

SENTENZA DELLA CORTE

12 luglio 2001 *

Nel procedimento C-368/98,

avente ad oggetto la domanda di pronuncia pregiudiziale proposta alla Corte, a norma dell'art. 177 del Trattato CE (divenuto art. 234 CE), dalla Cour du travail de Mons (Belgio) nella causa dinanzi ad essa pendente tra

Abdon Vanbraeckel e altri

e

Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC),

domanda vertente sull'interpretazione degli artt. 22 e 36 del regolamento (CEE) del Consiglio 14 giugno 1971, n. 1408, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, nella versione modificata e aggiornata dal regolamento (CEE) del Consiglio 2 giugno 1983, n. 2001 (GU L 230, pag. 6), nonché dell'art. 59 del Trattato CE (divenuto, in seguito a modifica, art. 49 CE),

* Lingua processuale: il francese.

LA CORTE,

composta dai sigg. G.C. Rodríguez Iglesias, presidente, C. Gulmann, A. La Pergola (relatore), M. Wathelet e V. Skouris, presidenti di sezione, D.A.O. Edward, J.-P. Puissochet, P. Jann, L. Sevón, R. Schintgen e dalla sig.ra F. Macken, giudici,

avvocato generale: A. Saggio
cancelliere: H.A. Rühl, amministratore principale

viste le osservazioni scritte presentate:

- per il governo belga, dal sig. J. Devadder, in qualità di agente;
- per il governo tedesco, dai sigg. W.-D. Plessing e C.-D. Quassowski, in qualità di agenti;
- per il governo spagnolo, dalla sig.ra R. Silva de Lapuerta, in qualità di agente;
- per il governo francese, dalle sig.re K. Rispal-Bellanger e A. de Bourgoing, in qualità di agenti;
- per il governo irlandese, dal sig. M. A. Buckley, in qualità di agente;

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

- per il governo austriaco, dalla sig.ra C. Pesendorfer, in qualità di agente;

- per il governo finlandese, dalla sig.ra T. Pynnä, in qualità di agente;

- per il governo del Regno Unito, dal sig. J. E. Collins, in qualità di agente, assistito dalla sig.ra S. Moore, barrister;

- per la Commissione delle Comunità europee, dal sig. P. Hillenkamp e dalla sig.ra H. Michard, in qualità di agenti,

vista la relazione d'udienza,

sentite le osservazioni orali del governo belga, rappresentato dalla sig.ra A. Snoecx, in qualità di agente, del governo danese, rappresentato dal sig. J. Molde, in qualità di agente, del governo tedesco, rappresentato dal sig. W.-D. Plessing, del governo spagnolo, rappresentato dalla sig.ra R. Silva de Lapuerta, del governo francese, rappresentato dalla sig.ra C. Bergeot, in qualità di agente, del governo irlandese, rappresentato dal sig. B. Lenihan, SC, e dalla sig.ra N. Hyland, BL, del governo olandese, rappresentato dal sig. M.A. Fierstra, del governo austriaco, rappresentato dalla sig.ra C. Pesendorfer, del governo finlandese, rappresentato dalla sig.ra T. Pynnä, del governo svedese, rappresentato dal sig. A. Kruse, in qualità di agente, del governo del Regno Unito, rappresentato dalla sig.ra S. Moore, e della Commissione, rappresentata dalla sig.ra H. Michard, all'udienza del 22 febbraio 2000,

sentite le conclusioni dell'avvocato generale, presentate all'udienza del 18 maggio 2000,

ha pronunciato la seguente

Sentenza

- 1 Con sentenza 9 ottobre 1998, pervenuta alla Corte il 16 ottobre successivo, la Cour du travail de Mons ha sottoposto, a norma dell'art. 177 del Trattato CE (divenuto art. 234 CE), una questione pregiudiziale vertente sull'interpretazione degli artt. 22 e 36 del regolamento (CEE) del Consiglio 14 giugno 1971, n. 1408, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, nella versione modificata e aggiornata dal regolamento (CEE) del Consiglio 2 giugno 1983, n. 2001 (GU L 230, pag. 6; in prosieguo: il «regolamento n. 1408/71»), nonché dell'art. 59 del Trattato CE (divenuto, in seguito a modifica, art. 49 CE).

- 2 Tale questione è stata sollevata nell'ambito di una controversia tra il sig. Vanbraekel e i suoi sei figli, in qualità di eredi della sig.ra Descamps, da una parte, e l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (in prosieguo: l'«ANMC»), dall'altra, a proposito del diniego da parte di quest'ultima di procedere al rimborso delle spese di ricovero ospedaliero sostenute dalla sig.ra Descamps in relazione ad un intervento di chirurgia ortopedica subito in un ospedale situato in Francia.

