SENTENZA DELLA CORTE (Quarta Sezione)

23 settembre 2020 (*)

«Rinvio pregiudiziale – Sicurezza sociale – Assicurazione malattia – Regolamento (CE) n. 883/2004 – Articolo 20 – Cure programmate – Autorizzazione preventiva – Concessione obbligatoria – Presupposti – Impossibilità, per la persona assicurata, di richiedere un'autorizzazione preventiva – Regolamento (CE) n. 987/2009 – Articolo 26 – Assunzione dei costi delle cure programmate sostenuti dalla persona assicurata – Modalità di rimborso – Direttiva 2011/24/UE – Assistenza sanitaria transfrontaliera – Articolo 8, paragrafo 1 – Assistenza sanitaria che può essere soggetta ad autorizzazione preventiva – Principio di proporzionalità – Articolo 9, paragrafo 3 – Trattamento delle richieste di assistenza sanitaria transfrontaliera – Elementi da prendere in considerazione – Termine ragionevole – Libera prestazione dei servizi – Articolo 56 TFUE»

Nella causa C-777/18,

avente ad oggetto la domanda di pronuncia pregiudiziale proposta alla Corte, ai sensi dell'articolo 267 TFUE, dallo Szombathelyi Közigazgatási és Munkaügyi Bíróság (Tribunale amministrativo e del lavoro di Szombathely, Ungheria), con decisione del 28 novembre 2018, pervenuta in cancelleria l'11 dicembre 2018, nel procedimento

WO

contro

Vas Megyei Kormányhivatal,

LA CORTE (Quarta Sezione),

composta da M. Vilaras, presidente di sezione, S. Rodin, D. Šváby, K. Jürimäe e N. Piçarra (relatore), giudici,

avvocato generale: E. Sharpston

cancelliere: A. Calot Escobar

vista la fase scritta del procedimento,

considerate le osservazioni presentate:

– per il Vas Megyei Kormányhivatal, da Gy. Szele, in qualità di agente;

– per il governo ungherese, da M.Z. Fehér e M.M. Tátrai, in qualità di agenti;

– per il governo dei Paesi Bassi, da M.K. Bulterman e H.S. Gijzen, in qualità di agenti;

– per il governo polacco, da B. Majczyna, in qualità di agente;

– per la Commissione europea, da L. Havas, B.-R. Killmann, L. Malferrari e A. Szmytkowska, in qualità di agenti,

vista la decisione, adottata dopo aver sentito l'avvocato generale, di giudicare la causa senza conclusioni,

ha pronunciato la seguente

Sentenza

1 La domanda di pronuncia pregiudiziale verte sull'interpretazione dell'articolo 56 TFUE, dell'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (GU 2004, L 166, pag. 1), dell'articolo 26,

paragrafi 1 e 3, del regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (GU 2009, L 284, pag. 1), nonché dell'articolo 8, paragrafo 1, e dell'articolo 9, paragrafo 3, 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 (GU 2011, L 88, pag. 45).

2 Tale domanda è stata presentata nell'ambito di una controversia tra WO e il Vas Megyei Kormányhivatal (servizio amministrativo della provincia di Vas, Ungheria) (in prosieguo: il «servizio amministrativo») in merito al rifiuto, opposto da tale ente, di rimborsare a WO i costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera che gli è stata prestata in Germania.

I. Contesto normativo

A. Diritto dell'Unione

1. Il regolamento n. 883/2004

3 Ai sensi dell'articolo 1 del regolamento n. 883/2004:

«Ai fini del presente regolamento si intende per:

(...)

l) "legislazione", in relazione a ciascuno Stato membro, le leggi, i regolamenti, le altre disposizioni legali e ogni altra misura di attuazione riguardanti i settori di sicurezza sociale di cui all'articolo 3, paragrafo 1.

Questo termine esclude le disposizioni contrattuali diverse da quelle che servono ad attuare un obbligo di assicurazione derivante dalle leggi e dai regolamenti di cui al comma precedente o che hanno formato oggetto di una decisione delle autorità pubbliche che le rende vincolanti o che ne estende l'ambito d'applicazione purché lo Stato membro interessato rilasci una dichiarazione al riguardo, provvedendo a notificarla al presidente del Parlamento europeo e al Presidente del Consiglio dell'Unione europea. Tale dichiarazione è pubblicata nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*;

m) "autorità competente", per ciascuno Stato membro, il ministro, i ministri o un'altra autorità corrispondente nella cui competenza rientrano, per tutto lo Stato membro di cui trattasi, o per una parte qualunque di esso, i regimi di sicurezza sociale;

(...)

p) "istituzione", per ciascuno Stato membro, l'organismo o l'autorità incaricata di applicare, in tutto o in parte, la legislazione;

q) "istituzione competente":

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

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

iii) l'istituzione designata dall'autorità competente dello Stato membro in questione; (...)

(...)

r) "istituzione del luogo di residenza" e "istituzione del luogo di dimora", rispettivamente l'istituzione abilitata a erogare le prestazioni nel luogo in cui l'interessato risiede e l'istituzione abilitata ad erogare le prestazioni nel luogo in cui l'interessato dimora, secondo la legislazione applicata da tale istituzione oppure,

se tale istituzione non esiste, l'istituzione designata dall'autorità competente dello Stato membro in questione;

(...)».

4 A norma dell'articolo 3, paragrafo 1, di tale regolamento:

«Il presente regolamento si applica a tutte le legislazioni relative ai settori di sicurezza sociale riguardanti:

a) le prestazioni di malattia;

(...)».

5 L'articolo 19 di detto regolamento, intitolato «Dimora al di fuori dello Stato membro competente», è così formulato:

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

2. La commissione amministrativa elabora un elenco delle prestazioni in natura che, per essere corrisposte nel corso della dimora in un altro Stato membro, necessitano per motivi pratici dell'accordo preventivo tra la persona interessata e l'istituzione che presta le cure».

6 L'articolo 20 del medesimo regolamento, intitolato «Viaggio inteso a ricevere prestazioni in natura – Autorizzazione a ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato membro di residenza», prevede quanto segue:

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

2. La persona assicurata autorizzata dall'istituzione competente a recarsi in un altro Stato membro al fine di ricevervi cure adeguate al suo stato di salute, beneficia delle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora, secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse assicurata in virtù di tale legislazione. L'autorizzazione è concessa qualora le cure di cui si tratta figurino tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro 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.

(...)».

2. Il regolamento n. 987/2009

7 I considerando 16 e 17 del regolamento n. 987/2009 così recitano:

«(16) Nel quadro specifico del regolamento [n. 883/2004], devono essere chiarite le condizioni di rimborso delle spese legate a prestazioni di malattia in natura nel quadro di "cure programmate", vale a dire cure a cui una persona assicurata si sottopone in uno Stato membro diverso da quello nel quale è assicurata o risiede. Gli obblighi della persona assicurata relativi alla domanda di un'autorizzazione preventiva dovrebbero essere precisati, come dovrebbero essere precisati pure gli obblighi dell'istituzione

nei confronti del paziente per quanto riguarda le condizioni dell'autorizzazione. È opportuno anche precisare gli effetti di un'autorizzazione sulla presa in carico delle cure ricevute in un altro Stato membro.

(17) Il presente regolamento e, in particolare, le disposizioni relative alla dimora al di fuori dello Stato membro competente e alle cure programmate, non dovrebbero ostare all'applicazione di disposizioni nazionali più favorevoli, in particolare con riguardo al rimborso di spese sostenute in un altro Stato membro».

8 L'articolo 25 di tale regolamento, intitolato «Dimora in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente», ai suoi paragrafi 4 e 5, dispone quanto segue:

«4. Se la persona assicurata ha effettivamente sostenuto totalmente o in parte le spese delle prestazioni in natura erogate nel quadro dell'articolo 19 del regolamento [n. 883/2004] e se la legislazione applicata dall'istituzione del luogo di dimora consente il rimborso di tali spese alla persona assicurata, quest'ultima può inoltrare domanda di rimborso all'istituzione del luogo di dimora. In tal caso, questa le rimborsa direttamente l'importo delle spese che corrispondono a tali prestazioni nei limiti e alle condizioni tariffarie di rimborso della sua legislazione.

5. Se il rimborso di queste spese non è stato richiesto direttamente presso l'istituzione del luogo di dimora, le spese sostenute sono rimborsate alla persona interessata dall'istituzione competente alle tariffe di rimborso applicate dall'istituzione del luogo di dimora (...).

L'istituzione del luogo di dimora fornisce all'istituzione competente che ne fa richiesta le informazioni necessarie su dette tariffe o importi».

9 L'articolo 26 di detto regolamento, intitolato «Cure programmate», prevede quanto segue:

«1. Ai fini dell'applicazione dell'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento [n. 883/2004] la persona assicurata presenta all'istituzione del luogo di dimora un documento rilasciato dall'istituzione competente. Ai fini del presente articolo per istituzione competente si intende l'istituzione che sostiene le spese delle cure programmate (...).

2. Se una persona assicurata non risiede nello Stato membro competente, richiede l'autorizzazione all'istituzione del luogo di residenza, la quale la inoltra all'istituzione competente senza indugio.

In tal caso, l'istituzione del luogo di residenza certifica in una dichiarazione che le condizioni di cui alla seconda frase dell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento [n. 883/2004] sono soddisfatte nello Stato membro di residenza.

