CONCLUSIONI DELL'AVVOCATO GENERALE DÁMASO RUIZ-JARABO COLOMER

presentate il 22 ottobre 2002 [1]

1. Con le tre questioni proposte ai sensi dell'art. 234 CE il Centrale Raad van Beroep (Paesi Bassi) chiede, in sostanza, se l'art. 59 del Trattato CE (divenuto, in seguito a modifica, art. 49 CE) e l'art. 60 del Trattato CE (divenuto art. 50 CE) ostino alla normativa di uno Stato membro in materia di assicurazione obbligatoria malattia, istituita per concedere unicamente prestazioni in natura, la quale subordina a previa autorizzazione da parte della cassa malattia, qualora il trattamento sia necessario, la presa a carico delle spese per l'assistenza medica prestata in un altro Stato membro da un medico o da un centro ospedaliero non convenzionati.

I — Fatti delle due cause principali

A — *La causa della sig.ra Müller-Fauré*

2. Non essendo soddisfatta degli odontoiatri olandesi, la sig.ra Müller-Fauré decideva di approfittare di un periodo di vacanze in Germania per recarsi dal dentista, senza essersi munita dell'autorizzazione della propria cassa malattia. Tra il 20 ottobre e il 18 novembre 1994 le venivano apposte sei corone ed una protesi su ancoraggio di precisione. All'interessata venivano fatturate anche otturazioni, radiografie e anestesia. Al ritorno nei Paesi Bassi, ella si rivolgeva alla propria cassa malattia, la mutua assicuratrice Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen U.A. (in prosieguo: l'«OZ Verzekeringen»), chiedendo il rimborso delle cure per un importo di DEM 7 444,59 (pari a euro 3 806,35). Poiché la maggior parte degli interventi effettuati in Germania non sono coperti dall'assicurazione obbligatoria malattia, e non sono quindi rimborsabili, la controversia verte in realtà su un importo di NLG 465,05 (pari a euro 211,03). Nel maggio 1995, sulla base di un parere del proprio dentista consulente, la cassa malattia respingeva la richiesta.

3. Nel febbraio 1996 la Commissione per i reclami del Consiglio incaricato del controllo sulla gestione e sull'amministrazione delle casse di assicurazione malattia (Commissie voor beroepszaken van de Ziekenfondsraad) si pronunciava nel senso che il rifiuto era giustificato. Al riguardo, essa considerava che l'assicurazione obbligato-

1 — Lingua originale: lo spagnolo.

ria malattia è caratterizzata dall'erogazione di prestazioni in natura, il che significa che gli assicurati hanno diritto a ricevere le cure. Solamente in casi eccezionali essi possono chiedere il rimborso spese, ma nel caso della sig.ra Müller-Fauré tale possibilità non sussisteva, in quanto non si configurava un trattamento urgente ai sensi dell'art. 22 del regolamento (CEE) n. 1408/71 [2]. Inoltre, per fornire alla paziente l'assistenza di cui aveva bisogno, non sarebbe stato necessario ricorrere ad un dentista non convenzionato con l'OZ Verzekeringen.

4. Il giudice adito in primo grado concordava con tale punto di vista e considerava che la portata delle cure effettuate e il fatto che queste si fossero protratte per alcune settimane confermavano la mancanza di urgenza.

B — *La causa della sig.ra Van Riet*

5. Il 5 aprile 1993 il medico curante della sig.ra Van Riet si rivolgeva al consulente medico della Onderlinge Waarborgmaatschappij Z.A.O. Zorgverzekeringen (in prosieguo: la «Z.A.O. Zorgverzekeringen»), la compagnia di assicurazione della sua paziente, chiedendo, a nome di quest'ultima, l'autorizzazione a far effettuare, a carico della suddetta compagnia, un'artroscopia in Belgio, paese in cui un intervento del genere avrebbe potuto essere effettuato molto prima che nei Paesi Bassi. Con lettere in data 24 giugno 1993 e 5 luglio 1993 la richiesta veniva respinta in quanto il trattamento poteva essere effettuato in quest'ultimo paese.

Nel maggio 1993, senza attendere la risposta, l'interessata si sottoponeva all'artroscopia e ad una riduzione dell'ulna presso una clinica di medicina dello sport in Belgio. L'assicurazione negava il rimborso delle spese, che ammontavano a BEF 93 792 (pari a euro 2 325,04).

6. Il 23 settembre 1994 la Commissione per i reclami del Consiglio incaricato del controllo sulla gestione e sull'amministrazione delle casse di assicurazione malattia considerava legittimo il rifiuto di rimborsare le spese dell'intervento. Essa affermava che la necessaria e adeguata assistenza medica era disponibile in tempi ragionevoli nei Paesi Bassi e che, di conseguenza, non poteva configurarsi un trattamento urgente ai sensi dell'art. 22 del regolamento (CEE) n. 1408/71.

Il Rechtbank dichiarava infondato il ricorso dell'interessata ritenendo non

2 — Regolamento (CEE) del Consiglio 14 giugno 1981, 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 (GU L 149, pag. 2), nella versione di cui al regolamento (CEE) del Consiglio 2 giugno 1983, n. 2001, che modifica ed aggiorna il regolamento (CEE) n. 1408/71 ed il regolamento (CEE) n. 574/72 (GU L 230, pag. 6).

necessario che la sua malattia venisse curata in Belgio.

Inoltre, anche qualora la sig.ra Müller-Fauré avesse chiesto l'autorizzazione o la sig.ra Van Riet avesse atteso la risposta, le casse malattia non avrebbero accordato l'autorizzazione, poiché non consta la necessità di sottoporsi ai trattamenti all'estero. Infatti, la mancanza di fiducia nei medici del proprio paese non costituisce una ragione sufficiente, né i tempi di attesa nei Paesi Bassi per effettuare un'artroscopia risultano inaccettabili.

II — Questioni pregiudiziali

7. Il Centrale Raad van Beroep precisa, nell'ordinanza di rinvio, che in pratica l'assistenza sanitaria prestata alla sig.ra Van Riet in Belgio è integralmente coperta dall'assicurazione obbligatoria malattia. Ciò vale solo per una parte limitata delle cure dentarie prestate alla sig.ra Müller-Fauré in Germania, dato che il resto di tali cure non è rimborsabile.

In base alla giurisprudenza di tale giudice, l'assicurato deve aver ottenuto un'autorizzazione della propria cassa malattia prima di iniziare il trattamento. Il costo delle cure mediche prestate all'estero non può essere rimborsato, a meno che non sussistano circostanze particolari in base alle quali la risposta negativa da parte della Cassa malattia violi un principio generale di diritto. Queste circostanze, però, non sussistono né nel caso della sig.ra Müller-Fauré, che aveva approfittato di un periodo di vacanze per recarsi dal dentista, né in quello della sig.ra Van Riet, che non aveva atteso la risposta della cassa alla sua richiesta e non risulta che non potesse aspettare l'esito della richiesta stessa per ragioni mediche o di altra natura.

8. Infine, il Centrale Raad van Beroep si chiede se le decisioni negative impugnate siano in contrasto con gli artt. 49 CE e 50 CE. Di conseguenza, tale giudice ha sospeso il procedimento nelle due cause sottoponendo alla Corte le seguenti tre questioni pregiudiziali:

«1) Se gli artt. 59 e 60 del Trattato CE (divenuti artt. 49 e 50 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 [legge sulle casse malattia], in combinato disposto con l'art. 1 della Regeling hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering [regolamento sulle cure mediche prestate all'estero nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria malattia], 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 [ossia, la garanzia di un servizio medico-ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti, la sopravvivenza del regime delle prestazioni in natura e il controllo dell'equilibrio finanziario mediante la supervisione delle spese] costituiscano un motivo imperativo di interesse generale tale da giustificare un ostacolo al principio fondamentale della libera prestazione di 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».

III — Normativa nazionale in materia di assicurazione obbligatoria malattia [3]

9. Nei Paesi Bassi i lavoratori con reddito inferiore ad un determinato limite e le persone ad essi equiparate sono assicurati obbligatoriamente contro la malattia in base alla legge sulle casse malattia che copre l'assistenza sanitaria ordinaria.

10. Conformemente all'art. 8 della predetta legge, le casse sono tenute a garantire che gli assicurati possano esercitare il loro diritto alle prestazioni. Si tratta di un regime che contempla soltanto la prestazione di assistenza sanitaria in natura: i beneficiari non hanno quindi alcun diritto al rimborso delle spese mediche sostenute, bensì soltanto a ricevere l'assistenza sanitaria gratuitamente [4].

