



1. LA DISCIPLINA DELL'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA PER IL RIMBORSO DEI COSTI DELL'ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA NEI CASI IN CUI LE CONVINZIONI RELIGIOSE DELL'AFFILIATO SIANO CONTRARIE AL METODO DI CURA UTILIZZATO

[Sentenza della Corte, Seconda Sezione, del 29 ottobre 2020, causa C-243/19, A c. Veselibas ministrija, ECLI:EU:C:2020:872](#)

Rinvio pregiudiziale – Previdenza sociale – Regolamento (CE) n. 883/2004 – Articolo 20, paragrafo 2 – Direttiva 2011/24/UE – Articolo 8, paragrafi 1 e 5 nonché paragrafo 6, lettera d) – Assicurazione malattia – Cure ospedaliere prestate in uno Stato membro diverso dallo Stato membro di affiliazione – Rifiuto di autorizzazione preventiva – Cure ospedaliere che possono essere prestate efficacemente nello Stato membro di affiliazione – Articolo 21 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea – Differenza di trattamento fondata sulla religione

1) L'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, letto alla luce dell'articolo 21, paragrafo 1, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, deve essere interpretato nel senso che esso non osta a che lo Stato membro di residenza dell'assicurato rifiuti di concedere a quest'ultimo l'autorizzazione prevista dall'articolo 20, paragrafo 1, di tale regolamento qualora, in tale Stato membro, siano disponibili cure ospedaliere la cui efficacia clinica non è in discussione, ma le convinzioni religiose di tale assicurato siano contrarie al metodo di cura utilizzato.

2) L'articolo 8, paragrafo 5 e paragrafo 6, lettera d), della direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, letto alla luce dell'articolo 21, paragrafo 1, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, deve essere interpretato nel senso che esso osta a che lo Stato membro di affiliazione di un paziente rifiuti di concedere a quest'ultimo l'autorizzazione prevista dall'articolo 8, paragrafo 1, di tale direttiva qualora, in tale Stato membro, siano disponibili cure ospedaliere la cui efficacia clinica non è in discussione, ma le convinzioni religiose di tale paziente siano contrarie al metodo di cura utilizzato, a meno che tale rifiuto sia obiettivamente giustificato da uno scopo legittimo di mantenimento delle strutture sanitarie o delle competenze mediche, e costituisca un

mezzo adeguato e necessario per raggiungere tale scopo, circostanza che spetta al giudice del rinvio verificare.

Con la pronuncia pregiudiziale nel caso *A c. Veselibas ministrija*, la Seconda sezione della Corte di giustizia ha posto un ulteriore tassello nella sua ampia giurisprudenza in materia di sanità transnazionale (Sentenza della Corte, Seconda Sezione, del 29 ottobre 2020, [causa C-243/19](#), *A c. Veselibas ministrija*, ECLI:EU:C:2020:872).

Invero, il contesto generale all'interno del quale si colloca il detto procedimento è quello concernente la dibattuta questione se un genitore, per motivi di natura religiosa, possa rifiutare di sottoporre il proprio figlio minorenni ad un intervento chirurgico implicante trasfusioni di sangue, nonostante tale intervento sia necessario per salvargli la vita.

Tuttavia, la vicenda in esame, rispetto agli altri casi di questo tipo, non riguarda strettamente la libertà di pensiero, di coscienza e di religione, di cui all'articolo 10, par. 1, della Carta dei diritti fondamentali, ma, come affermato dall'avvocato generale Gerard Hogan nelle sue conclusioni, ha una natura più prosaica, poiché concerne, più propriamente, il diritto al rimborso, totale o parziale, dei costi di un'operazione effettuata in un altro Stato membro diverso da quello di residenza (Conclusioni dell'avvocato generale Gerard Hogan presentate il 30 aprile 2020, [causa C-243/19](#), ECLI:EU:C:2020:325).

Segnatamente, il rinvio pregiudiziale è stato presentato nell'ambito di una controversia tra *A* e il ministero della sanità lettone, in merito al rifiuto da parte di quest'ultimo di rilasciare al ricorrente un'autorizzazione che consentisse al figlio dello stesso di ricevere assistenza sanitaria a carico del bilancio dello Stato lettone in un altro Stato membro, ai sensi del regolamento 883/2004 (Regolamento CE n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, in *GUUE* del 30 aprile 2004, L 166, pp. [1-123](#)).