L'istituzione competente può rifiutare di concedere l'autorizzazione richiesta soltanto se, conformemente alla valutazione dell'istituzione del luogo di residenza, le condizioni di cui alla seconda frase dell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento [n. 883/2004] non sono soddisfatte nello Stato membro di residenza della persona assicurata, ovvero se le medesime cure possono essere prestate nello Stato membro competente stesso, entro un lasso di tempo giustificabile dal punto di vista medico, tenuto conto dell'attuale stato di salute e della prognosi della persona interessata.

L'istituzione competente informa della sua decisione l'istituzione del luogo di residenza.

In mancanza di risposta entro i termini stabiliti dalla legislazione nazionale, l'autorizzazione dell'istituzione competente è considerata concessa.

3. Qualora un assicurato che non risieda nello Stato membro competente necessiti di cure urgenti e vitali e l'autorizzazione non possa essere negata conformemente alla seconda frase dell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento [n. 883/2004], l'autorizzazione è concessa dall'istituzione del luogo di residenza per conto dell'istituzione competente, che è informata immediatamente dall'istituzione del luogo di residenza.

L'istituzione competente accetta gli accertamenti e le opzioni terapeutiche dei medici concernenti la necessità di cure urgenti e vitali approvati dall'istituzione del luogo di residenza che rilascia l'autorizzazione.

(...)

6. Fatto salvo il paragrafo 7, si applica, mutatis mutandis, l'articolo 25, paragrafi 4 e 5, del [presente] regolamento.

7. Se la persona assicurata ha effettivamente sostenuto totalmente o in parte le spese per le cure mediche autorizzate e le spese che l'istituzione competente è tenuta a rimborsare all'istituzione del luogo di dimora o alla persona assicurata a norma del paragrafo 6 (spese effettivamente sostenute) sono inferiori alle spese che avrebbe sostenuto per le stesse cure nello Stato membro competente (spese figurative), l'istituzione competente rimborsa inoltre, a richiesta, le spese sostenute per le cure a concorrenza della differenza tra spese figurative e spese effettivamente sostenute. L'importo del rimborso non può tuttavia essere superiore all'importo delle spese effettivamente sostenute dalla persona assicurata e può tener conto dell'importo che la persona assicurata avrebbe dovuto pagare se le cure fossero state prestate nello Stato membro competente».

3. La direttiva 2011/24

10 I considerando 8 e 46 della direttiva 2011/24 così recitano:

«(8) La Corte (...) si è già pronunciata su alcuni aspetti dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, in particolare sul rimborso delle cure sanitarie prestate in uno Stato membro diverso da quello in cui è residente il destinatario delle cure. La presente direttiva ha la finalità di pervenire a una più generale, nonché efficace, applicazione dei principi elaborati dalla Corte (...) attraverso singole pronunce.

(...)

(46) In ogni caso, se uno Stato membro decidesse di istituire un sistema di autorizzazione preventiva per l'assunzione dei costi delle cure ospedaliere o specializzate prestate in altri Stati membri a norma della presente direttiva, anche i costi di dette cure dovrebbero essere rimborsati dallo Stato membro di affiliazione in misura corrispondente ai costi che il sistema avrebbe coperto se un'assistenza sanitaria identica fosse stata prestata nello Stato membro di affiliazione, senza che tale copertura superi il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta. Ove però ricorrano le condizioni di cui al regolamento [n. 883/2004], il rilascio dell'autorizzazione e l'erogazione delle prestazioni dovrebbe avvenire a norma del regolamento [n. 883/2004], salvo che sia diversamente richiesto dal paziente. Questa disciplina si dovrebbe applicare in particolare ai casi in cui l'autorizzazione sia rilasciata al termine di un riesame della domanda in sede amministrativa o giurisdizionale e l'interessato abbia fruito delle cure in un altro Stato membro. In tal caso, non dovrebbero trovare applicazione gli articoli 7 e 8 della presente direttiva. Ciò è in linea con la giurisprudenza della Corte (...), che ha stabilito che i pazienti cui sia stata negata l'autorizzazione preventiva, su basi che si siano successivamente rivelate prive di fondamento, sono legittimati ad ottenere il rimborso integrale dei costi delle cure ricevute in un altro Stato membro, in base alle disposizioni della legislazione dello Stato membro di cura».

11 Conformemente al suo articolo 2, lettera m), tale direttiva si applica senza pregiudizio delle disposizioni dei regolamenti n. 883/2004 e n. 987/2009.

12 L'articolo 7 di detta direttiva, intitolato «Principi generali per il rimborso dei costi [dell'assistenza sanitaria transfrontaliera]», così dispone:

«1. Fatto salvo il regolamento [n. 883/2004] e conformemente a quanto disposto dagli articoli 8 e 9, lo Stato membro di affiliazione assicura che i costi sostenuti da una persona assicurata che si è avvalsa

dell'assistenza sanitaria transfrontaliera siano rimborsati, se l'assistenza sanitaria in questione è compresa tra le prestazioni cui la persona assicurata ha diritto nello Stato membro di affiliazione.

(...)

3. Spetta allo Stato membro di affiliazione determinare (...) l'assistenza sanitaria per cui una persona assicurata ha diritto alla copertura dei costi nonché il livello di copertura di tali costi, indipendentemente dal luogo in cui l'assistenza sanitaria sia stata prestata.

4. I costi relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera sono rimborsati o direttamente pagati dallo Stato membro di affiliazione in misura corrispondente ai costi che il sistema avrebbe coperto se tale assistenza sanitaria fosse stata prestata nello Stato membro di affiliazione, senza che tale copertura superi il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta.

Laddove l'intero costo dell'assistenza sanitaria transfrontaliera superi il livello dei costi che sarebbero stati sostenuti se l'assistenza sanitaria fosse stata prestata sul loro territorio, lo Stato membro di affiliazione può comunque decidere di rimborsare l'intero costo.

Lo Stato membro di affiliazione può decidere di rimborsare altri costi afferenti, come le spese di alloggio e di viaggio (...), a condizione che detti costi siano sufficientemente documentati.

(...)

7. Lo Stato membro di affiliazione può applicare alla persona assicurata che chiede il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, compresa quella ottenuta grazie alla telemedicina, le stesse condizioni, criteri di ammissibilità e formalità di natura normativa ed amministrativa (...) che imporrebbe per la prestazione di detta assistenza sanitaria sul suo territorio. Ciò può comprendere una valutazione da parte di un professionista sanitario o un amministratore sanitario che presta servizi per il sistema obbligatorio di sicurezza sociale dello Stato membro di affiliazione, quali un medico di medicina generale o un medico di base presso il quale il paziente è iscritto, se è necessario per determinare il diritto del singolo paziente all'assistenza sanitaria. Tuttavia, nessuna condizione, criterio di ammissibilità o formalità di natura normativa ed amministrativa imposti conformemente al presente paragrafo possono essere discriminatori o costituire un ostacolo alla libera circolazione di pazienti, servizi o merci, a meno che non siano obiettivamente giustificati da esigenze di pianificazione riguardanti l'obiettivo di assicurare, nel territorio dello Stato membro interessato, la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure di elevata qualità o alla volontà di garantire il controllo dei costi e di evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane.

8. Lo Stato membro di affiliazione non subordina il rimborso dei costi dell'assistenza transfrontaliera ad autorizzazione preventiva, ad eccezione dei casi di cui all'articolo 8.

(...)».

13 L'articolo 8 della medesima direttiva, intitolato «Assistenza sanitaria che può essere soggetta ad autorizzazione preventiva», ai suoi paragrafi da 1 a 3, prevede quanto segue:

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

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

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

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

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

(...)

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

3. Quanto alle richieste di autorizzazione preventiva presentate da un assicurato al fine di ricevere assistenza sanitaria transfrontaliera, lo Stato membro di affiliazione accerta se sono state soddisfatte le condizioni di cui al regolamento [n. 883/2004]. Ove tali condizioni siano soddisfatte, l'autorizzazione preventiva è concessa conformemente al regolamento a meno che il paziente non chieda diversamente».

14 L'articolo 9, paragrafo 3, della direttiva 2011/24 così recita:

«Gli Stati membri stabiliscono periodi di tempo ragionevoli entro i quali le richieste di assistenza sanitaria transfrontaliera devono essere trattate e li rendono pubblici in anticipo. Nell'esame di una richiesta di assistenza sanitaria transfrontaliera, gli Stati membri tengono conto:

a) dello stato di salute specifico;

b) dell'urgenza del caso e delle singole circostanze».

B. Diritto ungherese

15 L'articolo 27, paragrafo 6, della 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (legge LXXXIII del 1997, sui servizi del regime obbligatorio di assicurazione malattia; in prosieguo: la «legge sull'assicurazione malattia») prevede quanto segue:

«Nell'ambito dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, l'assicurato – ivi comprese le persone aventi diritto a prestazioni sanitarie a titolo di assicurazione facoltativa – che ricorre alle prestazioni sanitarie definite al capo II, sezioni da 1 a 3, gode degli stessi diritti che si applicherebbero se avesse beneficiato di prestazioni di servizi sanitari in Ungheria in una situazione analoga.

L'assicurazione sanitaria rimborsa il costo effettivo della prestazione, debitamente certificato, senza che tuttavia la somma del rimborso dovuto possa eccedere l'importo del prezzo dell'assistenza sanitaria fornita da un prestatore finanziato da fondi pubblici in Ungheria alla data di detta prestazione.