11. Ai sensi dell'art. 3 del regio decreto 4 gennaio 1966 sulle prestazioni in natura dell'assicurazione malattia (Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering), modificato dal regio decreto 16 dicembre 1997, l'assistenza medica comprende, tra l'altro, le prestazioni da parte di un medico generico e di uno specialista «nell'entità stabilita da quanto è usuale nell'ambito professionale». Nella fattispecie l'elemento determinate è ciò che viene considerato usuale negli ambiti professionali interessati dei Paesi Bassi. In generale, un trattamento non viene riconosciuto usuale quando non abbia ricevuto sufficiente riconoscimento negli ambienti scientifici nazionali o internazionali e pertanto non venga comunemente applicato o consigliato. Ciò che conta è sapere se un trattamento possa essere considerato come un metodo professionale appropriato in quanto, qualora abbia una base scientifica valida, il tratta-

3 — Dopo aver descritto molto sommariamente il sistema olandese dell'assicurazione obbligatoria malattia il Centrale Raad van Beroep rinvia per ulteriori dettagli al punto II.1 dell'ordinanza con la quale l'Arrondissementsrechtbank di Roermond ha rinviato alla Corte le questioni pregiudiziali che hanno dato luogo alla sentenza 12 luglio 2001, causa C-157/99, Smits e Peerbooms (Racc. pag. I-5473). Da parte mia, ho riportato, per quanto viene in rilievo, la descrizione della normativa olandese effettuata nel capo I delle conclusioni da me presentate il 18 maggio 2000 in tale causa.

4 — Nel corso dell'udienza dinanzi alla Corte le due casse malattia hanno sottolineato con forza che tale normativa non riconosce agli assicurati il diritto al rimborso delle spese mediche sostenute.

mento viene qualificato come una prestazione ai sensi della legge sulle casse malattia [5].

Per quanto riguarda le cure dentarie, le prestazioni cui hanno diritto gli assicurati sono disciplinate dall'art. 7, n. 2. Nel 1994 il governo decise di eliminare quasi completamente, per le persone di età superiore ai diciotto anni, il diritto alle cure dentarie nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria malattia [6]. Attualmente, risulta che sono riconosciuti soltanto un controllo annuale di carattere preventivo e le radiografie necessarie.

12. L'art. 9 della legge sulle casse malattia fa riferimento all'esercizio del diritto all'assistenza sanitaria e dispone, per quanto rileva nel caso di specie:

«1. L'assicurato, che intende far valere un diritto a prestazione, si rivolge (...) 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 (...).

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 (...).

(...)

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».

13. L'obbligo di ottenere tale autorizzazione è sancito dall'art. 1 del regolamento sull'assistenza sanitaria all'estero nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria malattia del 30 giugno 1988 [7], che dispone:

«Per casi in cui una cassa malattia può autorizzare un assicurato a rivolgersi, per far valere un suo diritto a prestazione, ad

5 — Nella citata sentenza Smits e Peerbooms la Corte ha spiegato come dev'essere interpretato tale requisito di fronte alla domanda di un assicurato che voglia farsi curare presso un centro ospedaliero non convenzionato in un altro Stato membro.

6 — Un anno dopo il governo ha reintrodotto il finanziamento parziale delle protesi dentarie perché molti anziani non potevano permettersi di acquistarle.

7 — *Staatscourant* 1988, n. 123.

una persona o ad un istituto al di fuori dei Paesi Bassi, s'intendono i casi in cui la cassa di malattia ha constatato che questo era necessario per il trattamento medico dell'assicurato».

Non sono previste condizioni particolari perché gli assicurati vengano curati da professionisti o centri di cura all'estero con i quali le casse non abbiano stipulato convenzioni per la prestazione di cure mediche, per il riconoscimento delle quali essi debbono ottenere, da parte della propria cassa malattia, una previa autorizzazione, identica a quella che sarebbe necessaria per farsi curare da un professionista o da un centro di cura stabilito nei Paesi Bassi con i quali la cassa non abbia stipulato convenzioni [8].

14. Per poter fornire prestazioni in natura agli assicurati, le casse malattia, conformemente all'art. 44, n. 1, della legge che le disciplina, devono concludere convenzioni con professionisti ed enti che forniscono uno o più tipi di cura. Il n. 3 di detto articolo definisce il contenuto della convenzione, in particolare la natura e la portata degli obblighi e dei diritti delle parti, il tipo di cure da prestare, la loro qualità ed efficacia, il loro costo e la verifica del rispetto delle condizioni concordate. Nel caso in cui il professionista o l'ente non si conformino alle condizioni pattuite, la cassa malattia può disdettare la convenzione, ponendovi fine.

8 — L'agente del governo olandese ha confermato in udienza questo particolare.

IV — Norme del Trattato sulla libera prestazione del servizi

15. Ai sensi dell'art. 49 CE: «Nel quadro delle disposizioni seguenti, le restrizioni alla libera prestazione dei servizi all'interno della Comunità sono vietate nei confronti dei cittadini degli Stati membri stabiliti in un paese della Comunità che non sia quello del destinatario della prestazione.

(...)».

In forza dell'art. 50 CE: «Ai sensi del presente trattato, sono considerate come servizi le prestazioni fornite normalmente dietro retribuzione, in quanto non siano regolate dalle disposizioni relative alla libera circolazione delle merci, dei capitali e delle persone.

I servizi comprendono in particolare:

(...)

d) attività delle libere professioni.

(...)».

V — Procedimento dinanzi alla Corte

16. In una prima fase, hanno presentato osservazioni scritte, entro il termine stabilito dall'art. 20 dello Statuto della Corte, la sig.ra Müller-Fauré, l'OZ Verzekeringen, i governi del Belgio, della Danimarca, della Germania, dell'Irlanda, dell'Italia, dei Paesi Bassi, del Regno Unito, della Spagna, della Svezia, dell'Islanda, della Norvegia e la Commissione.

17. Il 12 luglio 2001, data della pronuncia della sentenza Smits e Peerbooms, la cancelleria della Corte ha scritto al Centrale Raad Beroep chiedendogli se, alla luce della soluzione fornita nella suddetta sentenza, esso intendesse mantenere ferme le sue questioni pregiudiziali. Quest'ultimo, sentite le parti nelle due controversie, ha risposto il 25 ottobre 2001 comunicando che non ritirava le questioni.

18. Dopo aver rilevato che la fase scritta del procedimento nella causa in esame si era conclusa nel febbraio 2000, la Corte ha deciso, nel marzo 2002, di invitare le parti delle cause principali, i governi degli Stati membri, la Commissione e gli altri interessati a presentare osservazioni scritte sulle conseguenze da trarre dalla sentenza Smits e Peerbooms, tenuto conto delle considerazioni espresse dal Centrale Raad van Beroep nella sua lettera del 25 ottobre 2001.

Si sono avvalsi di tale possibilità la sig.ra Van Riet, l'OZ Verzekeringen, la Z.A.O. Zorgverzekeringen, i governi dell'Irlanda, dei Paesi Bassi, del Regno Unito e della Svezia, della Norvegia e la Commissione. La comunicazione al governo spagnolo non è stata inviata all'indirizzo indicato per le notifiche, ragion per cui tale governo è stato autorizzato a depositare una memoria dopo la scadenza del termine, deposito effettuato il 1° agosto 2002.

19. All'udienza svoltasi il 10 settembre 2002 sono comparsi per presentare deduzioni orali il rappresentante della Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen U.A. e quello della Onderlinge Waarborgmaatschappij Z.A.O. Zorgverzekeringen, nonché gli agenti di Danimarca, Finlandia, Irlanda, dei Paesi Bassi, della

Spagna, del Regno Unito e della Commissione.

V — Posizione dei soggetti comparsi nel presente procedimento

20. Le osservazioni presentate, con alcune peculiarità che metterò in rilievo, sono in buon parte coincidenti, fatta eccezione per quelle presentate dalle ricorrenti nelle cause principali, dal Belgio e dalla Commissione.

21. Secondo la sig.ra Müller-Fauré la previa autorizzazione è in contrasto con gli artt. 49 CE e 50 CE e non può essere giustificata dal fatto che le prestazioni sono identiche nei Paesi Bassi e in Germania e sono equivalenti quanto a costi e qualità. La sig.ra Van Riet sostiene che per avere conferma, tramite artroscopia, della diagnosi relativa alla necessità di una riduzione dell'ulna avrebbe dovuto attendere tra le dieci e le quattordici settimane. Dopodiché, l'operazione sarebbe avvenuta in un lasso di tempo compreso fra i sei e gli otto mesi. Per evitare questi inconvenienti ella si era recata in una clinica in Belgio dove aveva dovuto aspettare soltanto quattro settimane per l'esame esplorativo e una settimana per l'intervento chirurgico, con una spesa complessiva inferiore di due terzi rispetto a quella che sarebbe stata sostenuta nei Paesi Bassi.

22. La OZ Verzekeringen sostiene che la previa autorizzazione per potersi rivolgere ad un prestatore di servizi non convenzionato, nei Paesi Bassi o all'estero, è inerente al regime delle prestazioni in natura. Nel caso in cui fosse considerata come un ostacolo alla libera prestazione dei servizi, essa sarebbe giustificata dalla necessità di garantire la qualità dell'assistenza sanitaria ad un costo sostenibile, nonché dall'uguaglianza degli assicurati quanto ai diritti alle prestazioni, senza che occorra fare distinzioni a seconda che il servizio venga prestato da un medico o da un centro ospedaliero.