Più precisamente, il ricorrente nel procedimento principale è un testimone di Geova il cui figlio minorenni necessitava di un intervento a cuore aperto, in quanto affetto da una malformazione cardiaca congenita. Tuttavia, proprio perché testimone di Geova, il padre del ragazzo si è opposto all'esecuzione di una trasfusione di sangue al momento dell'operazione e, di conseguenza, ha chiesto al servizio sanitario nazionale lettone, il *Nacionālais veselības dienests*, di rilasciare l'autorizzazione a beneficiare di determinate cure mediche programmate in uno Stato membro dell'Unione diverso dal suo Stato di affiliazione, segnatamente in Polonia, dove il detto intervento viene praticato anche senza trasfusione. Con decisione del 29 marzo 2016, il servizio sanitario si è rifiutato di rilasciare tale autorizzazione, poiché l'operazione in questione poteva essere effettuata in Lettonia. Di fronte a tale rifiuto, *A* ha proposto ricorso, in primo grado, dinnanzi al Tribunale amministrativo distrettuale lettone, quindi, in appello, alla Corte amministrativa regionale e, infine, alla Corte suprema, lamentando di essere vittima di discriminazione, in quanto la grande maggioranza degli iscritti al servizio nazionale, a differenza sua, avrebbe avuto la possibilità di ricevere l'assistenza sanitaria in questione senza rinunciare alle proprie convinzioni religiose.

Prima di entrare nel merito della questione, vale la pena di ricordare che i giudici dell'Unione, finora, si erano pronunciati solo su un'altra vicenda concernente la comunità dei testimoni di Geova, avente, tuttavia, natura del tutto differente rispetto a quella in esame. Si tratta, infatti, della sentenza del 10 luglio 2018, con cui la Corte di giustizia,

dopo aver rilevato che l'attività di predicazione porta a porta dei membri della comunità dei testimoni di Geova non rientra tra le eccezioni previste dal diritto dell'Unione in materia di protezione dei dati personali, poiché non costituisce un'attività esclusivamente personale o domestica alla quale il diritto dell'Unione non si applica, ha stabilito che la stessa comunità religiosa è responsabile, congiuntamente ai suoi membri predicatori, del trattamento dei dati personali raccolti nell'ambito della detta attività di predicazione porta a porta (Sentenza della Corte, Grande Sezione, del 10 luglio 2018, causa [C-25/17](#), *Tietosuoja- ja valtuutus*, ECLI:EU:C:2018:551).

Sul rifiuto alle trasfusioni di sangue, in relazione alla libertà di pensiero e di religione, esiste, invece, una più cospicua giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, anche se si tratta sempre di situazioni in cui gli interessati hanno rifiutato personalmente l'emotrasfusione e non per conto dei propri figli minorenni (si veda, per tutte, *Jehovah's Witnesses of Moscow and Others v. Russia*, ricorso n. [302/02](#), 10 giugno 2010. In tale pronuncia, la Corte di Strasburgo ha stabilito che «the refusal of potentially life-saving medical treatment on religious grounds is a problem of considerable legal complexity, involving as it does a conflict between the State's interest in protecting the lives and health of its citizens and the individual's right to personal autonomy in the sphere of physical integrity and religious beliefs [...] The freedom to accept or refuse specific medical treatment, or to select an alternative form of treatment, is vital to the principles of self-determination and personal autonomy. A competent adult patient is free to decide, for instance, whether or not to undergo surgery or treatment or, by the same token, to have a blood transfusion. However, for this freedom to be meaningful, patients must have the right to make choices that accord with their own views and values, regardless of how irrational, unwise or imprudent such choices may appear to others»).

Ad ogni modo, ai fini della soluzione del caso in esame, come poc'anzi sottolineato, non rileva la legittimità del rifiuto di sottoporsi ad emotrasfusioni, o di esprimere tale volontà per conto del figlio minorenne, bensì il diritto ad essere autorizzati a ricevere il rimborso per un trattamento sanitario ricevuto in uno Stato diverso da quello di affiliazione, qualora la scelta di accedere all'assistenza sanitaria transfrontaliera sia determinata esclusivamente da motivi religiosi.