L'assicurato – escluse le persone aventi diritto a prestazioni sanitarie a titolo di assicurazione facoltativa – può beneficiare delle prestazioni stabilite nel decreto governativo relativo al regime dell'assistenza sanitaria all'estero solo sulla base di un'autorizzazione preventiva.

Se l'assicurato intende beneficiare di una prestazione per la quale il diritto ungherese esige una prescrizione del medico curante, egli deve inoltre disporre, ai fini del rimborso, di una prescrizione relativa alla prestazione e redatta in conformità alle norme di legge».

16 L'articolo 2, paragrafo 1, dell'a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet [decreto governativo 340/2013. (IX. 25.) sulle modalità dell'assistenza sanitaria all'estero; in prosieguo: il «decreto governativo»] così dispone:

«La persona che ha diritto all'assistenza sanitaria all'estero può beneficiare di tale assistenza

a) conformemente alle disposizioni dei regolamenti dell'Unione europea relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale e alle sue modalità di applicazione (in prosieguo: i "regolamenti dell'Unione"),

b) nell'ambito dell'assistenza sanitaria transfrontaliera di cui all'articolo 5/B, paragrafo s, punto sb), della [legge sull'assicurazione malattia] (in prosieguo: l'"assistenza sanitaria transfrontaliera"), nonché

c) per motivi di equità di cui all'articolo 28, paragrafo 1, e all'articolo 9 della [legge sull'assicurazione malattia]».

17 Ai sensi dell'articolo 3, paragrafo 1, di tale decreto:

«Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria all'estero di cui all'articolo 2, paragrafo 1, lettere a) e c), nonché, nel caso di assistenza sanitaria all'estero di cui all'articolo 2, paragrafo 1, lettera b), le prestazioni di cui all'allegato 1, la persona che ha diritto all'assistenza sanitaria all'estero può beneficiare di cure programmate coperte dalla Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő [(Cassa nazionale del servizio sanitario, Ungheria) (in prosieguo: la «NEAK»] soltanto in virtù di un'autorizzazione preventiva rilasciata da quest'ultima».

18 L'articolo 5, paragrafi da 1 a 3, di detto decreto enuncia quanto segue:

«1. Quando viene presentata una domanda di assistenza sanitaria all'estero, la NEAK verifica, entro otto giorni dal suo ricevimento, se essa riguarda una prestazione rimborsabile in forza del sistema di sicurezza sociale in Ungheria.

2. Se la prestazione è rimborsabile in forza del sistema di sicurezza sociale, la NEAK verifica, entro un termine supplementare di 15 giorni, se il paziente possa essere sottoposto a un trattamento, entro un periodo di tempo ragionevole da un punto di vista clinico, da parte di un prestatore di assistenza sanitaria finanziato da fondi pubblici. Se necessario, la NEAK si avvale di un esperto per verificare i dati contenuti nella domanda.

3. Qualora un prestatore di assistenza sanitaria finanziato con fondi pubblici possa, entro un periodo di tempo ragionevole da un punto di vista clinico indicato nella domanda, curare in Ungheria la persona che ha diritto all'assistenza sanitaria all'estero, la NEAK respinge la richiesta e propone un prestatore di assistenza sanitaria finanziato da fondi pubblici. La NEAK si informa preventivamente sulla capacità di accoglienza del prestatore nazionale di assistenza sanitaria finanziato con fondi pubblici».

19 L'articolo 7, paragrafo 1, del decreto governativo così recita:

«Se la persona avente diritto all'assistenza sanitaria all'estero intende beneficiare dell'assistenza sanitaria all'estero da parte di un prestatore di assistenza sanitaria non rientrante nell'ambito di applicazione dei regolamenti dell'Unione o per qualsiasi altro motivo non previsto dai regolamenti dell'Unione, o chiede un'autorizzazione che le conferisca soltanto il diritto di ricevere l'assistenza sanitaria, senza specificare il prestatore dell'assistenza sanitaria, essa deve precisarlo nella sua domanda. La NEAK segue la procedura prevista all'articolo 5, paragrafi da 1 a 3, tenendo conto dell'urgenza del caso e delle singole circostanze. (...)».

20 Dall'allegato 1 di tale decreto risulta che, all'epoca dei fatti di cui al procedimento principale, erano soggetti ad autorizzazione:

– in caso di cure ospedaliere di cui all'allegato 3 dell'az egészségügyi szakellás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet [decreto NM 9/1993. (IV. 2.) relativo a taluni aspetti del finanziamento dell'assistenza sanitaria specialistica da parte della sicurezza sociale; in prosieguo: il «decreto settoriale»], tutte le prestazioni che comportano un ricovero ospedaliero, o dispositivi e impianti ad uso unico ad essi relativi, rimborsati per unità, elencati nell'allegato 1 del decreto settoriale, nonché le sostanze attive, rimborsate per unità, elencate nell'allegato 1/A di tale decreto;

– il trattamento sanitario di una giornata e il trattamento sanitario prestato sotto forma di cura, di cui agli allegati 9, 10 e 10/A di detto decreto;

– i procedimenti e gli interventi chirurgici elencati nell'allegato 8 dello stesso decreto, di elevato valore, poco diffusi a livello nazionale, ad eccezione delle cure connesse a un trapianto di organi.

II. Procedimento principale e questioni pregiudiziali

21 Nel corso del 1987, WO, cittadino ungherese, ha sofferto di un distacco della retina all'occhio sinistro ed ha perso la visione da tale occhio.

22 Nel corso del 2015, a WO è stato diagnosticato un glaucoma all'occhio destro. Le cure somministrategli in diversi istituti di cura ungheresi sono risultate inefficaci, il campo visivo del ricorrente continuava a ridursi e la pressione intraoculare continuava a presentare valori elevati.

23 Dal fascicolo di cui dispone la Corte risulta che, il 29 settembre 2016, WO contattava un medico esercente a Recklinghausen (Germania) e otteneva da quest'ultimo un appuntamento ai fini di un consulto medico per il 17 ottobre 2016. Il medico lo informava che avrebbe dovuto prolungare il suo soggiorno fino al 18 ottobre 2016, data in cui avrebbe avuto luogo, se del caso, un intervento oftalmologico.

24 Nel frattempo, attraverso un esame medico effettuato in Ungheria il 15 ottobre 2016, a WO veniva riscontrata una pressione intraoculare pari a 37 mmHg, ossia un valore ben superiore a quello di 21 mmHg, oltre il quale la pressione intraoculare è considerata anormale. In seguito al consulto medico cui WO si è sottoposto il 17 ottobre 2016 in Germania, il medico esercente in tale Stato membro ha ritenuto che l'intervento oftalmologico dovesse essere effettuato d'urgenza per salvare la vista di WO. Quest'ultimo veniva operato con successo il 18 ottobre 2016.

25 La domanda di rimborso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera presentata da WO è stata respinta dal servizio amministrativo [di Vas] e successivamente, a seguito di un ricorso amministrativo, dal Budapest Főváros Kormányhivatala (servizio amministrativo di Budapest capitale, Ungheria). Secondo tale ufficio, l'intervento oftalmologico era una cura programmata per la quale WO non aveva ottenuto l'autorizzazione preventiva necessaria per poter ottenere un rimborso. A sostegno della sua decisione, detto ufficio ha invocato gli articoli 4, 19, 20 e 27 del regolamento n. 883/2004, gli articoli 25 e 26 del regolamento n. 987/2009, nonché l'articolo 3, paragrafo 1, e l'articolo 4, paragrafo 1, del decreto governativo.

26 WO ha proposto impugnazione dinanzi al giudice del rinvio avverso la decisione di rigetto del rimborso di tale assistenza sanitaria.

27 Tale giudice rileva, in primo luogo, che, nella sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09; in prosieguo: la «sentenza Elchinov», EU:C:2010:581, punto 51), la Corte di giustizia ha dichiarato che l'articolo 49 CE (ora articolo 56 TFUE) e l'articolo 22 del regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, 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 1971, L 149, pag. 2), come modificato e aggiornato dal regolamento (CE) n. 118/97 del Consiglio, del 2 dicembre 1996 (GU 1997, L 28, pag. 1), come modificato dal regolamento (CE) n. 1992/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 18 dicembre 2006 (GU 2006, L 392, pag. 1) (in prosieguo: il «regolamento n. 1408/71»), ostano alla normativa

di uno Stato membro interpretata nel senso che essa escluda, in ogni caso, il rimborso delle cure ospedaliere prestate in un altro Stato membro in assenza di preventiva autorizzazione.

28 Secondo il giudice del rinvio, tenuto conto della somiglianza tra le disposizioni del regolamento n. 1408/71, che sono state interpretate dalla Corte nella sentenza Elchinov, e quelle dei regolamenti n. 883/2004 e n. 987/2009 di cui trattasi nel caso di specie, la soluzione elaborata dalla Corte in tale sentenza può essere applicata alla presente causa.

29 In secondo luogo, il giudice del rinvio nutre dubbi quanto alla compatibilità della normativa di cui al procedimento principale con l'articolo 8, paragrafo 1, e con l'articolo 9, paragrafo 3, della direttiva 2011/24, nella parte in cui tale normativa subordina, a prescindere dalle circostanze specifiche derivanti dallo stato di salute del paziente, il rimborso dell'assistenza sanitaria prestata all'assicurato in un altro Stato membro a una domanda di autorizzazione preventiva e costituisce, così, un ostacolo ingiustificato alla libera prestazione dei servizi.