23. Secondo il governo belga, la richiesta di un'autorizzazione è in contrasto con i citati artt. 49 CE e 50 CE. Inoltre, considerare che il trattamento all'estero non è necessario perché può essere fornito da un professionista convenzionato all'interno del paese comporta una discriminazione. La specificità del regime di assicurazione malattia, ossia il fatto che esso riconosce unicamente prestazioni in natura, non costituisce un motivo imperativo di interesse generale e pertanto non può giustificare l'ostacolo.

24. In base alle posizioni espresse, gli altri undici Stati possono essere suddivisi in due gruppi. Per gli Stati del primo gruppo, in cui rientrano la Danimarca, la Germania, l'Irlanda, il Regno Unito, la Svezia, l'Islanda e la Norvegia, le prestazioni pubbliche in materia sanitaria, gratuite per gli interessati, non costituiscono servizi ai sensi dell'art. 50 CE, sia perché non comportano l'elemento della retribuzione [9], sia perché le parti interessate, ossia il medico e il paziente, non possono decidere il contenuto né il prezzo della prestazione.

Gli Stati del secondo gruppo, formato dalla Finlandia, dall'Italia, dai Paesi Bassi e dalla Spagna, sostengono che la giurisprudenza esposta dalla Corte nella sentenza Kohll [10], relativa ad un regime di assicurazione malattia che prevede il rimborso di parte delle spese mediche, non può essere applicata ai regimi organizzati per fornire unicamente prestazioni in natura e che non occorre, al riguardo, distinguere tra le cure prestate da un medico e quelle erogate in un ospedale.

Pur ritenendo che si tratti di servizi o che la suddetta giurisprudenza si applichi anche ad un regime di assicurazione malattia come quello olandese, tutti gli Stati menzionati, senza eccezioni, considerano giustificato il requisito della previa autorizzazione che, quindi, non sarebbe in contrasto con gli artt. 49 CE e 50 CE.

25. Nelle prime osservazioni da essa presentate, la Commissione ha dichiarato che le prestazioni mediche e ospedaliere costituiscono servizi ai sensi del Trattato, anche negli Stati membri nei quali operano del tutto separatamente, da un lato, un sistema sanitario pubblico [11] e, dall'altro, medici che esercitano la libera professione e ospedali sostenuti da finanziamenti privati. Nel sistema di assicurazione malattia dei Paesi Bassi le prestazioni in natura, le convenzioni e il requisito della previa autorizzazione formano un insieme inscindibile. Tuttavia, ai fini della concessione dell'autorizzazione, il criterio della necessità, per il paziente, della prestazione, che non possa essergli fornita tempestivamente da un centro convenzionato, costituisce una

9 — Concordo con questa opinione, come ho già dichiarato nelle conclusioni da me presentate in relazione alla causa C-157/99, Smits e Peerbooms. Rinvio, in particolare, ai paragrafi 35-49, nei quali ho esaminato dettagliatamente le caratteristiche del regime di assicurazione obbligatoria malattia dei Paesi Bassi, e ho affermato che le prestazioni di assistenza sanitaria in natura che esso garantisce agli assicurati non comportano l'elemento della retribuzione e pertanto non costituiscono servizi ai sensi dell'art. 50 CE.

10 — Sentenza 28 aprile 1998, causa C-158/96 (Racc. pag. I-1931).

11 — Essa riconosce che in alcuni Stati membri esistono sistemi pubblici di assistenza sanitaria nei quali chi presta le cure non opera nell'ambito dell'esercizio di una libera professione, in cui il professionista viene retribuito per singola prestazione medica, e nei quali i centri ospedalieri non svolgono un'attività commerciale. In udienza la Commissione ha citato come esempi la Danimarca, l'Irlanda, il Regno Unito e la Spagna.

discriminazione diretta in base al luogo di stabilimento: esso infatti favorisce i prestatori di servizi non convenzionati olandesi a discapito di quelli stabiliti negli altri Stati membri.

VII — Giurisprudenza della Corte in materia di libera prestazione dei servizi, in relazione al requisito della previa autorizzazione della cassa malattia per poter ricevere cure in un altro Stato membro

A — *La visita presso lo studio di un medico e l'obbligo di previa autorizzazione in un regime di assicurazione malattia che prevede il rimborso delle prestazioni*

La Commissione asserisce che né la tutela della qualità dell'assistenza sanitaria né il controllo dei costi per le casse malattia costituiscono motivi idonei a giustificare l'ostacolo che la previa autorizzazione rappresenta per la libera prestazione dei servizi. Tra le cure erogate in una struttura ospedaliera, essa distingue quelle prestate previo ricovero ospedaliero da quelle fornite in regime ambulatoriale, e assimila queste ultime alle cure prestate nello studio privato del medico. Alla luce di ciò, la Commissione ritiene poco probabile che lo spostamento di pazienti in altri Stati membri alla ricerca di cure che non implichino un ricovero ospedaliero sia di portata tale da pregiudicare seriamente un regime nazionale di assicurazione malattia basato su prestazioni in natura.

26. Nel documento presentato dietro suggerimento della Corte dopo la pronuncia della sentenza Smits e Peerbooms, la Commissione riconosce che esistono determinate prestazioni odontoiatriche le cui peculiarità potrebbero indurre ad accogliere le esigenze imperative prese in esame nella citata sentenza in merito alle cure prestate in un centro ospedaliero. Appare quindi necessario illustrare la posizione della giurisprudenza a tal riguardo.

27. Il 28 aprile 1998 la Corte ha pronunciato la sentenza Kohll [12]. Le questioni pregiudiziali erano state proposte dalla Cour de cassation di Lussemburgo al fine di potersi pronunciare sul ricorso presentato dal sig. Kohll avverso la decisione con cui la sua cassa malattia aveva negato alla figlia l'autorizzazione a rivolgersi ad un ortodontista in Germania, in quanto il trattamento non era urgente e poteva essere praticato in Lussemburgo.

28. Per quanto riguarda l'applicazione della regole sulla libera prestazione di servizi ad un trattamento praticato da un ortodontista stabilito in un altro Stato membro, al di fuori di qualunque struttura

12 — Sentenza già citata. Lo stesso giorno la Corte ha pronunciato anche la sentenza Decker (causa C-120/95, Racc. pag. I-1831), sulla quale non mi dilungo, in quanto i fatti si riferivano all'acquisto di occhiali e rientravano pertanto nell'ambito della libera circolazione delle merci. V. i pareri dei numerosi autori che hanno commentato le due sentenze nelle conclusioni da me presentate il 18 maggio 2000 nella causa Smits e Peerbooms.

ospedaliera, la Corte ha dichiarato che la prestazione, poiché veniva fornita contro corrispettivo, doveva essere considerata come un servizio ai sensi dell'art. 50 CE.

29. Quanto agli effetti restrittivi, la normativa lussemburghese non privava gli assicurati della facoltà di rivolgersi a un prestatore di servizi stabilito in un altro Stato membro, ma subordinava ad un'autorizzazione previa il rimborso delle spese, mentre quello delle spese sostenute nello Stato d'iscrizione non era soggetto a tale procedura. Per tale motivo la Corte ha statuito che una normativa siffatta scoraggiava gli assicurati dal rivolgersi ai prestatori di servizi medici stabiliti in un altro Stato membro e costituiva, sia per questi ultimi sia per i loro pazienti, un ostacolo alla libera prestazione dei servizi [13].

30. Per giustificare tale normativa erano stati addotti vari motivi, ossia il mantenimento dell'equilibrio finanziario del regime previdenziale e la tutela della sanità pubblica, che comprendeva sia la necessità di garantire la qualità delle prestazioni mediche sia l'obiettivo di mantenere un servizio medico-ospedaliero equilibrato e accessibile a tutti.

31. Quanto al primo motivo, poiché l'ente lussemburghese prendeva a carico le stesse spese sia che l'assicurato si rivolgesse ad un ortodontista lussemburghese sia che esso si rivolgesse ad un ortodontista stabilito in un altro Stato membro, la Corte di giustizia ha dichiarato che il rimborso delle cure dentarie prestate in altri Stati membri secondo le tariffe dello Stato d'iscrizione non avrebbe inciso significativamente sul finanziamento del sistema previdenziale.

32. Per quanto riguarda la tutela della sanità pubblica, ai punti 45 e 46 della sentenza Kohll è stato ricordato che, sebbene gli Stati membri abbiano la facoltà di fissare limiti alla libera prestazione dei servizi per motivi di sanità pubblica, tuttavia questa facoltà non consente loro di sottrarre il settore della sanità pubblica, in quanto settore economico, all'applicazione del principio fondamentale della libera circolazione [14]. In ogni caso, tenuto conto del fatto che i requisiti per l'accesso alle professioni di medico e di dentista e per il loro esercizio hanno formato oggetto di numerose direttive di coordinamento o di armonizzazione [15], ai medici e ai dentisti stabiliti in altri Stati membri dovevano

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

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

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

essere riconosciute tutte le garanzie equivalenti a quelle concesse ai medici e ai dentisti stabiliti nel territorio nazionale ai fini della libera prestazione di servizi, per cui una normativa come quella lussemburghese non era giustificata da motivi di sanità pubblica al fine di proteggere la qualità delle prestazioni mediche erogate in altri Stati membri.