Contesto normativo

La normativa comunitaria

3 L'art. 22, n. 1, del regolamento n. 1408/71 recita:

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

a) il cui stato di salute necessita di prestazioni immediate durante la dimora nel territorio di un altro Stato membro, oppure

b) (...) oppure

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

ha diritto:

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

- ii) alle prestazioni in denaro erogate dall'istituzione competente secondo le disposizioni della legislazione che essa applica. Tuttavia, previo accordo tra l'istituzione competente e l'istituzione del luogo di dimora o di residenza, le prestazioni possono essere erogate anche da quest'ultima istituzione per conto della prima, secondo le disposizioni della legislazione dello Stato competente».

4 L'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71 recita:

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

- 5 La sezione 7 del titolo III, capitolo 1, del regolamento n. 1408/71, intitolata «Rimborsi tra istituzioni», comprende l'art. 36 che è formulato come segue:

«1. Le prestazioni in natura erogate dall'istituzione di uno Stato membro per conto dell'istituzione di un altro Stato membro, in base alle disposizioni del presente capitolo, danno luogo a rimborso integrale, fatte salve le disposizioni dell'articolo 32.

2. I rimborsi di cui al paragrafo 1 sono determinati ed effettuati secondo le modalità stabilite dal regolamento di applicazione di cui all'articolo 98 o previa giustificazione delle spese effettivamente sostenute oppure su base forfettaria.

In quest'ultimo caso gli importi devono essere tali da assicurare un rimborso che s'avvicini il più possibile alle spese effettive.

3. Due o più Stati membri o le autorità competenti di questi Stati possono prevedere altre modalità di rimborso oppure rinunciare ad ogni rimborso fra le istituzioni rientranti nella loro sfera di competenza».

Il contesto normativo nazionale

- 6 L'art. 76 quater, n. 1, della legge 9 agosto 1963, che istituisce ed organizza un regime di assicurazione obbligatoria contro la malattia e l'invalidità (in prosieguo: la «legge 9 agosto 1963»), prevedeva, al tempo dei fatti della causa principale:

«Salvo eccezioni previste dal Re, le prestazioni contemplate dalla presente legge non vengono corrisposte quando il beneficiario non si trovi effettivamente sul territorio belga al momento della richiesta delle prestazioni stesse ovvero quando le prestazioni di malattia siano state erogate fuori dal territorio nazionale».

- 7 L'art. 221, n. 1, del regio decreto 4 novembre 1963, recante esecuzione della legge 9 agosto 1963, dispone:

«Le prestazioni sanitarie erogate all'estero sono concesse:

(...)

2° — al beneficiario, qualora la sua guarigione richieda un ricovero ospedaliero che possa essere effettuato in condizioni sanitarie più favorevoli all'estero e che sia previamente considerato indispensabile da parte del medico curante».

- 8 Tuttavia il governo belga fa presente nelle sue osservazioni scritte che le domande di autorizzazione a ricevere cure in un altro Stato membro sono ormai esaminate sulla base dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71 e non più sulla base della citata normativa belga.
- 9 Così, da direttive ministeriali riportate nella circolare dell'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) 4 febbraio 1983, n. 83/54-80/54, risulterebbe che la normativa belga non si applica più qualora la situazione considerata sia disciplinata dalla normativa comunitaria.
- 10 La circolare ministeriale 18 giugno 1971, O.A. n. 81/215-80/51, prevede quanto segue a proposito del rilascio del formulario E 112, previsto dal regolamento (CEE) del Consiglio 21 marzo 1972, n. 574, che stabilisce le modalità d'applicazione del regolamento n. 1408/71 (GU L 74, pag. 1), e, pertanto, del rimborso di prestazioni mediche fornite in un altro Stato membro:

«I. Quanto all'applicazione dell'articolo 22 del regolamento n. 1408/71, occorre basarsi sui seguenti principi:

- 1) l'autorizzazione a ricevere cure all'estero non può essere concessa quando lo stesso trattamento, sul piano della tecnica medica, può essere eseguito anche in Belgio;
- 2) quando l'autorizzazione a ricevere cure all'estero è concessa in casi del tutto eccezionali, cioè quando il trattamento non può essere praticato in Belgio, il consulente medico deve indicare chiaramente la struttura sanitaria e/o il medico specialista nonché il periodo di trattamento previsto;

- 3) fatto salvo il punto 2), le prestazioni che non sono coperte dall'assicurazione belga non possono essere fornite all'estero, vale a dire che il modulo E 112 non può essere rilasciato per prestazioni non rimborsabili in Belgio da parte dell'assicurazione obbligatoria malattia-invalidità (restrizione assoluta).

(...)».