La vicenda, quindi, ruota attorno all'applicazione del regolamento n. 883 del 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, e alla direttiva n. 24 del 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, in combinato con l'obbligo di non discriminazione, di cui all'art. 21 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

A tal riguardo, la Corte suprema lettone ha posto due quesiti al giudice dell'Unione: *a)* se l'art. 20, par. 2, del regolamento n. 883 del 2004, che disciplina il sistema di autorizzazione a ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato membro di residenza, in combinato disposto con l'art. 21, par. 1, della Carta, debba essere interpretato nel senso che uno Stato membro possa rifiutare l'autorizzazione di cui all'art. 20, par. 1, del detto regolamento qualora nello Stato di residenza dell'interessato siano disponibili cure ospedaliere la cui efficacia clinica non sia in discussione, ma il metodo di cura utilizzato non sia conforme alle convinzioni religiose del suddetto interessato, *b)* se l'art. 56 TFUE, sul divieto di restrizioni alla libera prestazione dei servizi all'interno dell'Unione, e l'art. 8 della direttiva n. 24 del 2011, relativo ai casi di assistenza sanitaria che possono essere soggetti ad autorizzazione preventiva, sempre in combinato con l'art. 21, par. 1, della Carta, debbano essere interpretati nel senso che uno Stato membro può rifiutare

l'autorizzazione di cui all'articolo 8, paragrafo 1, di tale direttiva qualora nello Stato membro di affiliazione dell'interessato siano disponibili cure ospedaliere la cui efficacia clinica non è in discussione, ma il metodo di cura utilizzato non sia conforme alle convinzioni religiose del suddetto interessato.

Come noto, il regolamento n. 883 del 2004 e la direttiva n. 24 del 2011, hanno una natura complementare, dal momento che la direttiva è stata adottata anche con l'obiettivo di codificare la giurisprudenza pregressa della Corte di giustizia in materia assistenza sanitaria transfrontaliera, riguardante l'interpretazione del regolamento n. 883 del 2004 e del precedente regolamento n. 1408 del 1971, nonché di colmare le lacune di questi ultimi (sui rapporti tra la direttiva ed il regolamento menzionati, cfr. G. DI FEDERICO, S. NEGRI, *Unione europea e salute. Principi, azioni, diritti e sicurezza*, Milano, 2019, spec. pp. 212-215; G. DI FEDERICO, *La direttiva 2011/24/UE e l'accesso alle prestazioni mediche nell'Unione europea*, in *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, 2012, pp. 683-703).

La detta complementarietà emerge in diverse norme di richiamo presenti nella direttiva, la quale, già al considerando n. 29, specifica che «è opportuno esigere che anche i pazienti che si recano in un altro Stato membro per ricevere cure sanitarie in circostanze diverse da quelle previste nel regolamento (CE) n. 883/2004 possano beneficiare dei principi della libera circolazione dei pazienti, dei servizi o delle merci conformemente al TFUE e alla presente direttiva» (in dottrina, tale approccio è stato peraltro oggetto di osservazioni critiche, affermando che «[the directive] is essentially limited to clarifying the system of the free movement of patients in Europe, which was created primarily on the basis of internal market law, through the free provision of services, not on that of EU competence in public health». Così, S. DE LA ROSA, *The Directive on Cross-Border Healthcare or the Art of Codifying Complex Case Law*, in *Common Market Law Review*, 2012, p. 16).

Tuttavia, sebbene l'ambito di applicazione dei due strumenti tenda a coincidere, questi presentano sostanziali differenze, a partire dagli obiettivi che si prefiggono di raggiungere. Invero, mentre il regolamento è stato adottato con l'intento di rendere effettiva la libera circolazione delle persone, evitando discriminazioni rispetto agli affiliati nello Stato membro di cura, la direttiva è volta ad agevolare l'accesso a un'assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità e a promuovere la cooperazione tra gli Stati membri in materia di assistenza sanitaria, nel pieno rispetto delle competenze nazionali relative all'organizzazione e alla prestazione di tale assistenza.