In tale sentenza è stato poi riconosciuto che l'obiettivo di mantenere un servizio medico-ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti, anche se intrinsecamente connesso alle modalità di finanziamento del sistema previdenziale, può parimenti rientrare nel regime di deroghe giustificate da ragioni di sanità pubblica previsto dall'art. 46 CE, in quanto contribuisca alla realizzazione di un livello elevato di tutela della salute. A tale proposito, detto articolo consente agli Stati membri di limitare la libera prestazione dei servizi medico-ospedalieri qualora la conservazione di un sistema sanitario o di una competenza medica nel territorio nazionale sia essenziale per la sanità pubblica, o addirittura per la sopravvivenza della loro popolazione.

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

B — *Le cure prestate in un centro ospedaliero e l'esigenza di previa autorizzazione in un regime di assicurazione malattia che riconosce soltanto prestazioni in natura*

33. Il 12 luglio 2001 la Corte ha pronunciato la sentenza Smits e Peerbooms [16], nella quale ha dovuto prendere in esame, su domanda dell'Arrondissementsrechtbank te Roermond, un organo giurisdizionale olandese, la stessa normativa di cui si discute nel presente procedimento, ossia l'art. 9, n. 4, della legge sulle casse malattia, in combinato disposto con l'art. 1 del regolamento sulle cure all'estero nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria malattia.

34. In una delle due controversie pendenti dinanzi al Rechtbank, la cassa malattia aveva rifiutato alla sig.ra Smits, affetta dal morbo di Parkinson, il rimborso delle spese connesse ad un trattamento specialistico e multidisciplinare effettuato, senza autorizzazione, presso una clinica tedesca. Il rifiuto era motivato con il fatto che il metodo clinico specialistico non era usuale negli ambiti professionali interessati per cui non rappresentava una prestazione riconosciuta, e sul fatto che, essendo disponibile un trattamento soddisfacente e adeguato nei Paesi Bassi presso un istituto convenzionato, il trattamento seguito in Germania non era necessario.

16 — Precedentemente citata.

Nella seconda controversia, la cassa malattia aveva rifiutato al sig. Peerbooms, entrato in coma a seguito di un incidente stradale, il rimborso del trattamento da lui seguito presso una clinica in Austria e consistente in una speciale terapia intensiva mediante neurostimolazione, tecnica che nei Paesi Bassi è in uso solo a titolo sperimentale in due centri medici per pazienti di età inferiore a 25 anni, età già superata dall'interessato. Il rifiuto era fondato, in primo luogo, sul fatto che, tenuto conto del carattere sperimentale della terapia mediante neurostimolazione e dell'assenza di prova scientifica della sua efficacia, questo tipo di cura non era considerato usuale negli ambiti professionali interessati, per cui non era una prestazione riconosciuta. In secondo luogo, il rifiuto era fondato sulla considerazione che, essendo tempestivamente disponibile un trattamento soddisfacente e adeguato nei Paesi Bassi presso un istituto convenzionato, il trattamento seguito in Austria non era necessario.

35. La Corte non ha accolto il punto di vista della maggior parte degli Stati membri, secondo i quali i regimi di assicurazione malattia istituti per concedere unicamente prestazioni in natura non rientravano nella sfera di applicazione degli artt. 49 CE e 50 CE. Essa ha dichiarato che neppure la circostanza che un trattamento medico praticato in un ospedale sia finanziato direttamente dalle casse dell'assicurazione malattia sulla base di convenzioni e di tariffe prestabilite poteva sottrarlo al settore dei servizi.

36. La Corte ha poi affermato che la normativa olandese scoraggia gli assicurati dal rivolgersi ai prestatori di servizi medici stabiliti in uno Stato membro diverso da quello in cui sono iscritti costituendo, sia per gli assicurati sia per i prestatori, un ostacolo alla libera prestazione dei servizi.

37. Ai punti 76 e seguenti della sentenza è stato preso in esame il requisito della previa autorizzazione imposto dalla normativa olandese per la presa a carico di cure dispensate in un altro Stato membro da un centro ospedaliero non convenzionato ed è stato dichiarato che si trattava di una misura nel contempo necessaria e ragionevole per diversi motivi. In primo luogo, ciò avveniva perché il numero di strutture 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. In secondo luogo, ciò avveniva perché tale programmazione, in un sistema di convenzioni come quello olandese, persegue l'obiettivo di assicurare, nel territorio nazionale, un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure ospedaliere di qualità, proponendosi, nel contempo, di garantire un controllo dei costi e di evitare ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche ed umane, spreco che si dimostrerebbe tanto più dannoso in quanto il settore ospedaliero 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 [17].

VIII — Analisi delle questioni pregiudiziali

38. Come si è visto, nella sentenza Kohll è stato dichiarato che, nell'ipotesi di un trattamento effettuato nello studio di un medico, a carico di un regime di assicurazione malattia che preveda il rimborso delle prestazioni, l'ostacolo alla libera prestazione dei servizi rappresentato dal requisito della previa autorizzazione da parte della cassa malattia non era giustificato. Nella sentenza Smits e Peerbooms, che aveva ad oggetto le cure prestate presso un centro ospedaliero a carico di un regime di prestazioni in natura, è stato invece dichiarato, senza distinguere a seconda che il regime prevedesse il rimborso o concedesse solamente prestazioni in natura, che l'ostacolo ad una delle libertà fondamentali del Trattato poteva essere giustificato da motivi imperativi di interesse generale.

A questo punto, però, resta ancora da chiarire se tale previa autorizzazione sia da ammettersi nel caso in cui un assicurato presso un regime di prestazioni in natura chieda di essere curato senza necessità di ricovero ospedaliero [18].

39. Ciò è stato riconosciuto dallo stesso Centrale Raad van Beroep nella lettera inviata alla Corte in cui, da un lato, comunicava che la sentenza Smits e Peerbooms, avente ad oggetto le cure prestate previa ospedalizzazione, non gli consentiva di risolvere le questioni pregiudiziali sollevate nella causa della sig.ra Müller-Fauré, in cui il trattamento era stato prestato nell'ambulatorio dello specialista. D'altro canto, anche se la sig.ra Van Riet si era espressa a favore del mantenimento delle questioni, il giudice olandese riconosce che, alla luce della citata sentenza, non vi è motivo di risolverle, ma chiede tuttavia che la Corte chiarisca il significato del termine «tempestivamente» che compare al punto 103 della detta sentenza.

A — *Sulle prime due questioni*

40. Tali questioni sono praticamente identiche alle questioni 1), sub a), e 2), proposte dall'Arrondissementsrechtbank te Roermond nella causa Smits e Peerbooms. Esse

17 — Bonomo, A.: «Programmazione della spesa sanitaria e libertà di cura: un delicato dilemma», *Il Foro Amministrativo*, 2001, pagg. 1870-1880, in particolare pag. 1880: «Equilibrio finanziario e programmazione della spesa sanitaria sembrano dunque prevalere sulla libertà di prestare servizi all'interno del territorio comunitario, e, quindi sulla libertà di scelta del luogo di cura».

18 — Steyger, E.: «National Health Care Systems Under Fire (but not too heavily)», *Legal Issues of Economic Integration* 2002, 29(1), pagg. 97-107, in particolare pag. 99: «Since the Kohll and Decker cases concerned a system of reimbursement, the question remained whether the same approach should be applied to national health security schemes which offered benefits in kind» («Dato che le sentenze Kohll e Decker riguardavano un sistema di rimborso di prestazioni, rimaneva il problema di stabilire se lo stesso orientamento dovesse applicarsi nei confronti di regimi nazionali di assicurazione malattia che riconoscevano prestazioni in natura»).

vanno però riformulate, tenuto conto del fatto che la giurisprudenza si è già pronunciata in merito al requisito della previa autorizzazione in caso di cure prestate presso un centro ospedaliero.

Le questioni vanno pertanto intese nel senso che il giudice nazionale intende ora stabilire se gli artt. 49 CE e 50 CE ostino a che la normativa di uno Stato membro che istituisce un sistema previdenziale che riconosce prestazioni di malattia in natura imponga agli assicurati di ottenere la previa autorizzazione della loro cassa malattia per recarsi in un altro Stato membro allo scopo di farsi curare da un medico non convenzionato con la cassa stessa, tenuto conto del fatto che l'autorizzazione è concessa solo se il trattamento è necessario per l'interessato, il che presuppone l'impossibilità di ottenere nello Stato di iscrizione cure adeguate prestate tempestivamente da un professionista convenzionato.