Controversia nella causa principale e questione pregiudiziale

- 11 Sofferente di un'artrosi deformante bilaterale del ginocchio, la sig.ra Descamps, cittadina belga residente in Belgio e iscritta all'ANMC, chiedeva a quest'ultima, nel febbraio 1990, l'autorizzazione a sottoporsi in Francia, a carico dell'ANMC, ad un intervento di chirurgia ortopedica.
- 12 Tale autorizzazione veniva rifiutata per il fatto che la domanda era insufficientemente motivata in quanto la sig.ra Descamps non aveva prodotto il parere di un medico che esercitasse la professione in una struttura universitaria nazionale.
- 13 Essendosi sottoposta al detto intervento in Francia nell'aprile 1990 malgrado tale mancanza di autorizzazione, la sig.ra Descamps citava in giudizio dinanzi al Tribunal du travail de Tournai (Belgio) l'ANMC per ottenere il rimborso del costo di tali cure mediche.
- 14 Con sentenza 10 dicembre 1991 il Tribunal du travail de Tournai respingeva tale ricorso. Esso considerava che la decisione di diniego di autorizzazione adottata dall'ANMC era fondata, in particolare per il fatto che la sig.ra Descamps «non

aveva dimostrato, producendo almeno il parere di un professore d'università belga, che l'intervento praticato in Francia si fosse svolto in condizioni sanitarie più favorevoli rispetto a quelle in cui avrebbe potuto essere praticato in Belgio».

- 15 Investita dell'appello interposto avverso tale decisione dalla sig.ra Descamps, la Cour du Travail de Mons dichiarava, con sentenza interlocutoria 8 ottobre 1993, che la richiesta, ammessa dal Tribunal du travail de Tournai, di un parere proveniente da un professore d'università belga ai fini dell'autorizzazione era sproporzionata. Nella stessa sentenza la Cour du travail de Mons incaricava un perito di accertare se per la guarigione della sig.ra Descamps si fosse reso necessario, nel marzo 1990, un ricovero ospedaliero che potesse essere effettuato in condizioni sanitarie più favorevoli all'estero rispetto al Belgio.

- 16 Secondo le conclusioni della relazione peritale depositata il 29 dicembre 1994, «per la guarigione della sig.ra Descamps Jeanne era necessario, nel marzo 1990, un ricovero ospedaliero che poteva avvenire in condizioni sanitarie più favorevoli all'estero (intervento chirurgico del Dr. Cartier di Parigi, art. 221, n. 1, del regio decreto 4 novembre 1963)».

- 17 Dalle conclusioni presentate dinanzi alla Cour du travail de Mons in seguito al deposito della relazione peritale risulta che, nelle circostanze della fattispecie di cui alla causa principale, il rimborso delle spese mediche sostenute dalla sig.ra Descamps ammontava alla somma di FRF 38 608,89 prendendo in considerazione i coefficienti di rimborso previsti dalla normativa francese e ad un importo di FRF 49 935,44 in caso di applicazione di quelli previsti dalla normativa belga.

- 18 La sig.ra Descamps decedeva nel corso del giudizio, il 10 agosto 1996. I suoi eredi, cioè il marito, sig. Vanbraekel, e i suoi sei figli, riassumevano la causa.

- 19 Alla luce della relazione del perito d'ufficio, la Cour du travail de Mons asseriva che l'ANMC sarebbe stata condannata a prendere a proprio carico le spese relative alla degenza in ospedale della sig.ra Descamps «conformemente all'art. 22 del regolamento n. 1408/71 e agli artt. 59 e 60 del Trattato». Avendo precisato che l'unica questione da dirimere verteva sull'importo di tale spesa a carico, la Cour du travail de Mons decideva di sospendere il giudizio e di proporre alla Corte la seguente questione pregiudiziale:

«Qualora, nell'ambito di una controversia dinanzi ad esso pendente, il giudice nazionale abbia riconosciuto la necessità di un ricovero ospedaliero in uno Stato membro diverso da quello dell'istituzione competente e l'autorizzazione previa di cui all'art. 22 del regolamento n. 1408/71 sia stata negata:

- a) se il rimborso delle spese relative al ricovero ospedaliero vada effettuato secondo il regime dello Stato dell'istituzione competente o secondo quello dello Stato nel cui territorio ha luogo detto ricovero;
- b) se sia lecita, ai sensi dell'art. 36 del regolamento n. 1408/71, una limitazione dell'importo del rimborso, limitazione prevista dalla legge dello Stato dell'istituzione competente, mentre la suddetta norma prevede un rimborso integrale».

Sulla ricevibilità

- 20 Secondo i governi irlandese, olandese e del Regno Unito, dalla sentenza di rinvio non risultano in maniera precisa i motivi per i quali il giudice nazionale ha bisogno di un'interpretazione del diritto comunitario per dirimere la controversia ed essa non contiene elementi di diritto e di fatto sufficienti a consentire agli Stati

membri di esercitare in modo efficace il loro diritto di presentare osservazioni scritte dinanzi alla Corte.