30 In terzo luogo, il giudice del rinvio si chiede se circostanze come quelle di cui al procedimento principale, in cui l'assicurato si è recato in un altro Stato membro al fine di sottoporsi a un consulto medico da parte di un prestatore di assistenza sanitaria stabilito in tale Stato membro ed è stato operato da tale prestatore il giorno successivo a detto consulto, rientrino nella nozione di «cure programmate», disciplinata dall'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004 e dall'articolo 26 del regolamento n. 987/2009, e necessitino di un'autorizzazione preventiva.

31 In tale contesto, lo Szombathelyi Közigazgatási és Munkaügyi Bíróság (Tribunale amministrativo e del lavoro di Szombathely, Ungheria) ha deciso di sospendere il procedimento e di sottoporre alla Corte le seguenti questioni pregiudiziali:

«1) Se costituisca una restrizione contraria all'articolo 56 [TFUE] una normativa nazionale, come quella oggetto della controversia principale, che, in relazione al rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, escluda la possibilità di autorizzare a posteriori l'assistenza sanitaria prestata in un altro Stato membro senza autorizzazione preventiva, e ciò anche qualora, nell'ipotesi in cui si attenda la concessione della previa autorizzazione, esista un rischio reale che lo stato di salute del paziente si deteriori in modo irreversibile.

2) Se sia conforme ai principi di necessità e di proporzionalità previsti all'articolo 8, paragrafo 1, della direttiva [2011/24], e altresì al principio di libera circolazione dei pazienti, il sistema di autorizzazione di uno Stato membro che, in relazione al rimborso delle spese di assistenza sanitaria transfrontaliera, escluda la possibilità di un'autorizzazione a posteriori, e ciò anche qualora, nell'ipotesi in cui si attenda la concessione della previa autorizzazione, esista un rischio reale che lo stato di salute del paziente si deteriori in modo irreversibile.

3) Se sia conforme al requisito di un ragionevole periodo di tempo procedurale che tenga conto dello stato di salute specifico, dell'urgenza del caso e delle singole circostanze, stabilito all'articolo 9, paragrafo 3, della direttiva [2011/24], una normativa nazionale che, indipendentemente dallo stato di salute del paziente che presenta la domanda, prevede un periodo di tempo procedurale di 31 giorni affinché l'autorità competente conceda l'autorizzazione preventiva e di 23 giorni ai fini del rigetto della medesima. L'autorità può verificare, per quanto riguarda la domanda, se la prestazione di assistenza sia rimborsabile in forza del sistema di sicurezza sociale e, in caso affermativo, se possa prestarla entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico un prestatore di assistenza sanitaria finanziato con fondi pubblici, mentre, in caso negativo, verifica la qualità, la sicurezza e la relazione costi-efficacia dell'assistenza fornita dal prestatore indicato dal paziente.

4) Se si possa interpretare l'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento [n. 883/2004], nel senso che il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera può essere richiesto solo se il paziente presenta una domanda di autorizzazione preventiva all'istituzione competente o se, invece, [tale disposizione] non escluda di per sé in tal caso la possibilità di presentare una domanda di autorizzazione a posteriori ai fini del rimborso di tali costi.

5) Se rientri nell'ambito di applicazione dell'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento [n. 883/2004], l'ipotesi in cui il paziente si sposti in un altro Stato membro avendo ottenuto un appuntamento specifico ai fini di un consulto medico e un appuntamento provvisorio in vista di una possibile operazione o intervento medico il giorno successivo al consulto medico e, in ragione dello stato di salute del paziente, si proceda effettivamente all'operazione o all'intervento medico. Se sia possibile in tal caso, ai fini [di tale disposizione], presentare una domanda di autorizzazione a posteriori per il rimborso dei costi.

6) Se rientri nella nozione di cure programmate, ai sensi dell'articolo 26 del regolamento [n. 987/2009], l'ipotesi in cui il paziente si sposti in un altro Stato membro avendo ottenuto un appuntamento specifico ai fini di un consulto medico e un appuntamento provvisorio in vista di una possibile operazione o intervento medico il giorno successivo al consulto medico e, in ragione dello stato di salute del paziente, si proceda effettivamente all'operazione o all'intervento medico. Se sia possibile in tal caso, ai fini [di tale articolo], presentare una domanda di autorizzazione a posteriori per il rimborso dei costi. Nel caso delle cure urgenti e vitali cui fa riferimento l'articolo 26, paragrafo 3[, del regolamento n. 987/2009], se la normativa richieda un'autorizzazione preventiva anche per l'ipotesi prevista all'articolo 26, paragrafo 1 [di tale regolamento]».

III. Sulle questioni pregiudiziali

A. Considerazioni preliminari

32 Con le sue questioni, il giudice del rinvio si interroga sull'interpretazione tanto dell'articolo 56 TFUE, che sancisce la libera prestazione dei servizi, quanto di talune disposizioni del diritto derivato dell'Unione, ossia l'articolo 20 del regolamento n. 883/2004, l'articolo 26 del regolamento n. 987/2009 nonché l'articolo 8, paragrafo 1, e l'articolo 9, paragrafo 3, della direttiva 2011/24.

33 A tale riguardo, occorre ricordare che l'applicabilità dell'articolo 20 del regolamento n. 883/2004 e dell'articolo 26 del regolamento n. 987/2009 a una situazione determinata non esclude che quest'ultima possa parimenti rientrare nell'ambito di applicazione dell'articolo 56 TFUE e che la persona interessata possa in via parallela disporre, ai sensi di quest'ultimo articolo, del diritto di accedere a trattamenti sanitari in un altro Stato membro a condizioni di assunzione di oneri e di rimborso diverse da quelle previste all'articolo 20 del regolamento n. 883/2004 e all'articolo 26 del regolamento n. 987/2009 (v., in tal senso, sentenze del 12 luglio 2001, Vanbraekel e a., C-368/98, EU:C:2001:400, punti da 36 a 53, e del 16 maggio 2006, Watts, C-372/04, EU:C:2006:325, punti da 46 a 48).

34 Le questioni pregiudiziali devono essere esaminate in tale contesto normativo.

B. Sulle questioni quarta, quinta e sesta

35 Con le sue questioni quarta, quinta e sesta, che occorre esaminare congiuntamente, in un primo momento, il giudice del rinvio chiede, in sostanza, se l'articolo 20 del regolamento n. 883/2004 e/o l'articolo 26 del regolamento n. 987/2009, il quale stabilisce le modalità di applicazione del primo, debbano essere interpretati nel senso che rientrano nella nozione di «cure programmate» le cure mediche ricevute in uno Stato membro diverso da quello di residenza della persona assicurata, per mera decisione di quest'ultima, adottata a seguito della comprovata inefficacia di tutte le cure mediche che le sono state somministrate in diversi istituti di cura nel suo Stato membro di residenza e se, in caso di risposta affermativa, le suddette disposizioni debbano essere interpretate nel senso che la persona assicurata può chiedere il rimborso, da parte dell'istituzione competente, delle spese sostenute per le cure programmate

ricevute durante il suo soggiorno nell'altro Stato membro, pur non avendo richiesto preventivamente un'autorizzazione a tal fine a detta istituzione, almeno nel caso in cui singole circostanze riguardanti, in particolare, il suo stato di salute e la sua prognosi possano giustificare l'assenza di una siffatta autorizzazione e, di conseguenza, consentire il rimborso richiesto.

36 A tal riguardo, occorre anzitutto ricordare che il regolamento n. 883/2004 si applica, conformemente al combinato disposto dell'articolo 1, lettera l), primo comma, e dell'articolo 3, paragrafo 1, di tale regolamento, alle leggi, ai regolamenti e alle altre disposizioni e a ogni altra misura di attuazione del diritto nazionale riguardanti i settori di sicurezza sociale previsti da quest'ultima disposizione, ad eccezione delle disposizioni contrattuali diverse da quelle menzionate all'articolo 1, lettera l), secondo comma, di detto regolamento (v., per analogia, sentenza del 15 marzo 1984, Tiel-Utrecht Schadeverzekering, 313/82, EU:C:1984:107, punto 16).

37 Ne consegue che, affinché il procedimento principale possa rientrare nell'ambito di applicazione del regolamento n. 883/2004 e del regolamento n. 987/2009, le cure mediche di cui trattasi nel procedimento principale avrebbero dovuto essere somministrate a WO dal prestatore privato dello Stato membro nel quale egli si è spostato per riceverle, in applicazione della normativa di sicurezza sociale di tale Stato membro, circostanza che spetta al giudice del rinvio verificare. Se così non fosse, le questioni quarta, quinta e sesta, sollevate dal giudice del rinvio, dovrebbero essere esaminate esclusivamente alla luce dell'articolo 56 TFUE e della direttiva 2011/24.