41. La Corte ha già dimostrato, nella sentenza Smits e Peerbooms, che l'obbligo per agli assicurati di munirsi di un'autorizzazione della cassa malattia per poter esercitare il diritto ad ottenere prestazioni presso un centro ospedaliero di un altro Stato membro costituisce un ostacolo alla libera prestazione dei servizi. A mio parere, poiché si tratta di consultare un professionista, la restrizione che ciò presuppone per gli assicurati è della stessa portata.

42. Infatti, l'art. 49 CE 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 [19]. Benché la normativa olandese controversa non privi gli assicurati della facoltà di rivolgersi a un prestatore di servizi stabilito in un altro Stato membro, nella pratica essa subordina il rimborso da parte della cassa delle spese sostenute al rilascio di un previa autorizzazione che, inoltre, viene negata qualora il requisito sopra richiamato non sia soddisfatto.

Come dimostrato ai punti 67 e seguenti della sentenza Smits e Peerbooms riguardo all'assistenza presso centri ospedalieri, essendo pochi i professionisti stabiliti in altri Stati membri convenzionati con casse malattia olandesi, nella maggior parte dei casi la presa a carico del costo della consultazione di un medico stabilito in un altro Stato membro richiederebbe una previa autorizzazione, che verrebbe rifiutata in caso di mancata soddisfazione del requisito sopra menzionato. Per contro, la consultazione di uno dei medici convenzionati stabiliti nel paese, che sono incaricati di prestare gran parte delle cure dispensate agli assicurati in forza della legge olandese

19 — Sentenze 5 ottobre 1994, causa C-381/93, Commissione/Francia (Racc. pag. I-5145, punto 17); Kohll (già citata), punto 33, e Smits e Peerbooms (già citata), punto 61.

sulle casse malattia, oltre ad essere gratuita per il paziente, non è sottoposta a previa autorizzazione.

43. Occorre quindi considerare, conformemente a quanto dichiarato dalla Corte nella citata sentenza, che la normativa olandese controversa non solo produce effetti dissuasivi nei confronti degli assicurati, ma addirittura trattiene questi ultimi dal rivolgersi ai medici professionisti stabiliti negli altri Stati membri per cui costituisce, sia per gli uni sia per gli altri, un ostacolo alla libera prestazione dei servizi [20].

44. La Corte ha già riconosciuto, in materia di cure mediche transfrontaliere, che esistono determinati motivi imperativi di interesse generale il cui concorso può giustificare le restrizioni alla libera prestazione di servizi, tanto se le cure sono fornite in ambulatorio per conto di un regime di assicurazione malattia che rimborsa parzialmente le prestazioni [21], quanto se fornite presso centri ospedalieri a carico di un sistema di prestazioni in natura [22].

Analizzando la giurisprudenza, occorre distinguere tre motivi: il primo consiste nell'evitare il verificarsi di un rischio di grave alterazione dell'equilibrio finanziario del sistema previdenziale; il secondo si basa sull'obiettivo di mantenere un servizio medico-ospedaliero equilibrato e accessibile a tutti, che rientri nelle deroghe giustificate da motivi di sanità pubblica di cui all'art. 46 CE, in quanto contribuisca alla realizzazione di un livello elevato di tutela della salute; l'ultimo motivo consiste nella conservazione di un sistema sanitario o di una competenza medica nel territorio nazionale, che è essenziale per la sanità pubblica o addirittura per la sopravvivenza della popolazione.

45. Occorre inoltre valutare se l'ostacolo rappresentato per la libera circolazione dei servizi sanitari dal requisito della previa autorizzazione per consultare un medico non convenzionato, imposto dalle casse olandesi di assicurazione obbligatoria malattia, sia giustificato da uno dei suddetti tre motivi, tenendo conto del fatto che la Corte ha dichiarato che la normativa nazionale non deve eccedere quanto oggettivamente necessario per conseguire l'obiettivo perseguito e tale risultato non può essere ottenuto tramite provvedimenti meno incisivi [23]. Inoltre, una norma discriminatoria può giustificarsi solo con i motivi di interesse generale menzionati nell'art. 46, n. 1, CE al quale l'art. 55 fa rinvio e tra i

20 — Sentenze Kohll e Smits e Peerbooms (già citate), rispettivamente punti 35 e 69.

21 — V. sentenza Kohll (già citata), punti 37 e segg.

22 — V. sentenza Smits e Peerbooms (già citata), punti 72-75.

23 — 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); 20 maggio 1992, causa C-106/91, Ramrath (Racc. pag. I-3351, punti 30 e 31), e Smits e Peerbooms (citata), punto 75.

quali non figurano motivi di natura economica [24].

Il giudice nazionale che ha adito la Corte ammette che il sistema delle prestazioni in natura, organizzato dalle casse malattia olandesi tramite convenzioni, è idoneo tanto a garantire la qualità dell'assistenza sanitaria prestata agli assicurati quanto a controllare i costi.

46. Come ho già dichiarato nelle conclusioni da me presentate nella causa Smits e Peerbooms, il sistema di assicurazione obbligatoria malattia nei Paesi Bassi si caratterizza, da un lato, per il fatto che l'assistenza è gratuita per gli assicurati i quali, per ottenere le prestazioni mediche di cui hanno bisogno, debbono rivolgersi ad un professionista o ad un istituto di cura con cui la loro cassa malattia abbia concluso una convenzione di assistenza, di modo che, qualora decidano di avvalersi di professionisti o istituti non convenzionati, devono sopportarne essi stessi le spese, senza diritto a rimborso; d'altra parte, poiché le casse malattia, cui la legge impone di procurare agli assicurati le cure appropriate, concludono con gli istituti di cura ed i professionisti indipendenti convenzioni con le quali fissano in anticipo il contenuto e la qualità delle prestazioni nonché il contributo a carico della cassa che per i medici consiste nel versamento di un importo forfettario fisso e per gli ospedali nel pagamento in base ad una tariffa di assistenza sanitaria, destinata a finanziare le strutture che la prestano, più che a coprire il costo reale di ciascun ricovero ospedaliero.

47. Secondo quanto affermato al punto 76 della sentenza Smits e Peerbooms, a differenza delle prestazioni mediche fornite dai professionisti nei loro studi o presso il domicilio del paziente, quelle dispensate in un istituto ospedaliero rientrano in un ambito che presenta incontestabili particolarità, in quanto il numero di infrastrutture ospedaliere, la loro ripartizione geografica, la loro organizzazione e le attrezzature di cui sono dotate, nonché la natura dei servizi medici che sono in grado di fornire, devono fare oggetto di una programmazione.

Ritengo peraltro che, riguardo a un regime di assicurazione malattia organizzato strutturalmente per fornire soltanto prestazioni in natura, sia ricorrendo a centri propri e a personale a contratto, sia, come avviene nei Paesi Bassi, stipulando convenzioni con professionisti e istituti di cura, si attenua la differenza tra le cure prestate dai medici nei propri ambulatori e quelle dispensate nell'ambito di un ricovero ospedaliero.

24 — Sentenze 25 luglio 1991, causa C-288/89, Collectieve Antennevoorziening Gouda e a. (Racc. pag. I-4007, punto 11), e causa C-353/89, Commissione/Paesi Bassi (Racc. pag. I-4069, punto 15), nonché sentenze 14 novembre 1995, causa C-484/93, Svensson e Gustavsson (Racc. pag. I-3955, punto 15), e 5 giugno 1997, causa C-398/95, Settg (Racc. pag. I-3091, punto 23).

48. Nei Paesi Bassi funzionano circa trenta casse malattia, con competenza territoriale limitata. Le persone che hanno diritto all'assicurazione obbligatoria devono iscriversi alla cassa che opera nel comune di residenza. Il numero di convenzioni stipulate regolarmente con medici generici e con i diversi medici specialisti varia a seconda delle necessità di assistenza medica calcolate per la regione in cui esse operano e del numero di iscritti in un determinato periodo.

49. A loro volta, le tariffe che le casse concordano ogni anno con i medici professionisti, che differiscono a seconda della specializzazione, dipendono, in larga misura, dal numero di iscritti a carico. Le tariffe vengono calcolate mediante una formula aritmetica in cui si somma un importo, che rappresenta gli introiti medi [25], ad un altro che rappresenta il costo, anch'esso medio, di mantenimento di un ambulatorio [26], dividendosi il risultato per un fattore che rappresenta il carico di lavoro (si stima, ad esempio, che un medico generico riceva 2 350 pazienti all'anno). Per l'anno 2000, come risultato di tale operazione un medico generico ha ricevuto dalla cassa malattia con la quale ha concluso una convenzione l'importo di NLG 133 per ciascun assicurato che avesse scelto di sottoporsi alle sue cure — tariffa questa denominata versamento forfettario [27] — indipendentemente dal numero di pazienti ricevuti, in quanto alcuni pazienti avrebbero bisogno di cure mediche più spesso di altri, mentre altri non avrebbero consultato il medico durante l'intero anno [28]. A quanto risulta, anche i dentisti convenzionati ricevono dalla cassa malattia un importo forfettario per assicurato [29].