- 21 Occorre ricordare a tale proposito che da una giurisprudenza costante risulta invero che l'esigenza di giungere ad una interpretazione del diritto comunitario utile per il giudice nazionale impone a quest'ultimo di definire l'ambito di fatto e di diritto in cui si inseriscono le questioni sollevate o almeno di spiegare le ipotesi di fatto su cui tali questioni sono basate (v., in particolare, sentenza 26 gennaio 1993, cause riunite da C-320/90 a C-322/90, Telemarsicabruzzo e a., Racc. pag. I-393, punto 6; ordinanze 19 marzo 1993, causa C-157/92, Banchemo, Racc. pag. I-1085, punto 4; 30 aprile 1998, cause riunite C-128/97 e C-137/97, Testa e Modesti, Racc. pag. I-2181, punto 5, e 28 giugno 2000, causa C-116/00, Laguillaumie, Racc. pag. I-4979, punto 15). La Corte ha altresì ripetutamente sottolineato che è importante che il giudice del rinvio indichi le ragioni precise che lo hanno indotto ad interrogarsi sull'interpretazione del diritto comunitario ed a ritenere necessaria una pronuncia pregiudiziale della Corte (v., in particolare, ordinanze 25 giugno 1996, causa C-101/96, Italia Testa, Racc. pag. I-3081, punto 6; Testa e Modesti, citata, punto 15, e Laguillaumie, citata, punto 16).
- 22 Tuttavia è giocoforza constatare che, nella causa in esame, il giudice del rinvio non ha ignorato siffatte esigenze.
- 23 Occorre infatti osservare che la sentenza di rinvio contiene l'indicazione delle disposizioni nazionali applicabili ed una descrizione dei fatti che, sebbene succinta, è sufficiente per consentire alla Corte di statuire.
- 24 D'altronde, come è stato precedentemente osservato, il giudice del rinvio ha già dichiarato che, nelle circostanze della fattispecie di cui alla causa principale, le condizioni cui il diritto comunitario subordina l'esistenza di un diritto al rimborso di cure ricevute in uno Stato membro diverso da quello di iscrizione

erano effettivamente soddisfatte. Come sottolineato nella sentenza di rinvio, la domanda di interpretazione proposta alla Corte è diretta esclusivamente a determinare l'importo del rimborso da effettuare e, segnatamente, se sia necessario, a tale proposito, applicare il regime in vigore nello Stato membro di iscrizione o quello che risulta dalla normativa dello Stato membro sul cui territorio le cure sono state erogate.

- 25 Alla luce di quanto sopra, occorre appunto esaminare la questione sollevata dal giudice del rinvio.

Sulla prima parte della questione pregiudiziale

- 26 Con la prima parte della sua questione il giudice del rinvio chiede in sostanza se, qualora una persona che ha presentato una domanda di autorizzazione sulla base dell'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71 abbia ricevuto un diniego da parte dell'istituzione competente e il carattere infondato di siffatto diniego sia successivamente dimostrato, il rimborso delle cure mediche da parte dell'istituzione competente debba essere disciplinato dalle norme di presa a carico in vigore nello Stato membro di iscrizione o da quelle risultanti dalla normativa dello Stato membro sul cui territorio le cure sono state erogate.
- 27 Per risolvere tale questione, occorre, in via preliminare, osservare che, sebbene il giudice nazionale non lo precisi, le disposizioni comunitarie la cui interpretazione appare pertinente ai fini della soluzione della questione sollevata sono, da una parte, l'art. 22, n. 1, lett. c) e i), del regolamento n. 1408/71 e, dall'altra, l'art. 59 del Trattato.

- 28 Come è stato precedentemente osservato, il giudice del rinvio precisa del resto esso stesso di aver dichiarato che le spese mediche controverse nella causa principale devono essere poste a carico dell'ANMC «conformemente all'art. 22 del regolamento n. 1408/71 e agli artt. 59 e 60 del Trattato».

L'art. 22 del regolamento n. 1408/71

- 29 Per quanto riguarda l'applicabilità dell'art. 22 del regolamento n. 1408/71 alla fattispecie in esame nella causa principale, si deve, in primo luogo, ricordare, da una parte, che la sig.ra Descamps ha debitamente presentato una domanda di autorizzazione previa basata su tale disposizione e, dall'altra, che il giudice del rinvio ha deciso di rendere inefficace il diniego di autorizzazione che le è stato opposto.
- 30 Occorre, in secondo luogo, precisare che il fatto che il diniego di autorizzazione sia stato dichiarato infondato nella causa principale sulla base dei criteri di autorizzazione previsti dalla normativa nazionale, e non in relazione ai criteri previsti dall'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71, non consente assolutamente di ritenere, come sostenuto dal governo belga, che non debba applicarsi tale regolamento.
- 31 Infatti, dai termini dell'art. 22, n. 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71 risulta che tale disposizione ha l'unico scopo di identificare i casi in cui è escluso che l'istituzione nazionale competente possa rifiutare l'autorizzazione richiesta sulla base dell'art. 22, n. 1, lett. c). Per contro, tale disposizione