Tale distinzione si riflette anche sulla scelta delle differenti basi giuridiche utilizzate per la loro adozione. Il regolamento, infatti, trova il proprio fondamento nell'attuale art. 48 TFUE, oltre che nella clausola di flessibilità *ex art.* 352 TFUE. La direttiva, invece, ha come doppia base giuridica gli artt. 114 e 168 TFUE.

L'inquadramento della direttiva nell'ambito anche dell'art. 168 TFUE ha il pregio di ricollegare l'assistenza sanitaria transfrontaliera al diritto alla salute, visto che tale norma, al par. 1, richiamando quanto disposto all'art. 35 della Carta e all'art. 9 TFUE, stabilisce che nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana. Allo stesso tempo, però, come rilevato in dottrina, il rinvio all'art. 168 TFUE mira anche a salvaguardare l'autonomia regolamentare degli Stati membri, tenuto conto che tale disposizione, al par. 7, stabilisce che l'azione dell'Unione rispetta le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica (G. DI FEDERICO, *La direttiva 2011/24/UE*, cit., p. 694).

Cfr. anche S. DE LA ROSA, *The Directive on Cross-Border Healthcare*, cit., pp. 27-28, dove si afferma che la duplice base giuridica della direttiva «also explains the rather shaky final text, which recognizes rights benefiting patients, yet preserves the competence of State as much as possible»).

A tal riguardo, vale la pena di sottolineare che, anche in assenza di un esplicito richiamo dell'art. 168, la direttiva avrebbe dovuto essere applicata ugualmente nell'ottica di garantire un livello elevato di protezione della salute, visto che quest'ultimo costituisce un obiettivo di interesse generale, di cui si deve tener conto in tutte le politiche, interne ed esterne, dell'Unione, volto a trovare un giusto equilibrio tra la dimensione economica del processo di integrazione europea e le esigenze di natura sociale, compresa la tutela della salute umana.

Tralasciando, però, la questione relativa alla base giuridica, il regolamento e la direttiva contengono sostanziali differenze in termini di regolamentazione dell'accesso all'assistenza sanitaria transnazionale.

In primo luogo, i due sistemi divergono per quanto concerne il requisito del previo rilascio di un'autorizzazione a ricevere cure mediche in uno Stato membro diverso da quello di affiliazione. A tal riguardo, il regolamento n. 883 del 2004, all'art. 20, stabilisce che, per le cure programmate, la persona assicurata che intenda trasferirsi in un altro Stato membro per ricevervi prestazioni in natura nel corso della dimora, deve chiedere un'autorizzazione all'istituzione competente, che è concessa qualora le cure di cui si tratta figurino tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro in cui risiede l'interessato e se le cure in questione non possono essergli praticate entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dell'attuale stato di salute dello stesso e della probabile evoluzione della sua malattia. Nell'ambito del regolamento, quindi, la autorizzazione preventiva costituisce la regola.

Su tale aspetto, però, la Corte di giustizia, pur distinguendo tra le cure ospedaliere e quelle non ospedaliere, ha adottato un approccio interpretativo di carattere estensivo, ritenendo che l'adozione di requisiti troppo rigidi possa scoraggiare, o addirittura trattenere, 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 (in tal senso, cfr., soprattutto, Sentenza della Corte del 12 luglio 2001, causa [C-157/99](#), *B.S.M. Smits c. Stichting Ziekenfonds VGZ e H.T.M. Peerbooms c. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*, ECLI:EU:C:2001:404; Sentenza della Corte del 16 maggio 2006, causa [C-372/04](#), *The Queen, su richiesta di Yvonne Watts c. Bedford Primary Care Trust e Secretary of State for Health*, ECLI:EU:C:2006:325).