In tal modo, si garantisce in anticipo il finanziamento di tutta l'assistenza medica di cui i pazienti abbiano bisogno nel corso di un anno, presso ambulatori esterni di medici generici, di specialisti e di dentisti, di modo che le casse, in linea di principio, non debbano far fronte a spese supplementari. Di conseguenza, il ricorso degli assicurati a medici od ospedali non convenzionati può incidere significativamente sul finanziamento del sistema, comportando sempre per la cassa un onere finanziario supplementare, con la conseguenza di mettere a repentaglio l'equilibrio finanziario del sistema.

25 — Che comprende onorario, ferie retribuite, assicurazioni, gratifiche, premi e piani pensione. L'onorario è stabilito in base alle scale retributive applicate ai funzionari e viene adeguato ogni anno.

26 — Esistono linee-guida generali per il calcolo delle spese di funzionamento delle attrezzature necessarie per ciascuna professione. Si prendono in considerazione i costi relativi ai locali e all'autovettura, i costi di personale, le spese telefoniche, l'ampiezza della zona di competenza, il costo degli strumenti e così via. Tali costi vengono adeguati a seconda delle esigenze che possono insorgere, come per esempio l'installazione di computer negli ambulatori.

27 — La tariffa aumenta a NLG 157 per ciascun assicurato di età superiore a 64 anni.

28 — Il sistema di compenso dei professionisti convenzionati che operano nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria malattia è nettamente diverso dal sistema che vige per i pazienti privati, nel quale non esistono versamenti forfettari, ma si paga per ciascuna visita.

29 — V. il capitolo 5 della pubblicazione del Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport-NL, del maggio 2001, intitolata «Health Care, Health Policies and Health Care reforms in the Netherlands: General practitioners and dentists receive capitation payments for their sickness fund insured, but usually fee for services from their private insured clients» («i medici generici e i dentisti ricevono compensi per paziente iscritto all'assicurazione obbligatoria malattia, ma di norma un onorario dai pazienti assicurati in forma privata»).

50. Di certo, se soltanto pochi pazienti ogni anno si comportano come la sig.ra Müller-Fauré, è difficile provare che il rimborso delle sue fatture incida significativamente sulla gestione del bilancio delle casse malattia.

Di fatto, la Commissione sostiene che non si può parlare di rischio di un pregiudizio grave per l'equilibrio finanziario del sistema previdenziale perché, a causa della barriera costituita dalla lingua o dell'ostacolo dello spostamento, alla fine sarebbero pochissimi i pazienti che si recano in un altro Stato membro per consultare un medico [30].

51. Non posso concordare con questo punto di vista. La Commissione sa bene che esiste un numero relativamente elevato di medici che fruiscono della libertà di stabilimento per esercitare la professione in Stati membri diversi da quello di cui sono cittadini. Nel caso in cui il paziente consulta uno di questi medici che parlano la sua stessa lingua, la barriera linguistica cade. Allo stesso modo, le frontiere linguistiche in Europa sono ben lungi dal coincidere con i confini territoriali degli Stati e, in vaste zone frontaliere, la popolazione spesso si esprime nella lingua del paese confinante. Si pensi, ad esempio, a quel che avviene in Belgio e nei Paesi Bassi, in Lussemburgo e in Germania, in Italia e in Austria, in Svezia e in Finlandia, in Spagna e in Portogallo, o in paesi di lingua identica come Irlanda e Regno Unito, Austria e Germania.

Neppure la distanza costituisce un fattore di dissuasione, alla luce del progresso delle comunicazioni in Europa, della tendenza a fissare una seconda residenza in un altro Stato membro, nonché della facilità e della frequenza con cui buona parte della popolazione si sposta in altri paesi per trascorrervi le proprie vacanze.

52. Esiste un'altra ragione per la quale ritengo che vi sarebbe un numero relativamente elevato di pazienti che, se fossero sicuri di ottenere il rimborso delle fatture, sceglierebbero di recarsi in un altro Stato membro per consultare uno specialista. Mi riferisco a quanti, disponendo di risorse economiche sufficienti per permetterselo, non intendano aspettare un periodo di tempo più o meno lungo per farsi curare. Il malato, con legittima preoccupazione, cerca di fare tutto il possibile per curarsi. Si pensi che già nel secolo XVII Molière era cosciente di questa tendenza dell'essere umano: infatti Argan, il protagonista della sua commedia «Il malato immaginario», incurante dei sentimenti della figlia Angélique, intendeva sposarla ad un medico in

30 — In occasione dell'udienza il governo dei Paesi Bassi ha comunicato che, pur con tutti gli inconvenienti citati dalla Commissione e a prescindere dall'obbligo di autorizzazione previa per il ricorso a cure non coperte da una convenzione, sono stati circa 14 000 gli assicurati che hanno ricevuto un trattamento all'estero nel 2001.

modo da garantirsi la cura di tutti i mali di cui fosse afflitto [31].

53. Quanto alla salvaguardia dell'equilibrio finanziario del sistema, non va dimenticato che il funzionamento di un sistema di prestazioni in natura è caratterizzato anche dal ruolo importante del medico generico, che ha il compito di fornire al paziente cure generiche indirizzandolo, se lo ritiene necessario, dallo specialista competente al quale il malato non può rivolgersi liberamente. Se gli assicurati potessero aggirare questa fase preliminare e rivolgersi di propria iniziativa ad uno specialista di un altro Stato membro, con obbligo da parte della cassa malattia di rimborsare loro le fatture, verrebbe vanificata gran parte dell'efficacia apportata al sistema da questo modo di controllare il ricorso non necessario alle cure mediche e, in particolare, di evitare che gli ambulatori degli specialisti si riempiano di pazienti che si autoprescrivono la visita senza neppure sapere quale sia lo specialista competente a trattare la loro patologia. In tal modo, questo aspetto dell'attività del medico generico, ideato per contenere le spese e per garantire una corretta assegnazione delle risorse in funzione delle necessità, risponde, nell'ambito delle prestazioni convenzionate, ad una funzione analoga a quella svolta dalla previa autorizzazione della cassa malattia per consultare un medico non convenzionato.

54. D'altro canto, per quanto riguarda la volontà di mantenere un servizio medico il più possibile esteso, equilibrato e accessibile a tutti, è evidente che l'interesse dei medici a stipulare convenzioni con la cassa malattia è in rapporto diretto con il numero di pazienti che si possono fornire a quest'ultima, per quelli che percepiscono le tariffe ogni anno. Se gli assicurati, anziché nell'ambulatorio dei medici convenzionati, si recassero in quelli dei medici non convenzionati, nel paese di iscrizione o all'estero, le casse malattia non potrebbero garantire una quota di assicurati per ciascun medico. Si correrebbe il rischio che molti di questi professionisti non fossero più interessati a vincolarsi ad una determinata disponibilità e a garantire la qualità e il prezzo delle prestazioni stipulando convenzioni con le casse che gestiscono l'assicurazione obbligatoria malattia, in quanto preferirebbero attendere i pazienti privati, di sicuro meno numerosi ma da cui riceverebbero onorari più elevati. In tal modo, malgrado gli sforzi di programmazione delle casse in materia di offerta sanitaria, sul piano delle risorse umane ed economiche, non si riuscirebbe più a garantire a costi sostenibili l'accesso stabile e generalizzato degli assicurati agli ambulatori medici, compresi quelli di un'ampia gamma di specialisti, e di conseguenza la continuità del regime di prestazioni in natura, nella sua forma attuale, risulterebbe seriamente compromessa. Non bisogna inoltre dimenticare che, secondo una costante giurispru-

31 — V. Molière, *Le malade imaginaire*, in particolare atto I, scena 5, Ed. Larousse, petits classiques, Paris 1998, pag. 61. È curioso rilevare che nella scena 10, atto III, la domestica Toinette si fa passare per medico di fronte al padrone e anticipa già il tema delle cure mediche transfrontaliere quando dichiara di essere un medico itinerante, che va di città in città, di provincia in provincia, di regno in regno (pag. 167).

denza della Corte, il diritto comunitario non menoma la competenza degli Stati membri ad organizzare i loro sistemi previdenziali [32]. Di conseguenza, in mancanza di un'armonizzazione comunitaria, spetta alla normativa nazionale determinare le condizioni cui è subordinato il diritto a prestazioni [33].