non mira assolutamente a limitare le ipotesi in cui una siffatta autorizzazione può essere concessa conformemente all'art. 22, n. 1, lett. c). Ne risulta che, qualora un'autorizzazione venga concessa sulla base di una norma nazionale che, come la normativa controversa nella causa principale, prevede la concessione di un'autorizzazione quando viene accertato che un ricovero ospedaliero può avvenire in condizioni sanitarie più favorevoli all'estero, si deve ritenere che una siffatta autorizzazione costituisca un'autorizzazione ai sensi dell'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71.

- 32 Per quanto riguarda la portata dei diritti conferiti all'assicurato titolare di un'autorizzazione dall'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71, risulta dai termini di tale n. 1, lett. i), che tale assicurato deve in linea di principio beneficiare delle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora, secondo le disposizioni della normativa dello Stato in cui le prestazioni sono erogate, come se l'assicurato vi fosse iscritto, e che soltanto la durata dell'erogazione delle prestazioni rimane disciplinata dalla normativa dello Stato competente. Garantendo così agli assicurati rientranti nell'ambito di applicazione della normativa di uno Stato membro e provvisti di una autorizzazione un accesso alle cure negli altri Stati membri a condizioni altrettanto favorevoli quanto quelle di cui beneficiano gli assicurati rientranti nell'ambito di applicazione della normativa di questi ultimi Stati, tale disposizione contribuisce a facilitare la libera circolazione degli assicurati.
- 33 Da quanto precede risulta che devono applicarsi le modalità di presa a carico previste dalla normativa dello Stato membro in cui le cure sono prestate, con l'obbligo da parte dell'istituzione competente di rimborsare successivamente l'istituzione del luogo di dimora alle condizioni previste dall'art. 36 del regolamento n. 1408/71.
- 34 L'effetto utile e lo spirito di tali disposizioni impongono d'altronde di considerare che, qualora un assicurato che ha presentato una domanda di autorizzazione sulla

base dell'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71 abbia ricevuto un diniego da parte dell'istituzione competente e il carattere infondato di siffatto diniego sia successivamente dimostrato vuoi dalla medesima istituzione competente, vuoi da una decisione giudiziaria, tale assicurato ha diritto di ottenere direttamente a carico dell'istituzione competente il rimborso di un importo pari a quello che sarebbe stato normalmente preso a carico se l'autorizzazione fosse stata debitamente concessa fin dall'inizio.

35 Poiché il giudice del rinvio precisa che l'eventuale rimborso da effettuare in caso di applicazione del regime belga sarebbe più elevato rispetto a quello che risulterebbe dall'applicazione del regime francese e poiché esso si chiede al riguardo quale sia l'importo del rimborso al quale i ricorrenti nella causa principale, in qualità di eredi della sig.ra Descamps, hanno effettivamente diritto alla luce del diritto comunitario, si pone il problema di stabilire se questi ultimi possano pretendere di ottenere inoltre un rimborso supplementare corrispondente alla differenza esistente fra tali due regimi.

36 A tale riguardo occorre ricordare che l'art. 22 del regolamento n. 1408/71 non è inteso a disciplinare — e quindi non impedisce affatto — il rimborso da parte degli Stati membri, in base alle tariffe vigenti nello Stato membro di iscrizione, delle spese sostenute in occasione di cure fornite in un altro Stato membro (v. sentenza 28 aprile 1998, causa C-158/96, Kohll, Racc. pag. I-1931, punto 27), qualora la normativa dello Stato membro di iscrizione preveda un siffatto rimborso e le tariffe applicate in forza di tale normativa si rivelino più vantaggiose di quelle praticate dallo Stato membro nel quale le cure sono state erogate.

37 Se l'art. 22 del regolamento n. 1408/71 non ha l'effetto di impedire un rimborso complementare a quello risultante dall'applicazione del regime dello Stato membro di dimora qualora il regime applicato nello Stato membro di iscrizione si riveli più vantaggioso, tale norma non ha tuttavia neppure l'effetto di prescrivere

tale rimborso complementare. Alla luce di quanto sopra, si deve esaminare se un siffatto obbligo possa discendere dall'art. 59 del Trattato.