1. Sulla nozione di «cure programmate» e sulle condizioni per il rimborso di tali cure

38 Per quanto riguarda la questione se le cure mediche transfrontaliere di cui trattasi nel procedimento principale rientrino nella nozione di «cure programmate», ai sensi del combinato disposto dell'articolo 20 del regolamento n. 883/2004 e dell'articolo 26 del regolamento n. 987/2009, si deve rilevare che, sebbene tale espressione non figuri nel testo della prima di tali disposizioni, dalla seconda delle suddette disposizioni, intitolata espressamente «Cure programmate», letta alla luce del considerando 16 del regolamento n. 987/2009, risulta che una siffatta nozione comprende le cure mediche a cui una persona assicurata si sottopone in uno Stato membro diverso da quello nel quale è assicurata o risiede e che consistono in prestazioni in natura di cui all'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004, al quale, peraltro, l'articolo 26 del regolamento n. 987/2009 rinvia espressamente.

39 Occorre precisare che le «cure programmate», ai sensi di tali disposizioni, si distinguono da quelle di cui all'articolo 19 del regolamento n. 883/2004 e all'articolo 25 del regolamento n. 987/2009, che sono cure impreviste somministrate alla persona assicurata nello Stato membro nel quale tale persona si è spostata per motivi, ad esempio, turistici o educativi, che si rivelano necessarie, sotto il profilo medico, affinché essa non sia costretta a rientrare, prima della fine della durata prevista del suo soggiorno, nello Stato membro competente per ricevervi il trattamento necessario (v., per analogia, sentenza del 15 giugno 2010, Commissione/Spagna, C-211/08, EU:C:2010:340, punti da 59 a 61).

40 Conformemente all'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004, una persona assicurata che si trasferisca in un altro Stato membro per ricevervi cure programmate, alle condizioni previste in tale regolamento, è tenuta a chiedere un'autorizzazione all'istituzione competente.

41 L'articolo 20, paragrafo 2, prima frase, del suddetto regolamento, dal canto suo, conferisce alla persona assicurata soggetta alla legislazione di uno Stato membro e che disponga di un'autorizzazione richiesta ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 1, del medesimo regolamento, un diritto alle cure programmate erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora, secondo la legislazione dello Stato membro in cui tali cure sono prestate, come se l'interessato appartenesse a quest'ultima istituzione [v., per analogia, con riferimento all'articolo 22, paragrafo 1, lettera c), punto i), del regolamento

n. 1408/71, che è stato sostituito dall'articolo 20 del regolamento n. 883/2004, sentenza Elchinov, punto 39 e giurisprudenza ivi citata].

42 Quanto all'articolo 20, paragrafo 2, seconda frase, del regolamento n. 883/2004, esso enuncia due condizioni la cui presenza rende obbligatorio il rilascio dell'autorizzazione richiesta, da parte dell'istituzione, in base all'articolo 20, paragrafo 1, di tale regolamento (v., per analogia, con riferimento all'articolo 22, paragrafo 2, secondo comma, del regolamento n. 1408/71, sentenza Elchinov, punto 53 e giurisprudenza ivi citata).

43 Per soddisfare la prima di queste condizioni, occorre che le cure di cui trattasi figurino fra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro nel cui territorio la persona assicurata risiede. La seconda condizione è soddisfatta solo se le cure programmate che la persona assicurata intende ricevere in uno Stato membro diverso da quello in cui risiede non possono esserle praticate entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto del suo stato di salute attuale e della sua prognosi, nello Stato membro di residenza.

44 Da quanto precede risulta che le cure mediche ricevute in uno Stato membro diverso da quello in cui risiede la persona assicurata, per mera volontà di quest'ultima, con la motivazione che, a suo avviso, tali cure o cure che presentano lo stesso grado di efficacia non erano disponibili nello Stato membro di residenza entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, rientrano nella nozione di «cure programmate», ai sensi dell'articolo 20 del regolamento n. 883/2004, in combinato disposto con l'articolo 26 del regolamento n. 987/2009. In tale contesto, la fruizione di tali cure è subordinata, ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 1, del primo regolamento, al rilascio di un'autorizzazione dello Stato membro di residenza.

2. Sul diritto al rimborso dei costi delle cure programmate in assenza di un'autorizzazione preventiva

45 Per quanto riguarda la questione se l'articolo 20 del regolamento n. 883/2004 e/o l'articolo 26 del regolamento n. 987/2009 debbano essere interpretati nel senso che, in assenza di un'autorizzazione preventiva ai sensi di tali disposizioni, le spese che la persona assicurata ha sostenuto per le cure programmate ricevute in uno Stato membro diverso da quello in cui risiede possano esserle rimborsate, da parte dell'istituzione competente, almeno qualora singole circostanze relative, in particolare, al suo stato di salute e alla sua prognosi, possano giustificare l'assenza di tale autorizzazione, si deve rilevare, anzitutto, che l'articolo 26 del regolamento n. 987/2009, limitandosi a prevedere regole relative alla procedura di autorizzazione e al rimborso delle cure programmate erogate alla persona assicurata, non disciplina le condizioni di rilascio di detta autorizzazione. Si deve dunque rispondere a tale questione con riguardo all'articolo 20 del regolamento n. 883/2004, letto alla luce della libera prestazione dei servizi sancita all'articolo 56 TFUE.

46 Occorre ricordare che la Corte ha già individuato due fattispecie in cui la persona assicurata, anche in assenza di un'autorizzazione debitamente rilasciata prima dell'inizio della prestazione delle cure programmate nello Stato membro di soggiorno, ha il diritto di ottenere direttamente a carico dell'istituzione competente il rimborso di un importo pari a quello che sarebbe stato normalmente preso a carico da tale istituzione se la persona assicurata fosse stata in possesso di tale autorizzazione.

47 Nel primo caso, la persona assicurata ha diritto di ottenere un siffatto rimborso qualora abbia ricevuto un diniego da parte dell'istituzione competente in seguito a una domanda di autorizzazione e il carattere infondato di siffatto diniego sia successivamente dimostrato dalla medesima istituzione competente o da una decisione giudiziaria [v., per analogia, con riferimento all'articolo 22, paragrafo 1, lettera c), del regolamento n. 1408/71, sentenza del 12 luglio 2001, Vanbraekel e a., C-368/98, EU:C:2001:400, punto 34].

48 Nel secondo caso, la persona assicurata 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 da tale istituzione se la persona assicurata fosse stata in possesso di tale autorizzazione, qualora, per ragioni connesse al suo stato di salute o alla necessità di ricevere cure urgentemente presso una struttura ospedaliera, si sia trovata nell'impossibilità di richiedere una siffatta autorizzazione o non abbia potuto attendere la decisione dell'istituzione competente sulla domanda di autorizzazione presentata. Al riguardo, la Corte ha dichiarato che una normativa che escluda, in ogni caso, il rimborso delle cure ospedaliere prestate in un altro Stato membro in assenza di autorizzazione priva la persona assicurata del rimborso di tali cure, anche qualora i presupposti a tal fine siano peraltro soddisfatti. Una normativa siffatta, che non può essere giustificata da esigenze di interesse generale e comunque non soddisfa il requisito di proporzionalità, costituisce, di conseguenza, una restrizione ingiustificata alla libera prestazione dei servizi (v., per analogia, con riferimento all'articolo 49 CE e al regolamento n. 1408/71, sentenza Elchinov, punti da 45 a 47, 51 e 75).

49 Nel caso di specie, poiché è pacifico che WO non ha chiesto un'autorizzazione preventiva, ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004, per le cure programmate che gli sono state prestate in Germania e che il rifiuto di rimborsare i relativi costi che l'istituzione competente gli ha opposto si basa sul solo fatto di non aver chiesto un'autorizzazione prima della prestazione di tali cure, occorre stabilire se, conformemente alla giurisprudenza risultante dalla sentenza Elchinov, egli abbia ciononostante diritto al rimborso, da parte dell'istituzione competente, delle spese sostenute per le cure suddette. A tal fine, spetta all'istituzione competente, sotto il controllo del giudice nazionale, esaminare se le due condizioni risultanti da tale sentenza siano soddisfatte.

50 Da un lato, si deve valutare se, tenuto conto delle singole circostanze relative allo stato di salute o alla necessità di ricevere cure urgentemente presso una struttura ospedaliera, la persona assicurata si sia trovata nell'impossibilità di richiedere un'autorizzazione per il rimborso di tali cure in un altro Stato membro oppure, qualora abbia presentato una siffatta domanda di autorizzazione prima dell'inizio delle cure, non abbia potuto attendere la decisione dell'istituzione competente su tale domanda (v., per analogia, sentenza Elchinov, punti da 45 a 47 e da 75 a 77, nonché ordinanza dell'11 luglio 2013, Luca, C-430/12, non pubblicata, EU:C:2013:467, punti 28 e 33).

51 Dall'altro lato, è necessario verificare se siano soddisfatte le condizioni per un rimborso, da parte dell'istituzione competente, delle cure programmate in questione, ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 2, seconda frase, del regolamento n. 883/2004, come richiamate al punto 43 della presente sentenza (v., per analogia, sentenza Elchinov, punto 45, e ordinanza dell'11 luglio 2013, Luca, C-430/12, non pubblicata, EU:C:2013:467, punto 23).

52 Nel caso di specie, qualora il giudice del rinvio ritenga che entrambe le suddette condizioni siano soddisfatte, il ricorrente nel procedimento principale avrebbe il diritto di ottenere direttamente il rimborso, da parte dell'istituzione competente, dell'importo indicato al punto 46 della presente sentenza.