55. È vero che i sistemi previdenziali che prevedono prestazioni in natura sono gravati dal problema delle liste di attesa, causato dallo squilibrio, sempre più marcato, tra domanda e offerta di assistenza sanitaria con riguardo all'accettazione sia negli ospedali sia negli ambulatori dei medici [34]. Di fronte a tale situazione, la previa autorizzazione da parte delle casse per ricorrere a medici od ospedali non convenzionati, sia se si trovano nel paese di iscrizione sia se sono stabiliti all'estero, rappresenta uno strumento che consente loro di definire le priorità tra i vari trattamenti, di gestire le risorse disponibili e di garantire, nella pratica, l'assistenza sanitaria conformemente alle necessità che di volta in volta si presentano. Se i pazienti in lista di attesa per andare dal medico potessero accedere liberamente al mercato di servizi non convenzionati, con diritto al rimborso della fattura, verrebbe minato alla base il principio fondamentale di uguaglianza tra gli assicurati nell'accesso all'assistenza sanitaria, a scapito di quanti, perché privi di risorse o perché fiduciosi nella bontà del sistema, attendono il proprio turno, con il risultato che il sistema di assicurazione malattia basato su prestazioni in natura perderebbe la sua caratteristica essenziale, convertendosi, di fatto, in un sistema di rimborso delle prestazioni.

In tale contesto, il fatto che il costo dell'intervento specifico subìto da un assicurato come la sig.ra Van Riet in un altro Stato membro sia risultato inferiore a quello che la cassa avrebbe dovuto pagare nello Stato di iscrizione è irrilevante, poiché le conseguenze negative di questo comportamento per il sistema non possono essere valutate solo basandosi su un intervento isolato [35].

56. Del pari, in caso di spostamento ricorrente e sistematico di malati in altri Stati membri per ottenere cure mediche, sorge il rischio, specie nei paesi piccoli, che le casse non riescano a mantenere un livello accettabile di competenza professionale per la cura di malattie poco frequenti o assai complesse.

32 — Sentenze 7 febbraio 1984, causa 238/82, Duphar e a. (Racc. pag. 523, punto 16); 17 giugno 1997, causa C-70/95 Sodemare e a. (Racc. pag. I-3395, punto 27); Kohll (già citata), punto 17, e Smits e Peerbooms (già citata), punto 44.

33 — Sentenze 30 gennaio 1997, cause riunite C-4/95 e C-5/95, Stöber e Piosa Pereira (Racc. pag. I-511, punto 36); Kohll (già citata), punto 18, e Smits e Peerbooms (già citata), punto 45.

34 — Non è un problema che affligga soltanto i sistemi di assicurazione malattia basati su prestazioni in natura: basta considerare quanti giorni bisogna attendere in Lussemburgo, paese che offre unicamente il rimborso di parte delle spese per le prestazioni pagate dagli assicurati, per ottenere un appuntamento con un medico generico o quante settimane trascorrono prima di poter essere visitati da uno specialista.

35 — Dubouis, L.: «La libre circulation des patiens hospitaliers, une liberté sous conditions», *Revue de droit sanitaire et social*, 37(4) 2001, pagg. 721-726, in particolare pag. 726: «(...) on peut se demander s'il est pleinement légitime d'accorder au patient qui se déplace le droit de choisir entre le régime de son État d'origine et celui de l'État dans lequel il se fait soigner les éléments qui lui sont les plus favorables» [«(...) ci si può chiedere se sia pienamente legittimo concedere al paziente che si sposta il diritto di scegliere, tra il regime del suo Stato di origine e quello dello Stato in cui si fa curare, gli elementi a lui più favorevoli»].

57. Oltre ad essere inscindibilmente connessa al regime di prestazioni di malattia in natura, la previa autorizzazione costituisce uno strumento idoneo a far sì che gli assicurati sappiano con debito anticipo se le cure da loro richieste sono coperte dall'assicurazione, il che consente alla cassa di controllare le spese e il consumo di risorse.

Se la sig.ra Müller-Fauré avesse chiesto la previa autorizzazione, avrebbe saputo che solo un'infima parte delle prestazioni che essa intendeva ottenere dal dentista in Germania era riconosciuta dal proprio regime previdenziale nei Paesi Bassi. Da parte sua, la cassa sarebbe stata in grado di decidere se lo stato della dentatura dell'interessata fosse tale da rendere necessario l'intervento di un dentista non convenzionato o se, tenendo conto del fatto che le cure dentarie coperte dall'assicurazione vengono prestate dietro pagamento forfettario per assicurato, fosse preferibile che la paziente si rivolgesse a dentisti convenzionati.

58. Il Belgio, paese in cui l'assicurazione malattia rimborsa agli iscritti parte del costo delle prestazioni, si oppone a che la previa autorizzazione da parte delle casse, censurata nella sentenza Kohll, sia considerata giustificata nei regimi di prestazioni in natura, poiché la libera prestazione dei servizi non può dipendere dal carattere specifico del sistema previdenziale.

Comprendo questa posizione, ma non la condivido. Sono consapevole della difficoltà di conciliare questa libertà fondamentale del Trattato con le peculiarità dei regimi di assicurazione malattia di quindici paesi, la maggior parte dei quali è organizzato per concedere prestazioni in natura. Non va però dimenticato che gli Stati membri non hanno mai inteso armonizzare le proprie normative in questo settore e si sono limitati a coordinarle tramite il regolamento n. 1408/71 per adempiere alle finalità prescritte dall'art. 42 CE. È vero che nell'organizzare i propri sistemi previdenziali gli Stati membri devono rispettare il diritto comunitario [36], ma detto obbligo non può costringerli a rinunciare ai principi e alla filosofia che hanno tradizionalmente ispirato le rispettive assicurazioni malattia né può richiedere da parte loro una ristrutturazione di portata tale da consentire loro di rimborsare le prestazioni ai loro assicurati che scelgano di recarsi da un medico in un altro Stato membro [37].

59. Infine, il carattere necessario del trattamento a cui il paziente intende sottoporsi ricorrendo a medici o a ospedali non convenzionati, quale requisito per la concessione della previa autorizzazione da parte della cassa malattia, è stato esaminato dettagliatamente nei punti 103-107 della sentenza Smits e Peerbooms. A mio parere, il medesimo ragionamento dovrebbe essere seguito nella causa in

36 — Sentenza Kohll, punto 19, e sentenza Smits e Peerbooms, punto 46.

37 — Va considerata la reazione degli iscritti poiché, invece di usufruire di prestazioni gratuite, dovrebbero anticipare le spese e attendere prima di ottenere il rimborso parziale delle spese sostenute.

esame, per dichiarare che tale requisito è giustificato conformemente all'art. 49 CE, purché sia interpretato nel senso che l'autorizzazione può essere negata solo quando un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia per il paziente venga tempestivamente ottenuto ricorrendo ad un professionista con il quale la cassa malattia dell'assicurato ha concluso una convenzione [38].

Così interpretato, tale requisito contribuisce, nell'ambito della previa autorizzazione, al mantenimento nel territorio nazionale di un'offerta sufficiente, equilibrata e permanente di cure di qualità, prestate in regime ambulatoriale, conferendo stabilità finanziaria al sistema dell'assicurazione malattia.

60. Al pari di quanto avviene per l'assistenza ospedaliera, se molti degli assicurati ad un regime di prestazioni in natura decidessero di recarsi in altri Stati membri per consultare un medico, mentre nel paese di iscrizione esiste un'offerta sufficiente in regime di convenzione, con prestazioni adeguate, identiche o equivalenti, tale flusso di pazienti porrebbe in discussione il principio stesso del convenzionamento, gli sforzi di programmazione e di razionalizzazione effettuati dalle casse, l'equilibrio nell'offerta di cure mediche e la gestione delle risorse in funzione delle priorità [39].

Tuttavia, una volta acquisito il fatto che le prestazioni coperte dal sistema nazionale di assicurazione malattia non possono venir prestate da un medico convenzionato, non si può ammettere che venga data la precedenza ai professionisti nazionali con cui la cassa malattia dell'assicurato non ha concluso alcuna convenzione, a scapito dei medici stabiliti in altri Stati membri in quanto, dal momento in cui tali prestazioni sono, in ipotesi, erogate al di fuori dell'ambito programmatico attuato dalla normativa nazionale, una tale precedenza eccederebbe quanto necessario ai fini di assicurare

38 — La stessa interpretazione è stata seguita, per le prestazioni ospedaliere, dall'Arrondissementsrechtbank te Roermond, che aveva proposto la questione pregiudiziale nella causa sopra menzionata, nel decidere le due cause principali, il 3 ottobre 2001, appena due mesi e mezzo dopo aver ricevuto la risoluzione della Corte. Tale giudice nazionale ha respinto la domanda della sig.ra Geraets-Smits in quanto non era stato dimostrato né clinicamente né scientificamente che il trattamento specialistico e multidisciplinare, eseguito in Germania, fosse migliore delle cure disponibili nei Paesi Bassi e in quanto la paziente avrebbe potuto essere curata nel proprio paese presso un centro convenzionato con la sua cassa malattia. La domanda del sig. Peerbooms ha seguito la stessa sorte: il giudice ha considerato che la terapia intensiva specifica mediante neurostimolazione non può considerarsi usuale negli ambiti professionali interessati in quanto non è stata controllata né riconosciuta sufficientemente dalla scienza medica internazionale. Il giudice basa tale posizione su una perizia del 1994, relativa ai programmi di stimolazione, sulla relazione di una commissione del Consiglio della Sanità e su uno studio-pilota. V. le sentenze che compaiono nella base dati «Decisioni nazionali» della Corte di giustizia, rif. QP/03935-P1-A e QP/03935-P1-B.