Le norme relative alla libera prestazione dei servizi

- 38 Occorre innanzi tutto determinare se la situazione controversa nella causa principale rientri effettivamente nell'ambito di applicazione della libera prestazione dei servizi ai sensi dell'art. 59 del Trattato.
- 39 Alcuni governi che hanno presentato osservazioni scritte dinanzi alla Corte hanno infatti contestato il fatto che i servizi ospedalieri possano costituire un'attività economica ai sensi dell'art. 60 del Trattato CE (divenuto art. 50 CE).
- 40 Occorre, in via preliminare, ricordare che, ai sensi dell'art. 60 del Trattato, sono considerate quali servizi le prestazioni fornite normalmente dietro retribuzione, qualora non siano regolate dalle disposizioni relative alla libera circolazione delle merci, dei capitali e delle persone.
- 41 D'altronde risulta da una giurisprudenza consolidata che le attività mediche rientrano nell'ambito di applicazione dell'art. 60 del Trattato, senza che sia necessario distinguere a tale riguardo a seconda che le cure siano prestate in un ambito ospedaliero o al di fuori di un tale ambito (v. sentenze 31 gennaio 1984, cause riunite 286/82 e 26/83, Luisi e Carbone, Racc. pag. 377, punto 16;

4 ottobre 1991, causa C-159/90, Society for the Protection of Unborn Children Ireland, Racc. pag. I-4685, punto 18, e Kohll, citata, punti 29 e 51).

- 42 Risulta altresì da una giurisprudenza consolidata che la natura particolare di talune prestazioni di servizi non può sottrarre tali attività al principio fondamentale della libera circolazione (sentenze 17 dicembre 1981, causa 279/80, Webb, Racc. pag. 3305, punto 10, e Kohll, citata, punto 20) come pure che la circostanza che la normativa nazionale oggetto della causa principale rientri nell'ambito previdenziale non vale ad escludere l'applicazione degli artt. 59 e 60 del Trattato (sentenza Kohll, citata, punto 21).
- 43 Dal momento che le prestazioni ospedaliere controverse nella causa principale rientrano effettivamente nell'ambito di applicazione della libera prestazione dei servizi, occorre, poi, verificare se il fatto che una normativa nazionale non garantisca ad un iscritto che è stato autorizzato a sottoporsi ad un ricovero ospedaliero in un altro Stato membro conformemente all'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71 un livello di presa a carico analogo a quello di cui questi avrebbe beneficiato se fosse stato ricoverato in un ospedale del suo Stato membro di iscrizione comporti una restrizione alla libera prestazione dei servizi ai sensi dell'art. 59 del Trattato.
- 44 A tale riguardo risulta dalla giurisprudenza consolidata che l'art. 59 del Trattato osta all'applicazione di qualsiasi normativa nazionale che abbia l'effetto di rendere la prestazione di servizi tra Stati membri più difficile della prestazione di servizi puramente interna a uno Stato membro (sentenze 5 ottobre 1994, causa C-381/93, Commissione/Francia, Racc. pag. I-5145, punto 17, e Kohll, citata, punto 33).
- 45 Nel caso di specie, non v'è dubbio che il fatto che un assicurato benefici di un livello di copertura meno vantaggioso quando riceve un trattamento ospedaliero erogato in un altro Stato membro rispetto a quello goduto quando si sottopone al

medesimo trattamento nello Stato membro di iscrizione è tale da scoraggiare, se non addirittura impedire, tale assicurato dal rivolgersi ai prestatori di servizi medici stabiliti in altri Stati membri e costituisce, sia per tale assicurato che per i prestatori, un ostacolo alla libera prestazione dei servizi (v., per analogia, sentenze Luisi e Carbone, citata, punto 16; 28 gennaio 1992, causa C-204/90, Bachmann, Racc. pag. I-249, punto 31, e Kohll, citata, punto 35).

- 46 Pertanto, occorre esaminare infine il problema se il fatto che una normativa nazionale non garantisca all'assicurato che vi è iscritto un livello di copertura almeno altrettanto vantaggioso quando taluni servizi ospedalieri sono prestati in un altro Stato membro possa essere obiettivamente giustificato.
- 47 Occorre ricordare, a tale proposito, che la Corte ha precedentemente dichiarato che non può escludersi che un rischio di grave alterazione dell'equilibrio finanziario del sistema previdenziale possa costituire un motivo imperativo di interesse generale atto a giustificare un ostacolo al principio della libera prestazione dei servizi (sentenza Kohll, citata, punto 41).
- 48 La Corte ha altresì riconosciuto che, pur se l'obiettivo di conservare un servizio medico-ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti è intrinsecamente connesso alle modalità di finanziamento del sistema previdenziale, esso può parimenti rientrare nel regime di deroghe giustificate da ragioni di sanità pubblica previsto dall'art. 56 del Trattato CE (divenuto, in seguito a modifica, art. 46 CE), laddove contribuisca alla realizzazione di un livello elevato di tutela della salute (sentenza Kohll, citata, punto 50).
- 49 La Corte ha ulteriormente precisato che l'art. 56 del Trattato 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 (sentenza Kohll, citata, punto 51).