53 Fatta salva la valutazione che il giudice del rinvio sarà chiamato ad effettuare al riguardo, tenuto conto di tutte le circostanze proprie del procedimento principale, si deve rilevare, per quanto riguarda la prima condizione, che, tra il 29 settembre 2016, data in cui WO ha contattato il medico esercente in Germania, ai fini di un consulto e di un eventuale trattamento, e la data dell'intervento oftalmologico cui è stato sottoposto con successo in tale Stato membro, il 18 ottobre 2016, a causa del suo stato di salute, l'indomani dell'appuntamento che aveva preso per un consulto medico, sono trascorsi venti giorni.

54 Per certo, dalla decisione di rinvio non risulta che, durante tale periodo, WO si sia trovato in una situazione che gli impedisse di presentare all'istituzione competente una domanda di autorizzazione, ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004, per le cure programmate che gli sarebbero state erogate in Germania. Tuttavia, l'esame effettuato in Ungheria il 15 ottobre 2016, il cui risultato ha

confermato l'urgenza dell'intervento oftalmologico al quale WO è stato effettivamente sottoposto in Germania il 18 ottobre 2016, può costituire un'indicazione nel senso che, anche supponendo che non si trovasse nell'impossibilità di presentare una domanda di autorizzazione preventiva, egli non avrebbe potuto attendere la decisione dell'istituzione competente su tale domanda.

55 Alla luce di quanto precede, occorre rispondere alle questioni quarta, quinta e sesta dichiarando che il combinato disposto dell'articolo 20 del regolamento n. 883/2004 e dell'articolo 26 del regolamento n. 987/2009, letto alla luce dell'articolo 56 TFUE, deve essere interpretato nel senso che:

– le cure mediche ricevute in uno Stato membro diverso da quello in cui risiede la persona assicurata, per mera volontà di quest'ultima, con la motivazione che, a suo avviso, tali cure o cure che presentano lo stesso grado di efficacia non erano disponibili nello Stato membro di residenza entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, rientrano nella nozione di «cure programmate», ai sensi di tali disposizioni, cosicché la fruizione di tali cure, alle condizioni previste dal regolamento n. 883/2004, è subordinata, in via di principio, al rilascio di un'autorizzazione da parte dell'istituzione competente dello Stato membro di residenza;

– la persona assicurata che ha ricevuto cure programmate in uno Stato membro diverso da quello in cui risiede, senza tuttavia aver richiesto un'autorizzazione dell'istituzione competente, conformemente all'articolo 20, paragrafo 1, di tale regolamento, ha diritto al rimborso, alle condizioni previste da detto regolamento, dei costi di tali cure, se:

– da un lato, tra la data di fissazione di un appuntamento, ai fini di un consulto medico e di un eventuale trattamento in un altro Stato membro, e la data in cui le cure di cui trattasi le sono state erogate in tale Stato membro, in cui ha dovuto spostarsi, tale persona si trovava, per motivi connessi, in particolare, al suo stato di salute o alla necessità di ricevervi tali cure urgentemente, in una situazione che le impediva di richiedere all'istituzione competente una siffatta autorizzazione o di attendere la decisione di detta istituzione su tale domanda, e

– dall'altro lato, sono altresì soddisfatte le altre condizioni per il rimborso delle prestazioni in natura, ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 2, seconda frase, del medesimo regolamento.

Spetta al giudice del rinvio effettuare le necessarie verifiche a tale riguardo.

C. Sulle questioni prima e seconda

56 Con le sue questioni prima e seconda, che occorre esaminare congiuntamente, in un secondo momento, il giudice del rinvio chiede, in sostanza, se l'articolo 56 TFUE e l'articolo 8, paragrafo 1, della direttiva 2011/24 debbano essere interpretati nel senso che ostano a una normativa nazionale, la quale subordina, in tutti i casi, il rimborso delle cure mediche prestate alla persona assicurata in un altro Stato membro a un'autorizzazione preventiva, anche qualora, in attesa del rilascio di detta autorizzazione, esista un rischio reale che lo stato di salute di tale persona si deteriori in modo irreversibile.

57 La risposta della Corte a queste due questioni sarebbe rilevante ai fini del procedimento principale solo nell'ipotesi in cui WO non avesse il diritto di ottenere un rimborso dei costi delle cure che gli sono state erogate in Germania in base all'articolo 20 del regolamento n. 883/2004, letto alla luce dell'articolo 56 TFUE, laddove non ricorressero le condizioni enunciate al punto 55 della presente sentenza.

1. Sull'autorizzazione preventiva alla luce dell'articolo 56 TFUE

58 Occorre ricordare che, secondo la giurisprudenza della Corte, la normativa nazionale che subordina a un'autorizzazione preventiva la presa a carico o il rimborso delle spese sostenute dalla persona assicurata in uno Stato membro diverso da quello di affiliazione, mentre la presa in carico o il rimborso delle spese sostenute da tale persona in quest'ultimo Stato membro non sono soggetti a detta autorizzazione,

costituisce una restrizione alla libera prestazione dei servizi, sancita all'articolo 56 TFUE (v., in tal senso, sentenze del 28 aprile 1998, Kohll, C-158/96, EU:C:1998:171, punto 35, e del 27 ottobre 2011, Commissione/Portogallo, C-255/09, EU:C:2011:695, punto 60).

59 La Corte ha ammesso che tra gli obiettivi che possono giustificare una siffatta restrizione alla libera prestazione dei servizi rientrano quello di prevenire il rischio di grave alterazione dell'equilibrio finanziario del sistema di previdenza sociale, di mantenere un servizio medico-ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti, di conservare un sistema sanitario o una competenza medica sul territorio nazionale, nonché di consentire una programmazione intesa, da un lato, a garantire sul territorio dello Stato membro interessato l'accessibilità sufficiente e permanente a una gamma equilibrata di cure ospedaliere di qualità e, dall'altro, a garantire un controllo dei costi ed evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane (v., per analogia, sentenza Elchinov, punti 42 e 43 nonché giurisprudenza ivi citata).

60 La Corte ha tuttavia stabilito, in tale contesto, una distinzione tra, da un lato, le prestazioni mediche fornite dai professionisti nei loro studi o presso il domicilio del paziente e, dall'altro lato, le cure ospedaliere oppure le cure mediche che richiedono l'utilizzo di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose (in prosieguo: le «cure non ospedaliere pesanti») (v., in tal senso, sentenze del 28 aprile 1998, Decker, C-120/95, EU:C:1998:167, punti da 39 a 45; del 28 aprile 1998, Kohll, C-158/96, EU:C:1998:171, punti da 41 a 52; del 12 luglio 2001, Smits e Peerbooms, C-157/99, EU:C:2001:404, punto 76, e del 5 ottobre 2010, Commissione/Francia, C-512/08, EU:C:2010:579, punti da 33 a 36).

61 In particolare, la Corte ha dichiarato, a proposito delle cure ospedaliere e delle cure non ospedaliere pesanti, le quali rientrano in un contesto che presenta particolarità incontestabili, che l'articolo 56 TFUE non osta, in linea di principio, al fatto che il diritto di un paziente di ricevere tali prestazioni in un altro Stato membro, finanziate dal sistema cui appartiene, sia soggetto a una previa autorizzazione (v., in tal senso, sentenza del 5 ottobre 2010, Commissione/Francia, C-512/08, EU:C:2010:579, punti da 33 a 36, e sentenza Elchinov, punti da 40 a 43 e giurisprudenza ivi citata).

62 Tuttavia, la Corte ha ricordato che occorre che le condizioni stabilite per la concessione di una siffatta autorizzazione siano giustificate alla luce di esigenze come quelle ricordate al punto 59 della presente sentenza, che esse non eccedano quanto oggettivamente necessario a tal fine e che il medesimo risultato non possa essere ottenuto mediante norme meno restrittive delle libertà di cui trattasi. Un siffatto sistema deve, inoltre, 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 (v., in tal senso, sentenza Elchinov, punto 44 e giurisprudenza ivi citata).

63 Dalla giurisprudenza della Corte risulta altresì che le persone assicurate che si recano senza previa autorizzazione in uno Stato membro diverso da quello di affiliazione per farsi ivi curare possono pretendere il rimborso delle cure ricevute solo nei limiti della copertura garantita dal regime di assicurazione malattia dello Stato di affiliazione (v., per analogia, sentenza Elchinov, punto 80 e giurisprudenza ivi citata). Così pure, le condizioni di concessione delle prestazioni mediche, purché non siano discriminatorie né costituiscano un ostacolo alla libera circolazione delle persone, rimangono opponibili in caso di cure fornite in uno Stato membro diverso da quello di affiliazione. Ciò vale, segnatamente, per l'obbligo della previa consultazione di un medico generico prima di consultare uno specialista (sentenza del 13 maggio 2003, Müller-Fauré e van Riet, C-385/99, EU:C:2003:270, punti 98 e 106).

64 La Corte ha altresì precisato che nulla osta a che uno Stato membro competente stabilisca gli importi del rimborso che i pazienti cui siano state prestate cure in un altro Stato membro possono esigere, sempre che tali importi si fondino su criteri obiettivi, non discriminatori e trasparenti (v., in tal senso, sentenza del 13 maggio 2003, Müller-Fauré e van Riet, C-385/99, EU:C:2003:270, punto 107).