In termini generali, quindi, la Corte ha statuito che, benché il diritto dell'Unione non osti in linea di principio a un sistema di autorizzazione preventiva, è nondimeno necessario, da un lato, che le condizioni dettate per il rilascio di una siffatta autorizzazione siano giustificate alla luce dell'obiettivo di garantire, nel territorio dello Stato membro interessato, la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure ospedaliere di qualità, di garantire un controllo dei costi ed evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane. Dall'altro, è necessario che dette condizioni non eccedano quanto oggettivamente necessario a tal fine e che il medesimo risultato non possa essere conseguito con norme meno vincolanti. Pertanto, un siffatto sistema dev'essere fondato su criteri oggettivi, non discriminatori e noti in anticipo, in modo da circoscrivere l'esercizio del potere

discrezionale delle autorità nazionali affinché esso non sia usato in modo arbitrario» (Sentenza della Corte del 5 ottobre 2010, causa [C-173/09](#), *Georgi Ivanov Elchinov c. Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa*, ECLI:EU:C:2010:581).

Nel tener conto della giurisprudenza della Corte e superando, tra l'altro, la distinzione tra cure ospedaliere e non ospedaliere, talvolta operata dal giudice dell'Unione, la direttiva n. 24 del 2011 non impone l'autorizzazione preventiva come regola, ma si limita a stabilire, all'art. 8, che lo Stato membro di affiliazione, solo per alcune specifiche forme di assistenza sanitaria, può prevedere un sistema di autorizzazione preventiva per il rimborso dei costi dell'assistenza transfrontaliera, che, però, deve essere limitato a quanto necessario e proporzionato all'obiettivo da raggiungere e non può costituire un mezzo di discriminazione arbitraria o un ostacolo ingiustificato alla libera circolazione dei pazienti. Inoltre, la medesima disposizione stabilisce che la detta autorizzazione non possa essere rifiutata qualora l'assistenza sanitaria necessaria non possa essere prestata nello Stato membro di affiliazione entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, sulla base di una valutazione medica oggettiva dello stato di salute del paziente, dell'anamnesi e del probabile decorso della sua malattia, dell'intensità del dolore e/o della natura della sua disabilità al momento in cui la richiesta di autorizzazione è stata effettuata o rinnovata.

Altra differenza sostanziale tra il regolamento e la direttiva è poi quella relativa al metodo e la portata del rimborso. Ai sensi del primo, le spese mediche affrontate dal singolo sono interamente a carico dello Stato di affiliazione, secondo le tariffe e la legislazione dello Stato di cura. Il paziente, quindi, non deve anticipare le somme necessarie, poiché queste sono interamente corrisposte, in forma diretta, dallo Stato di affiliazione allo Stato di cura. Secondo la direttiva, invece, il paziente anticipa i costi dell'assistenza sanitaria, autorizzata nei casi previsti, e successivamente richiede il rimborso al servizio sanitario cui è affiliato. Il rimborso per le prestazioni, tra l'altro, non è integrale, ma è pari al costo che il servizio sanitario di appartenenza avrebbe sostenuto se le cure fossero state erogate nello Stato membro di affiliazione, senza superare il costo totale della cura.

Nel caso in esame, è proprio sulla distinzione tra la disciplina prevista dalla direttiva e quella di cui al regolamento che la Corte ha sviluppato le proprie argomentazioni.

In risposta ai quesiti posti dalla Corte suprema lettone, il giudice dell'Unione, innanzitutto, ha rilevato che il ricorrente aveva chiesto l'autorizzazione a far operare il proprio figlio in un altro Stato membro ai sensi del regolamento n. 883 del 2004 e non della direttiva n. 24 del 2011. Di conseguenza, si è focalizzato, per primo, sull'esame di tale strumento.

A tal riguardo, dopo aver ricordato che, che «l'autorizzazione richiesta non può essere negata ove un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia non possa essere ottenuto in tempo utile nello Stato membro di affiliazione», la Corte ha ribadito che, al fine di valutare se esista un siffatto trattamento, «l'istituzione competente è tenuta a prendere in considerazione l'insieme delle circostanze che contraddistinguono 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, ma anche i suoi antecedenti» (Sentenza della Corte, Seconda Sezione, del 29 ottobre 2020, [causa C-243/19](#), punti 28-29). In altri termini, a giudizio della Corte, il regime di autorizzazione preventiva previsto all'articolo 20 del regolamento n. 883 del 2004 si basa su una valutazione medica oggettiva, che

prende in considerazione solo il quadro clinico del paziente e non pure le sue scelte personali in materia di cure mediche, anche quando queste sono influenzate dalla fede religiosa professata.