- 50 Per quanto riguarda la fattispecie in esame nell'ambito della controversia nella causa principale, è tuttavia giocoforza ammettere che nessuno degli imperativi citati ai punti 47-49 della presente sentenza può giustificare l'ostacolo controverso nella causa principale.
- 51 Occorre infatti ricordare che, nel caso di specie, il giudice del rinvio ha dichiarato che la sig.ra Descamps aveva effettivamente il diritto di ottenere l'autorizzazione prevista dalla normativa nazionale cui essa era soggetta e dall'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71. Di conseguenza, non si può sostenere che il versamento di un rimborso complementare corrispondente alla differenza esistente tra il regime di intervento previsto dalla normativa dello Stato membro di iscrizione e quello applicato dallo Stato membro di dimora, qualora il primo sia più favorevole del secondo, sia tale da mettere a repentaglio la conservazione, nello Stato membro di iscrizione, di un servizio medico-ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti o la conservazione di un sistema sanitario o di una competenza medica nel territorio nazionale.
- 52 D'altronde, dato che tale rimborso complementare, che dipende dal regime d'intervento dello Stato di iscrizione, non comporta di per sé alcun onere finanziario supplementare per il sistema di assicurazione malattia di tale Stato rispetto al rimborso che sarebbe stato sopportato in caso di ricovero ospedaliero in quest'ultimo, non si può neppure sostenere che il fatto di porre a carico di tale sistema di assicurazione malattia un siffatto rimborso complementare sia tale da incidere significativamente sul finanziamento del sistema previdenziale (sentenza Kohll, citata, punto 42).
- 53 Tenuto conto di tutte le considerazioni che precedono, occorre risolvere la prima parte della questione pregiudiziale dichiarando che l'art. 22, n. 1, lett. c) e i), del

regolamento n. 1408/71 dev'essere interpretato nel senso che, qualora un assicurato sia stato autorizzato dall'istituzione competente a recarsi nel territorio di un altro Stato membro per ricevervi delle cure, l'istituzione del luogo di dimora è tenuta ad erogare nei suoi confronti le prestazioni in natura conformemente alle norme relative alla presa a carico delle cure sanitarie applicate da quest'ultima, come se l'interessato fosse ad essa iscritto.

Qualora un assicurato che ha presentato una domanda di autorizzazione sulla base dell'art. 22, n. 1, lett. c), di tale regolamento abbia ricevuto un diniego da parte dell'istituzione competente e il carattere infondato di tale diniego sia stato successivamente dimostrato, l'interessato ha diritto di ottenere direttamente a carico dell'istituzione competente il rimborso di un importo pari a quello che sarebbe stato preso a carico dall'istituzione del luogo di dimora conformemente alle disposizioni previste dalla normativa applicata da quest'ultima se l'autorizzazione fosse stata debitamente concessa sin dall'inizio.

Non avendo lo scopo di disciplinare un eventuale rimborso in base alle tariffe vigenti nello Stato membro di iscrizione, l'art. 22 del regolamento n. 1408/71 non ha l'effetto di impedire né di prescrivere il versamento da parte di tale Stato di un rimborso complementare pari alla differenza tra il regime di intervento previsto dalla normativa del suddetto Stato e quello applicato dallo Stato membro di dimora, qualora il primo sia più favorevole del secondo e un siffatto rimborso sia previsto dalla normativa dello Stato membro di iscrizione.

L'art. 59 del Trattato deve essere interpretato nel senso che, se il rimborso delle spese sostenute per servizi ospedalieri prestati in uno Stato membro di dimora, che risulta dall'applicazione delle norme vigenti in tale Stato, è inferiore a quello che sarebbe risultato dall'applicazione della normativa vigente nello Stato membro di iscrizione in caso di ricovero ospedaliero in quest'ultimo, un rimborso complementare pari a tale differenza dev'essere concesso all'assicurato da parte dell'istituzione competente.

Sulla seconda parte della questione pregiudiziale

- 54 Con la seconda parte della sua questione il giudice del rinvio chiede in sostanza se l'art. 36 del regolamento n. 1408/71 debba essere interpretato nel senso che da tale disposizione risulta che un assicurato che ha presentato una domanda di autorizzazione sulla base dell'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71 e che ha ricevuto un diniego da parte dell'istituzione competente ha diritto al rimborso della totalità delle spese mediche da lui sostenute nello Stato membro in cui le cure gli sono state praticate, una volta dimostrato che il rigetto della sua domanda di autorizzazione era infondato.
- 55 Al fine di risolvere la questione così riformulata, è sufficiente constatare che dalla stessa formulazione dell'art. 36 del regolamento n. 1408/71 risulta che il rimborso integrale tra istituzioni cui si riferisce tale disposizione verte soltanto sulle prestazioni in natura erogate dall'istituzione di uno Stato membro di dimora per conto dell'istituzione competente, in forza delle disposizioni del titolo III, capitolo 1, di tale regolamento. Ne consegue che, come precedentemente illustrato ai punti 32 e 33 della presente sentenza, il detto rimborso verte soltanto sulle prestazioni in natura la cui presa a carico da parte dell'istituzione del luogo di dimora è prevista dalla normativa da essa applicata e nell'esatta proporzione in cui tale presa a carico è prevista.
- 56 La seconda parte della questione pregiudiziale va dunque risolta dichiarando che l'art. 36 del regolamento n. 1408/71 non può essere interpretato nel senso che da tale norma risulti che un assicurato che ha presentato una domanda di autorizzazione sulla base dell'art. 22, n. 1, lett. c), del regolamento n. 1408/71 e che ha ricevuto un diniego da parte dell'istituzione competente ha diritto al rimborso della totalità delle spese mediche da lui sostenute nello Stato membro in cui le cure gli sono state praticate, una volta dimostrato che il rigetto della sua domanda di autorizzazione era infondato.

