso in cui le formalità previste non abbiano potuto essere espletate durante la dimora dell'interessato in quest'ultimo Stato [v. art. 34 del regolamento (CEE) del Consiglio 21 marzo 1972, n. 574, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento n. 1408/71] o quando lo Stato competente abbia autorizzato, conformemente all'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71, l'accesso alle cure all'estero.

106 In secondo luogo, come è stato già constatato al punto 98 della presente sentenza, gli assicurati che si recano senza previa autorizzazione in uno Stato membro diverso da quello in cui ha sede la cassa malattia cui appartengono per farsi ivi curare possono esigere la presa a carico delle cure ricevute solo nei limiti della copertura garantita dal regime di assicurazione malattia dello Stato membro di iscrizione. Così, nella fattispecie, risulta dal fascicolo che, rispetto all'importo di EUR 3 806,35 pagati dalla sig.ra Müller-Fauré a un prestatore stabilito in Germania, la cassa malattia di Zwijndrecht interverrebbe, comunque, tenuto conto della portata della copertura assicurativa garantita da quest'ultima, solo nei limiti dell'importo di EUR 221,03. Così pure, le condizioni di concessione delle prestazioni, purché non siano discriminatorie né costituiscano un ostacolo alla libera circolazione delle persone, rimangono opponibili in caso di cure fornite in uno Stato membro diverso da quello di iscrizione. Lo stesso vale segnatamente per l'obbligo della previa consultazione di un medico generico prima di consultare uno specialista.

107 In terzo luogo, nulla osta a che lo Stato membro competente in cui esiste un regime di prestazioni in natura stabilisca gli importi del rimborso che i pazienti cui siano state prestate cure in un altro Stato membro possono esigere, sempre che tali importi si fondino su criteri obiettivi, non discriminatori e trasparenti.

108 Di conseguenza, alla luce degli elementi e argomenti presentati dinanzi alla Corte non risulta che l'abolizione dell'obbligo di una previa autorizzazione rilasciata dalle casse malattia agli assicurati che appartengono a queste ultime, al fine di consentire loro di beneficiare di cure sanitarie, in particolare non ospedaliere, dispensate in uno Stato membro diverso da quello di iscrizione, sia tale da pregiudicare le caratteristiche essenziali del regime olandese di assicurazione malattia.

109 Tenuto conto di tutte le considerazioni sopra esposte, le questioni sollevate debbono essere risolte come segue:

— gli artt. 59 e 60 del Trattato vanno interpretati nel senso che essi non ostano alla normativa di uno Stato membro, come quella controversa nelle cause principali, che, da un lato, subordina la presa a carico di cure ospedaliere prestate in uno Stato membro diverso da quello in cui ha sede la cassa malattia cui appartiene l'assicurato, da un prestatore con cui quest'ultima non abbia concluso alcuna convenzione, alla concessione di una previa autorizzazione rilasciata da tale cassa e, dall'altro, assoggetta la concessione della suddetta autorizzazione alla condizione che il trattamento medico dell'assicurato lo richieda. Tuttavia, l'autorizzazione può essere negata, per tale motivo, solo quando un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia per il paziente possa essere tempestivamente ottenuto in un istituto che abbia concluso una convenzione con la detta cassa malattia;

— per contro, gli artt. 59 e 60 del Trattato ostano a questa stessa normativa in quanto essa subordina la presa a carico di cure non ospedaliere prestate in un altro Stato membro, da una persona o da un istituto con cui la cassa malattia alla quale appartiene l'assicurato non abbia concluso alcuna convenzione, alla concessione di una previa autorizzazione rilasciata dalla suddetta cassa, anche quando la normativa nazionale controversa istituisce un regime di prestazioni in natura in forza del quale gli assicurati hanno diritto non al rimborso delle spese sostenute per cure mediche, ma alle cure stesse, che sono dispensate gratuitamente.

Sulle spese

110 Le spese sostenute dai governi olandese, belga, danese, tedesco, spagnolo, irlandese, italiano, finlandese, svedese, del Regno Unito, islandese e norvegese, nonché dalla Commissione delle Comunità europee, che hanno presentato osservazioni alla Corte, non possono dar luogo a rifusione. Nei confronti delle parti nelle cause principali il presente procedimento costituisce un incidente sollevato dinanzi al giudice nazionale, cui spetta quindi statuire sulle spese.

Per questi motivi,

LA CORTE,

pronunciandosi sulle questioni sottopostele dal Centrale Raad van Beroep con ordinanza 6 ottobre 1999, dichiara:

— **gli artt. 59 del Trattato CE (divenuto, in seguito a modifica, art. 49 CE) e 60 del Trattato CE (divenuto art. 50 CE) vanno interpretati nel senso che non ostano alla normativa di uno Stato membro, come quella controversa nelle cause principali, che, da un lato, subordina la presa a carico di cure ospedaliere prestate in uno Stato membro diverso da quello in cui ha sede la cassa malattia cui appartiene l'assicurato, da un prestatore con cui quest'ultima non abbia concluso alcuna convenzione, alla concessione di**

una previa autorizzazione rilasciata da tale cassa e, dall'altro, assoggetta la concessione della suddetta autorizzazione alla condizione che il trattamento medico dell'assicurato lo richieda. Tuttavia, l'autorizzazione può essere negata, per tale motivo, solo quando un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia per il paziente possa essere tempestivamente ottenuto in un istituto che abbia concluso una convenzione con la detta cassa malattia;

— per contro, gli artt. 59 e 60 del Trattato ostano a questa stessa normativa in quanto essa subordina la presa a carico di cure non ospedaliere prestate in un altro Stato membro, da una persona o da un istituto con cui la cassa malattia alla quale appartiene l'assicurato non abbia concluso alcuna convenzione, alla concessione di una previa autorizzazione rilasciata dalla suddetta cassa, anche quando la normativa nazionale controversa istituisce un regime di prestazioni in natura in forza del quale gli assicurati hanno diritto non al rimborso delle spese sostenute per cure mediche, ma alle cure stesse, che sono dispensate gratuitamente.

Rodríguez Iglesias Wathelet Schintgen

Timmermans Edward La Pergola

Jann Macken Colneric

von Bahr Cunha Rodrigues

Così deciso e pronunciato a Lussemburgo il 13 maggio 2003.

Il cancelliere

R. Grass

Il presidente

G.C. Rodríguez Iglesias