Nel caso di specie, quindi, la Corte ha constatato che l'operazione necessaria al figlio del ricorrente poteva essere effettuata in Lettonia mediante una trasfusione di sangue e non esisteva, sotto il profilo medico, alcun motivo che giustificasse di ricorrere a un altro metodo di cura. Difatti, il ricorrente nel procedimento auspicava che l'intervento avvenisse senza trasfusione, il che non era possibile in Lettonia, per il solo motivo che le sue convinzioni religiose non ammettevano la pratica delle trasfusioni.

Ciò detto, visto che nel decidere sul rilascio dell'autorizzazione all'assistenza sanitaria transfrontaliera gli Stati membri attuano il diritto dell'Unione, ai sensi dell'art. 51, par. 1 della Carta, la Corte ha esaminato la questione anche alla luce di quest'ultima. Segnatamente, ha valutato la conformità del diniego posto dalle autorità lettoni con l'obbligo di non discriminazione, secondo il quale situazioni analoghe non devono essere trattate in maniera diversa e situazioni diverse non devono essere trattate in maniera uguale, salvo che una differenza di trattamento non sia giustificata sulla base di criteri obiettivi e ragionevoli, vale a dire qualora essa sia rapportata a un legittimo scopo perseguito dalla normativa in questione e tale differenza sia proporzionata allo scopo perseguito dal trattamento di cui si discute.

Su questo punto, la Corte è giunta alla conclusione che, sebbene il rifiuto di concedere al ricorrente nel procedimento *a quo* l'autorizzazione preventiva prevista dall'articolo 20, par. 1, del regolamento n. 883 del 2004 instaurasse una differenza di trattamento indirettamente fondata sulla religione, tale differente trattamento dovesse considerarsi fondata su un criterio obiettivo e ragionevole. Difatti, la Corte ha considerato «che il numero delle 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 essere oggetto di una pianificazione, la quale risponda, in linea di massima, a diverse esigenze. Da un lato, tale pianificazione persegue l'obiettivo di garantire nel territorio dello Stato membro interessato la possibilità di un accesso sufficiente e permanente a una gamma equilibrata di cure ospedaliere di qualità. Dall'altro lato, essa è strumentale alla volontà di controllare le spese e di evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane [...] Di conseguenza, non si può escludere che un rischio di grave alterazione dell'equilibrio finanziario del sistema di previdenza sociale possa costituire un obiettivo legittimo idoneo a giustificare una differenza di trattamento fondata sulla religione» (Sentenza della Corte, Seconda Sezione, del 29 ottobre 2020, [causa C-243/19](#), punti 46-47).

Sulla base di tali argomentazioni, la Corte ha stabilito che «l'assenza di un regime di autorizzazione preventiva incentrato su criteri esclusivamente medici, lo Stato membro di affiliazione sarebbe esposto a un onere finanziario aggiuntivo che sarebbe difficilmente prevedibile e idoneo a comportare un rischio per la stabilità finanziaria del suo sistema di assicurazione malattia» (*Ibidem*, punto 54), concludendo, pertanto, che «l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, letto alla luce dell'articolo 21, paragrafo 1, della Carta, deve essere interpretato nel senso che esso non osta a che lo Stato membro di residenza dell'assicurato rifiuti di concedere a quest'ultimo l'autorizzazione prevista dall'articolo 20, paragrafo 1, di tale regolamento qualora, in tale Stato membro, siano

disponibili cure ospedaliere la cui efficacia clinica non è in discussione, ma le convinzioni religiose di tale assicurato siano contrarie al metodo di cura utilizzato» (*Ibidem*, punto 56).

Evidentemente, la decisione della Corte tiene conto del fatto che, ai sensi del regolamento n. 883 del 2004, lo Stato di affiliazione paga le somministrazioni sanitarie per intero, secondo la legislazione dello Stato di cura. Difatti, se i criteri per il rilascio dell'autorizzazione fossero troppo flessibili e non tenessero conto solo degli aspetti medici, si potrebbe verificare un "esodo" di pazienti verso altri Stati membri dove le stesse cure hanno prezzi più sostenuti, comportando, così, un onere finanziario eccessivo per lo Stato di affiliazione.