Sulle spese

- 57 Le spese sostenute dai governi belga, danese, tedesco, spagnolo, francese, irlandese, olandese, austriaco, finlandese, svedese e del Regno Unito, nonché dalla Commissione, che hanno presentato osservazioni alla Corte, non possono dar luogo a rifusione. Nei confronti delle parti nella causa principale il presente procedimento costituisce un incidente sollevato dinanzi al giudice nazionale, cui spetta quindi statuire sulle spese.

Per questi motivi,

LA CORTE,

pronunciandosi sulla questione sottopostale dalla Cour du travail de Mons con sentenza 9 ottobre 1998, dichiara:

- 1) L'art. 22, n. 1, lett. c) e i), del regolamento (CEE) del Consiglio 14 giugno 1971, n. 1408, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, nella versione modificata e aggiornata dal regolamento (CEE) del Consiglio 2 giugno 1983, n. 2001, deve essere interpretato nel senso che, qualora un assicurato sia stato autorizzato

dall'istituzione competente a recarsi nel territorio di un altro Stato membro per ricevervi delle cure, l'istituzione del luogo di dimora è tenuta ad erogare nei suoi confronti le prestazioni in natura conformemente alle norme relative alla presa a carico delle cure sanitarie applicate da quest'ultima, come se l'interessato fosse ad essa iscritto.

Qualora un assicurato che ha presentato una domanda di autorizzazione sulla base dell'art. 22, n. 1, lett. c), di tale regolamento abbia ricevuto un diniego da parte dell'istituzione competente e il carattere infondato di tale diniego sia stato successivamente dimostrato, l'interessato ha diritto di ottenere direttamente a carico dell'istituzione competente il rimborso di un importo pari a quello che sarebbe stato preso a carico dall'istituzione del luogo di dimora conformemente alle disposizioni previste dalla normativa applicata da quest'ultima se l'autorizzazione fosse stata debitamente concessa sin dall'inizio.

Non avendo lo scopo di disciplinare un eventuale rimborso in base alle tariffe vigenti nello Stato membro di iscrizione, l'art. 22 di tale regolamento non ha l'effetto di impedire né di prescrivere il versamento da parte di tale Stato di un rimborso complementare pari alla differenza tra il regime di intervento previsto dalla normativa del suddetto Stato e quello applicato dallo Stato membro di dimora, qualora il primo sia più favorevole del secondo e un siffatto rimborso sia previsto dalla normativa dello Stato membro di iscrizione.

L'art. 59 del Trattato CE (divenuto, in seguito a modifica, art. 49 CE) deve essere interpretato nel senso che, se il rimborso delle spese sostenute per servizi ospedalieri prestati in uno Stato membro di dimora, che risulta dall'applicazione delle norme vigenti in tale Stato, è inferiore a quello che sarebbe risultato dall'applicazione della normativa vigente nello Stato membro di iscrizione in caso di ricovero ospedaliero in quest'ultimo, un rimborso complementare pari a tale differenza deve essere concesso all'assicurato da parte dell'istituzione competente.

- 2) L'art. 36 del regolamento n. 1408/71, nella sua versione modificata e aggiornata dal regolamento n. 2001/83, non può essere interpretato nel senso che da tale norma risulti che un assicurato che ha presentato una domanda di autorizzazione sulla base dell'art. 22, n. 1, lett. c), di tale regolamento e che ha ricevuto un diniego da parte dell'istituzione competente ha diritto al rimborso della totalità delle spese mediche da lui sostenute nello Stato membro in cui le cure gli sono state praticate, una volta dimostrato che il rigetto della sua domanda di autorizzazione era infondato.

Rodríguez Iglesias	Gulmann	La Pergola
Wathelet	Skouris	Edward
Puissochet	Jann	Sevón
Schintgen	Macken	

Così deciso e pronunciato a Lussemburgo il 12 luglio 2001.

Il cancelliere

R. Grass

Il presidente

G.C. Rodríguez Iglesias