2. Sull'autorizzazione preventiva alla luce della direttiva 2011/24

65 La direttiva 2011/24, come risulta in particolare dal suo considerando 8, ha codificato la giurisprudenza della Corte concernente alcuni aspetti connessi alle cure sanitarie prestate in uno Stato membro diverso da quello in cui risiede il beneficiario, in particolare il rimborso di tali cure, al fine di pervenire a una più generale, nonché più efficace, applicazione dei principi elaborati dalla Corte di giustizia attraverso singole pronunce.

66 La direttiva 2011/24 si applica, ai sensi del suo articolo 2, lettera m), senza pregiudizio delle disposizioni dei regolamenti n. 883/2004 e n. 987/2009. Infatti, l'articolo 8, paragrafo 3, di tale direttiva dispone che, «[q]uanto alle richieste di autorizzazione preventiva presentate da un assicurato al fine di ricevere assistenza sanitaria transfrontaliera, lo Stato membro di affiliazione accerta se sono state soddisfatte le condizioni di cui al regolamento [n. 883/2004]» e precisa che «[o]ve tali condizioni siano soddisfatte, l'autorizzazione preventiva è concessa conformemente al regolamento a meno che il paziente non chieda diversamente». Il considerando 46 di detta direttiva precisa che, ove ricorrano le condizioni previste dal regolamento n. 883/2004 per l'autorizzazione al rimborso, il rilascio di tale autorizzazione e l'erogazione delle prestazioni devono avvenire a norma del suddetto regolamento, salvo che sia diversamente richiesto dal paziente. Lo stesso vale nei casi in cui l'autorizzazione sia rilasciata al termine di un riesame della domanda in sede amministrativa o giurisdizionale e l'interessato abbia nel frattempo fruito delle cure in un altro Stato membro.

67 Contenuto nel capo III della direttiva 2011/24, che disciplina il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, l'articolo 7 di quest'ultima, intitolato «Principi generali per il rimborso dei costi», stabilisce, al paragrafo 1, il principio secondo cui, «[f]atto salvo il regolamento [n. 883/2004] e conformemente a quanto disposto dagli articoli 8 e 9, lo Stato membro di affiliazione assicura che i costi sostenuti da una persona assicurata che si è avvalsa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera siano rimborsati, se l'assistenza sanitaria in questione è compresa tra le prestazioni cui la persona assicurata ha diritto nello Stato membro di affiliazione».

68 Inoltre, l'articolo 7, paragrafo 4, primo comma, della direttiva 2011/24 dispone che i costi relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera sono rimborsati o direttamente pagati dallo Stato membro di affiliazione in misura corrispondente ai costi che il sistema avrebbe coperto se tale assistenza sanitaria fosse stata prestata nello Stato membro di affiliazione, senza che tale copertura superi il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta.

69 Peraltro, dall'articolo 7, paragrafo 7, di tale direttiva risulta che lo Stato membro di affiliazione può applicare a una persona assicurata che chiede il rimborso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera le stesse condizioni, criteri di ammissibilità e formalità di natura normativa ed amministrativa, stabiliti a livello locale, regionale o nazionale, che imporrebbe per la prestazione di detta assistenza sanitaria sul suo territorio, compresa una valutazione da parte di un professionista sanitario, purché tali condizioni, criteri di ammissibilità e formalità di natura normativa ed amministrativa non siano discriminatori o non costituiscano un ostacolo alla libera circolazione di pazienti, servizi o merci, a meno che non siano obiettivamente giustificati da esigenze di pianificazione.

70 Infine, dall'articolo 7, paragrafo 8, della direttiva 2011/24 risulta che lo Stato membro non subordina il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera ad autorizzazione preventiva, ad eccezione dei casi di cui all'articolo 8 di tale direttiva.

71 Quanto all'articolo 8 della direttiva 2011/24, relativo all'«[a]ssistenza sanitaria che può essere soggetta ad autorizzazione preventiva», pur stabilendo, al paragrafo 1, che lo Stato membro di affiliazione può prevedere un regime di autorizzazione preventiva per il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, conformemente alle disposizioni di tale articolo e dell'articolo 9 di detta direttiva, il medesimo articolo 8, al paragrafo 1, precisa che tale sistema, compresi i criteri, l'applicazione di questi ultimi e le singole decisioni di rifiuto di concedere un'autorizzazione preventiva, deve limitarsi 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.

72 L'articolo 8, paragrafo 2, primo comma, della direttiva 2011/24, che stabilisce tassativamente l'assistenza sanitaria che può essere soggetta ad autorizzazione preventiva, menziona, alla lettera a), l'assistenza sanitaria che «è soggetta a esigenze di pianificazione riguardanti l'obiettivo di assicurare, nel territorio dello Stato membro interessato, la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure di elevata qualità o alla volontà di garantire il controllo dei costi e di evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane» e che «comporta il ricovero del paziente in questione per almeno una notte» [punto i)] o «richiede l'utilizzo di un'infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose» [punto ii)].

3. Sull'applicazione, nel caso di specie, della giurisprudenza relativa all'articolo 56 TFUE e della direttiva 2011/24

a) Sull'esistenza di una restrizione alla libera prestazione dei servizi

73 Dagli elementi di cui dispone la Corte risulta che, da un lato, alla data dei fatti del procedimento principale, in forza della normativa nazionale, in particolare dell'articolo 27, paragrafo 6, della legge sull'assicurazione malattia, in combinato disposto con le pertinenti disposizioni del decreto governativo e del decreto settoriale, la presa in carico e il rimborso da parte dell'istituzione competente delle cure ospedaliere nonché gli interventi ambulatoriali di una giornata, quando erano effettuati in un altro Stato membro, erano soggetti a un'autorizzazione preventiva. Per contro, la fruizione di prestazioni in natura disponibili nell'ambito del sistema di sicurezza sociale ungherese alla quale WO apparteneva non era subordinata a una siffatta autorizzazione.

74 Dall'altro lato, la domanda di WO diretta al rimborso dei costi delle cure mediche che gli erano state erogate in Germania è stata integralmente respinta dall'istituzione competente, a causa dell'assenza di autorizzazione preventiva. Tale rifiuto riguardava, fatte salve le verifiche che spetta al giudice del rinvio effettuare, sia le spese dell'intervento oftalmologico praticato il 18 ottobre 2016 sia quelle del consulto medico avvenuto il 17 ottobre 2016. Dalla decisione di rinvio non risulta, tuttavia, che il rimborso, a favore della persona iscritta al sistema obbligatorio di assicurazione malattia ungherese, delle spese relative a un consulto medico in Ungheria fosse subordinato a una siffatta autorizzazione.

75 Orbene, dalla giurisprudenza citata al punto 58 della presente sentenza risulta che un sistema di autorizzazione preventiva come quello così istituito dalla normativa nazionale di cui al procedimento principale costituisce una restrizione alla libera prestazione dei servizi.

b) Sulla giustificazione del sistema di autorizzazione preventiva

76 Il giudice del rinvio nutre dubbi quanto al carattere proporzionato della restrizione che il sistema di autorizzazione preventiva istituito dalla normativa nazionale comporta, in quanto il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera è subordinato, in ogni caso, al rilascio di un'autorizzazione preventiva, anche qualora la persona assicurata, tenuto conto del suo stato di salute necessitante cure urgenti e vitali e della gravosità della procedura applicabile, non abbia chiesto all'istituzione competente un'autorizzazione prima dell'inizio delle cure. Inoltre, tale giudice rileva che, non essendo prevista la presentazione di una domanda di autorizzazione a posteriori, non è possibile verificare, all'atto di una domanda di rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, se le condizioni richieste a tal fine siano soddisfatte.

77 Il governo ungherese spiega, da parte sua, che il sistema di autorizzazione preventiva della presa in carico e del rimborso integrale dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, istituito dalla normativa ungherese, mira a consentire al sistema di sicurezza sociale nazionale di far fronte a sfide eccezionali, in

termini di pianificazione, che si presentano in una società che invecchia. Tale governo fa valere che, se fosse data la possibilità di chiedere un'autorizzazione a posteriori, ciò non indurrebbe più i pazienti a richiedere un'autorizzazione preventiva e andrebbe a vantaggio di coloro che sono meglio informati e dispongono dei mezzi per farsi curare all'estero, con conseguente esaurimento delle risorse finanziarie del sistema di sicurezza sociale nazionale. Il suddetto sistema, al quale sono iscritti diversi milioni di persone, ne uscirebbe a lungo termine indebolito, sia finanziariamente sia sul piano delle risorse umane.

1) Sull'ammissibilità della giustificazione invocata

78 La giustificazione addotta dal governo ungherese attiene, in sostanza, alla necessità di consentire una pianificazione che persegue, da un lato, l'obiettivo di assicurare nel territorio dello Stato interessato la possibilità di un accesso sufficiente e permanente a una gamma equilibrata di cure ospedaliere di qualità e, dall'altro, quello di garantire un controllo dei costi ed evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche ed umane. Orbene, come risulta dai punti 59 e 72 della presente sentenza, siffatti obiettivi sono, in linea di principio, idonei a giustificare, alla luce tanto della giurisprudenza della Corte relativa all'articolo 56 TFUE quanto dell'articolo 8, paragrafo 2, primo comma, lettera a), della direttiva 2011/24, l'istituzione di un sistema di autorizzazione preventiva per il rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria ricevuta in un altro Stato membro.