È proprio alla luce di tale ragione che, a giudizio della Corte, la controversia avrebbe potuto risolversi in termini differenti se il ricorrente nel procedimento principale avesse chiesto il rimborso delle spese ai sensi della direttiva n. 24 del 2011, piuttosto che del regolamento n. 883 del 2004.

I giudici della seconda sezione hanno, infatti, rilevato che «il rimborso previsto dall'articolo 7 della direttiva 2011/24 può essere sottoposto a un doppio limite. Da un lato, è calcolato sulla base delle tariffe applicabili all'assistenza sanitaria nello Stato membro di affiliazione. Dall'altro, se il livello dei costi dell'assistenza sanitaria prestata nello Stato membro ospitante è inferiore a quello dell'assistenza sanitaria prestata nello Stato membro di affiliazione, tale rimborso non supera il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta». Pertanto, ne consegue che «nell'ambito della direttiva 2011/24 e a differenza delle situazioni disciplinate dal regolamento n. 883/2004, lo Stato membro di affiliazione non sarà, in linea di principio, esposto a un onere finanziario aggiuntivo nel caso di un'assistenza transfrontaliera» (*Ibidem*, punti 74 e 77).

La Corte, quindi, è giunta alla conclusione che «alla luce di quanto precede, occorre rispondere alla seconda questione dichiarando che l'articolo 8, paragrafo 5 e paragrafo 6, lettera d), della direttiva 2011/24, letto alla luce dell'articolo 21, paragrafo 1, della Carta, deve essere interpretato nel senso che esso osta a che lo Stato membro di affiliazione di un paziente rifiuti di concedere a quest'ultimo l'autorizzazione prevista dall'articolo 8, paragrafo 1, di tale direttiva qualora, in tale Stato membro, siano disponibili cure ospedaliere la cui efficacia clinica non è in discussione, ma le convinzioni religiose di tale paziente siano contrarie al metodo di cura utilizzato, a meno che tale rifiuto sia obiettivamente giustificato da uno scopo legittimo di mantenimento delle strutture sanitarie o delle competenze mediche, e costituisca un mezzo adeguato e necessario per raggiungere tale scopo, circostanza che spetta al giudice del rinvio verificare». (*Ibidem*, punto 85).

Da quanto detto, emerge come il rifiuto da parte dello Stato membro di affiliazione di un paziente di concedere un'autorizzazione preventiva per il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, qualora siano disponibili cure ospedaliere efficaci in tale Stato, ma le convinzioni religiose dell'affiliato siano contrarie al metodo di cura utilizzato, determini una differenza di trattamento indirettamente fondata sulla religione. Tuttavia, tale differenza di trattamento può ritenersi giustificata dal fine di tutelare gli interessi finanziari degli Stati.

A tal riguardo, sembra che nella pronuncia in esame la Corte abbia preso in considerazione esclusivamente gli interessi finanziari degli Stati membri, mentre avrebbe potuto adottare un approccio più estensivo, proprio al fine di tenere nel dovuto conto il contesto all'interno del quale si colloca la controversia *a quo*.

Come correttamente rilevato in dottrina, infatti, la mobilità delle persone che richiedono assistenza sanitaria transfrontaliera, lungi dall'essere un fenomeno meramente economico, si pone nel contesto della rinnovata attenzione alle esigenze sociali dei suoi cittadini (così M. INGLESE, *Le prestazioni sanitarie transfrontaliere e la tutela della salute*, in *Diritto comunitario e degli scambi internazionali*, 2012, p. 111). Tra l'altro, in questo caso, gli aspetti legati alla tutela della salute si intrecciano con altri diritti individuali, quali quelli discendenti dall'obbligo di non discriminazione e dalla libertà di pensiero, di coscienza e di religione.