39 — L. Dubouis, *op. cit.*, pag. 726, riguardo alle cure prestate in regime di ricovero ospedaliero, spiega: «Il reste que les incidences pratiques à moyen ou long terme de cette jurisprudence paraissent difficiles à évaluer. Ne risque-t-elle pas d'induire un afflux excessif de candidats à l'admision dans les établissements "en pointe", d'aggraver les difficultés des systèmes de soins moins performants? Il apparaît souhaitable que nos systèmes hospitaliers s'ouvrent aux vents de l'Europe. Pour autant, on ne saurait oublier combien ils diffèrent les uns des autres, combien chacun est complexe et repose sur des fragiles équilibres, financiers notamment». («Sta di fatto che i riflessi pratici a medio o lungo termine di tale giurisprudenza appaiono difficili da valutare. Ci si chiede se essa non rischi di provocare un afflusso eccessivo di richieste di accettazione negli istituti "di punta", aggravando le difficoltà dei sistemi sanitari meno efficienti. Appare auspicabile che i nostri sistemi ospedalieri si aprano all'influenza dell'Europa. Tuttavia, non si può dimenticare quanto essi differiscano gli uni dagli altri, quanto ciascuno di essi sia complesso e si basi su equilibri fragili, soprattutto sotto il profilo finanziario»).

la tutela delle esigenze imperative idonee a giustificare l'esistenza di un ostacolo alla libera prestazione dei servizi.

61. Mi rendo conto del fatto che l'interpretazione da me suggerita, oltre ad essere in contrasto con il punto di vista degli Stati membri i cui regimi di assicurazione malattia rimborsano parte delle fatture pagate dagli assicurati, l'unico dei quali ad aver presentato osservazioni nel presente procedimento è il Belgio, presenta l'inconveniente di urtare contro il parere di chi sostiene ad oltranza la liberalizzazione dei servizi sanitari negli Stati membri. Essa ha però, quanto meno, il vantaggio di offrire una soluzione chiara e inequivocabile al problema sollevato, evitando dilemmi come quello che si prospetta per la Commissione, la quale ammette che esistono determinate cure dentarie le cui peculiarità giustificherebbero la presa in considerazione delle esigenze imperative esaminate nella sentenza Smits e Peerbooms.

In risposta al quesito rivoltole su questo punto particolare, la Commissione ha chiarito che essa si riferiva alle cure dentarie di costo molto elevato e che impongono il ricorso a professionisti altamente specializzati, dato che la disponibilità di detti servizi impone una programmazione. Essa ha inoltre riconosciuto che non esistono criteri assoluti per distinguere tra cure ospedaliere e ambulatoriali: in caso di ricovero ospedaliero, è giustificato il requisito dell'autorizzazione, mentre se le prestazioni vengono erogate in ambulatorio è necessaria una valutazione caso per caso.

Non sono il solo a ritenere che questa proposta della Commissione, per quanto sembri adeguata alla luce del principio di proporzionalità, non funzionerebbe in pratica [40]: essa infatti, da un lato, introdurrebbe un elemento di incertezza negli utenti, in contrasto con il principio della certezza del diritto e, dall'altro, se è necessario giustificare la previa autorizzazione con la necessità da parte delle casse malattia di programmare l'offerta di prestazioni mediche, mi sembra evidente che non soltanto quelle più care o più complesse debbono costituire oggetto di programmazione [41]. Ciò senza contare che le casse dovrebbero valutare preliminarmente, per ogni caso concreto di prestazione ambulatoriale, se le sue caratteristiche richiedano l'eventuale assoggettamento a previa autorizzazione, aggiungendo un ulteriore ostacolo nell'iter diretto a ottenere assistenza sanitaria.

62. Per i motivi esposti ritengo che gli artt. 49 CE e 50 CE non ostino a che la normativa di uno Stato membro, che istituisce un sistema previdenziale di prestazioni di malattia in natura, obblighi gli

40 — Gli Stati membri intervenuti all'udienza, nel far uso del diritto di replica, si sono mostrati contrari a tale possibilità.

41 — Le possibilità non si limitano alle prestazioni odontoiatriche. Vi sono servizi come lo scanner o la risonanza magnetica, normalmente prestati da radiologi, che non richiedono un ricovero in ospedale e la cui disponibilità, peraltro limitata, è senza dubbio oggetto di programmazione da parte degli enti che gestiscono l'assicurazione malattia.

assicurati di ottenere la previa autorizzazione della loro cassa malattia per recarsi in un altro Stato membro qualora desiderino essere curati da un medico non convenzionato, e subordini la concessione dell'autorizzazione al requisito della necessità della cura per l'interessato, purché tale requisito venga interpretato nel senso che l'autorizzazione può venir rifiutata solo allorché un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia possa essere tempestivamente ottenuto presso un professionista che abbia concluso una convenzione con la cassa malattia di cui fa parte l'assicurato.

B — *Sulla terza questione*

63. Nella sentenza Smits e Peerbooms è stato già analizzato esaurientemente il requisito della previa autorizzazione per ottenere, in un altro Stato membro, servizi prestati nell'ambito ospedaliero. Non è pertanto necessario risolvere la terza questione pregiudiziale, con la quale si chiedeva se, per dare soluzione delle due questioni precedenti, occorresse operare una distinzione in relazione al fatto che le cure fossero prestate, in tutto o in parte, in regime di assistenza sanitaria ospedaliera.

C — *Sul chiarimento richiesto dal Centrale Raad van Beroep riguardo al termine «tempestivamente» di cui al punto 103 della sentenza Smits e Peerbooms*

64. Nella lettera in data 25 ottobre 2001 il giudice nazionale interroga la Corte sul significato del suddetto termine, che esso ritiene oscuro, esprimendosi nel modo seguente:

«Se il termine "tempestivamente" ("tijdig") che figura al punto 103 della sentenza Smits e Peerbooms vada inteso nel senso che non si deve tener conto del fatto che la terapia non è urgente o necessaria per ragioni mediche, indipendentemente dalla lunghezza del tempo di attesa».

65. Su questo punto, concordo con la Commissione, la quale sottolinea come il termine derivi dal diritto olandese e in concreto dall'ordinanza con la quale l'Arrondissementsrechtbank te Roermond ha proposto le questioni pregiudiziali risolte nella sentenza Smits e Peerbooms. Infatti, nella penultima riga del penultimo punto del capo II.1 dell'ordinanza compare il termine «tijdig».

Si tratta di una condizione connessa ad uno dei due requisiti imposti dalle casse malattia per concedere la previa autorizzazione, e cioè quella secondo cui le cure previste devono essere necessarie per il paziente.

concreto, non solamente il quadro clinico del paziente nel momento in cui è richiesta l'autorizzazione, ma anche i suoi antecedenti.

Come si può rilevare, la Corte non ha fatto alcun riferimento a motivi che non siano di carattere medico.

66. Inoltre, al punto 104 della sentenza Smits e Peerbooms è stato precisato il modo di valutare se un trattamento avente lo stesso grado di efficacia per il paziente potesse essere tempestivamente ottenuto in un istituto che abbia concluso una convenzione con la cassa malattia alla quale l'assicurato è iscritto, ed è stato dichiarato che le autorità nazionali sono tenute a prendere in considerazione l'insieme delle circostanze che caratterizzano ogni caso

67. Ritengo che debba essere precisato al giudice nazionale che la valutazione della condizione connessa al termine «tempestivamente» («tijdig») dev'essere operata sotto un profilo strettamente medico, indipendentemente dalla lunghezza del periodo di attesa necessario per ottenere il trattamento richiesto.

IX — Conclusione

68. Alla luce delle considerazioni che precedono, suggerisco alla Corte di risolvere le questioni proposte dal Centrale Raad van Beroep nei seguenti termini:

«1) Gli artt. 49 CE e 50 CE non ostano a che la normativa di uno Stato membro, con cui viene istituito un sistema previdenziale di prestazioni di malattia in

natura, imponga agli assicurati di ottenere la previa autorizzazione della loro cassa malattia per recarsi in un altro Stato membro qualora desiderino essere curati da un medico non convenzionato, e subordini la concessione dell'autorizzazione al requisito della necessità della cura per l'interessato, purché tale requisito venga interpretato nel senso che l'autorizzazione può venir rifiutata solo allorché un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia possa essere tempestivamente ottenuto presso un professionista che abbia concluso una convenzione con la cassa malattia di cui fa parte l'assicurato.

2) La valutazione della condizione connessa al termine "tempestivamente" ("tijdig") dev'essere operata sotto un profilo strettamente medico, indipendentemente dalla lunghezza del periodo di attesa necessario per ricevere il trattamento richiesto».