Partendo da questo assunto, potrebbe, quindi, ritenersi che una lettura del regolamento alla luce degli obiettivi orizzontali previsti dalle norme dei trattati in materia di tutela della salute, avrebbe potuto portare ad una differente interpretazione dell'art. 20 del regolamento n. 883 del 2004. D'altronde, già con la sentenza *Kobll*, la Corte aveva stabilito che «l'art. 22 del regolamento 1408 del 1971, interpretato alla luce della sua finalità, non è inteso a disciplinare – e quindi non impedisce affatto – il rimborso da parte degli Stati membri, in base alle tariffe in vigore nello Stato competente, delle spese sostenute in occasione di cure fornite in un altro Stato membro, anche in mancanza di un'autorizzazione previa» (Sentenza della Corte, Prima Sezione, dell'11 luglio 1980, [causa 137/79](#), *Jean Kobll c. Commissione delle Comunità europee*, ECLI:EU:C:1980:200, punto 27). Allo stesso modo, nel caso in esame, la Corte avrebbe potuto concludere che, la disposizione attualmente trasposta nell'art. 20 del regolamento n. 883 del 2004, interpretato alla luce delle sue finalità, tra cui quelle legate alla tutela della salute o di natura sociale, non impedisca il rimborso in base alle tariffe dello Stato competente, in modo da evitare a quest'ultimo oneri finanziari. In tal senso, vale la pena ribadire che, sebbene il detto regolamento non sia stato adottato ai sensi dell'art. 168 TFUE, gli obblighi di natura orizzontale previsti in tale norma, al pari di quelli di cui all'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali e all'art. 9 TFUE, si applicano a tutte le politiche dell'Unione.

Una simile interpretazione, tra l'altro, avrebbe favorito un maggior coordinamento tra il regolamento n. 883 del 2004 e la direttiva n. 24 del 2011, esaltandone la complementarità.

Rispetto a quest'ultimo punto, è opportuno svolgere qualche ulteriore riflessione. Nella sentenza in esame, difatti, sembra che i due strumenti assumano una natura alternativa, mentre, come più volte sottolineato, essi si completano a vicenda. Tale carattere complementare, che la lettura della direttiva conferma, deve essere preso in debita considerazione in fase interpretativa.

Ciò significa che, nei casi in cui non si possa rilasciare un'autorizzazione ai sensi dell'art. 20 del regolamento n. 883 del 2004, non dovrebbe escludersi un rimborso, anche senza previa autorizzazione, secondo il sistema tariffario dello Stato di affiliazione, sul modello della disciplina di cui all'art. 8 della direttiva.

Una simile possibilità, tra l'altro, non sembra esclusa dal giudice dell'Unione, il quale, però, ha affermato: «è al giudice del rinvio che spetterà stabilire se il ricorrente nel procedimento principale potesse aver chiesto l'autorizzazione preventiva del trattamento di cui trattasi conformemente alle disposizioni nazionali che recepiscono l'articolo 8 della direttiva 2011/24 e se una domanda di rimborso successiva debba essere considerata come presentata oltre i termini previsti dal diritto nazionale. In tale contesto, si deve considerare che una siffatta domanda riguardante un rimborso nei limiti previsti dall'articolo 7 di tale direttiva è, implicitamente ma necessariamente, contenuta in una

domanda di rimborso integrale ai sensi del regolamento n. 883/2004» (Sentenza della Corte, Seconda Sezione, del 29 ottobre 2020, [causa C-243/19](#), punto 63).

Infine, sempre in tema di coordinamento tra i due sistemi, nell'ottica di valorizzarne la complementarità, è certamente necessario rafforzare il sistema di informazione, rispetto al quale la direttiva prevede una disciplina ben più dettagliata rispetto a quella che risulta dal regolamento. In particolare, la direttiva, oltre ad affermare che un'informazione adeguata su tutti gli aspetti essenziali dell'assistenza sanitaria transfrontaliera è necessaria affinché i pazienti possano concretamente esercitare i loro diritti in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera, stabilisce che lo Stato membro di affiliazione mette a disposizione del pubblico le informazioni sull'assistenza sanitaria soggetta ad autorizzazione preventiva ai fini della direttiva stessa nonché tutte le informazioni pertinenti sul sistema di autorizzazione preventiva.

Tenuto conto, quindi, del carattere complementare dei due strumenti, è lecito ritenere che, al momento della richiesta di autorizzazione ai sensi del regolamento, l'interessato debba essere messo debitamente a conoscenza della differenza tra i due meccanismi, in modo da valutare attraverso quale dei due sia più opportuno accedere all'assistenza transfrontaliera.

FRANCESCO BATTAGLIA