79 Tuttavia, come risulta dai punti 60, 61 e 72 della presente sentenza, tale esigenza può essere invocata, conformemente tanto alla giurisprudenza della Corte relativa all'articolo 56 TFUE quanto all'articolo 8, paragrafo 2, primo comma, lettera a), della direttiva 2011/24, solo in talune fattispecie tassativamente elencate in tale giurisprudenza e ai punti i) e ii) di quest'ultima disposizione, e il consulto medico non rientra tra queste ipotesi. Ne consegue che la restrizione alla libera prestazione dei servizi derivante dall'autorizzazione preventiva nello Stato membro di residenza di un siffatto consulto medico nel territorio di un altro Stato membro non può essere giustificata facendo riferimento agli obiettivi menzionati al punto precedente della presente sentenza e non rispetta i requisiti previsti all'articolo 8, paragrafo 2, primo comma, lettera a), punti i) e ii), della direttiva 2011/24.

80 Quanto all'intervento oftalmologico subìto da WO durante il suo soggiorno in Germania, spetta al giudice del rinvio assicurarsi che si tratti di cure ospedaliere o di cure non ospedaliere pesanti, ai sensi della giurisprudenza della Corte richiamata al punto 60 della presente sentenza e dell'articolo 8, paragrafo 2, primo comma, lettera a), punti i) o ii), della direttiva 2011/24. Soltanto in una siffatta ipotesi l'esigenza invocata dal governo ungherese sarebbe, in linea di principio, ammissibile.

2) Sulla proporzionalità del sistema di autorizzazione preventiva

81 Nel caso in cui l'assistenza sanitaria di cui trattasi rientrasse tra le cure ospedaliere o non ospedaliere pesanti, occorrerebbe ancora verificare se il sistema di autorizzazione preventiva istituito dalla normativa nazionale di cui al procedimento principale per il rimborso dei costi di tali cure, ricevute in un altro Stato membro, rispetti i principi di necessità e di proporzionalità, conformemente alla giurisprudenza menzionata al punto 62 della presente sentenza e all'articolo 8, paragrafo 1, della direttiva 2011/24.

82 Come già affermato dalla Corte, una normativa nazionale la quale escluda, in tutti i casi, il rimborso delle cure ospedaliere prestate senza autorizzazione preventiva priva la persona assicurata la quale, per ragioni connesse al suo stato di salute o alla necessità di ricevere cure urgentemente presso una struttura ospedaliera, sia stata impossibilitata a richiedere una siffatta autorizzazione o non abbia potuto attendere la risposta dell'ente competente, del rimborso di tali cure da parte di detto ente, anche qualora i presupposti per un tale rimborso siano peraltro soddisfatti (sentenza Elchinov, punto 45).

83 La Corte ha stabilito che, in situazioni come quelle descritte al punto precedente della presente sentenza, il rimborso di cure siffatte non è tale da poter compromettere il conseguimento degli scopi di

pianificazione ospedaliera né può compromettere gravemente l'equilibrio finanziario del sistema previdenziale, in quanto tale rimborso non pregiudica il mantenimento di un servizio ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti, né tanto meno la salvaguardia di un sistema sanitario e di una competenza medica estese a tutto il territorio nazionale (sentenza Elchinov, punto 46).

84 Le considerazioni svolte dalla Corte a proposito del diritto al rimborso, in assenza di autorizzazione preventiva, delle cure ospedaliere in un altro Stato membro, con riferimento all'articolo 49 CE e all'articolo 22 del regolamento n. 1408/71 possono essere trasposte nel contesto dell'articolo 56 TFUE e della direttiva 2011/24, a proposito del diritto al rimborso, in assenza di autorizzazione preventiva, delle cure ospedaliere o non ospedaliere pesanti in un altro Stato membro.

85 Ne consegue che una normativa nazionale che escluda il rimborso, da parte dell'istituzione competente, dei costi delle cure ospedaliere o non ospedaliere pesanti ricevute in un altro Stato membro, in assenza di autorizzazione preventiva, anche nelle situazioni particolari in cui la persona assicurata sia stata impossibilitata a richiedere una siffatta autorizzazione o non abbia potuto attendere la decisione dell'istituzione competente sulla domanda di autorizzazione presentata, per ragioni connesse al suo stato di salute o alla necessità di ricevere tali cure urgentemente, anche qualora i presupposti per un tale rimborso siano peraltro soddisfatti, non rispetta il criterio di proporzionalità richiamato ai punti 62 e 71 della presente sentenza. Pertanto, tale normativa comporta una restrizione sproporzionata alla libera prestazione dei servizi sancita all'articolo 56 TFUE e viola l'articolo 8, paragrafo 1, della direttiva 2011/24.

86 Alla luce di quanto precede, occorre rispondere alle questioni prima e seconda dichiarando quanto segue:

– l'articolo 56 TFUE e l'articolo 8, paragrafo 2, primo comma, lettera a), della direttiva 2011/24 devono essere interpretati nel senso che ostano a una normativa nazionale che escluda, in assenza di autorizzazione preventiva, il rimborso, nei limiti della copertura garantita dal regime di assicurazione malattia dello Stato di affiliazione, delle spese di consultazione medica sostenute in un altro Stato membro;

– l'articolo 56 TFUE e l'articolo 8, paragrafo 1, della direttiva 2011/24 devono essere interpretati nel senso che ostano a una normativa nazionale che, nel caso in cui la persona assicurata sia stata impossibilitata a richiedere una siffatta autorizzazione o non abbia potuto attendere la decisione dell'istituzione competente sulla domanda di autorizzazione presentata, per ragioni connesse al suo stato di salute o alla necessità di ricevere urgentemente cure ospedaliere o non ospedaliere pesanti, anche qualora i presupposti per un tale rimborso siano peraltro soddisfatti, escluda, in assenza di autorizzazione preventiva, il rimborso, nei limiti della copertura garantita dal regime di assicurazione malattia dello Stato di affiliazione, dei costi di cure siffatte che le sono state erogate in un altro Stato membro.

D. Sulla terza questione

87 Con la sua terza questione, che occorre esaminare in un terzo momento, il giudice del rinvio chiede, in sostanza, se l'articolo 9, paragrafo 3, della direttiva 2011/24, che impone agli Stati membri di stabilire periodi di tempo ragionevoli per il trattamento delle richieste di assistenza sanitaria transfrontaliera, debba essere interpretato nel senso che osta a una normativa nazionale che, indipendentemente dallo stato di salute del paziente che ha richiesto un'autorizzazione preventiva per il rimborso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, preveda un termine di 31 giorni per il rilascio di tale autorizzazione e di 23 giorni per negarla.

88 A tale riguardo, occorre rilevare che l'articolo 9, paragrafo 3, della direttiva 2011/24 impone agli Stati membri di stabilire periodi di tempo ragionevoli entro i quali le richieste di assistenza sanitaria transfrontaliera devono essere trattate, nonché di tener conto, ai fini dell'esame di tali richieste,

conformemente alle lettere a) e b) di tale disposizione, rispettivamente, dello «stato di salute specifico» nonché «dell'urgenza del caso e delle singole circostanze».

89 Benché il giudice del rinvio affermi che il periodo di tempo di trattamento delle richieste di autorizzazione preventiva di rimborso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera è stabilito dalla normativa ungherese indipendentemente dallo stato di salute del paziente che ha richiesto una siffatta autorizzazione, dalle osservazioni scritte sia del governo ungherese sia della Commissione risulta che l'articolo 7, paragrafo 1, del decreto governativo, il quale ha trasposto l'articolo 9, paragrafo 3, della direttiva 2011/24 nell'ordinamento giuridico ungherese, consente all'istituzione competente di tener conto delle singole circostanze e dell'urgenza del caso specifico nell'ambito della procedura di autorizzazione prevista dall'articolo 5 di tale decreto.

90 Peraltro, non risulta da alcun elemento del fascicolo di cui dispone la Corte che, nel trattamento delle richieste di autorizzazione preventiva per l'assistenza sanitaria transfrontaliera, le istituzioni competenti non tengano conto delle singole circostanze e dell'urgenza del caso concreto.

91 Occorre quindi rispondere alla terza questione dichiarando che l'articolo 9, paragrafo 3, della direttiva 2011/24 deve essere interpretato nel senso che non osta a una normativa nazionale che preveda un periodo di tempo di 31 giorni ai fini del rilascio di un'autorizzazione preventiva per il rimborso di un'assistenza sanitaria transfrontaliera e di 23 giorni per negarla, laddove consenta al contempo all'istituzione competente di tener conto delle singole circostanze e dell'urgenza del caso specifico.

Sulle spese

92 Nei confronti delle parti nel procedimento principale la presente causa costituisce un incidente sollevato dinanzi al giudice del rinvio, cui spetta quindi provvedere sulle spese. Le spese sostenute da altri soggetti per presentare osservazioni alla Corte non possono dar luogo a rifusione.

Per questi motivi, la Corte (Quarta Sezione) dichiara:

1) Il combinato disposto dell'articolo 20 del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, e dell'articolo 26 del regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento n. 883/2004, relativo alle cure programmate, letto alla luce dell'articolo 56 TFUE, deve essere interpretato nel senso che:

– **le cure mediche ricevute in uno Stato membro diverso da quello in cui risiede la persona assicurata, per mera volontà di quest'ultima, con la motivazione che, a suo avviso, tali cure o cure che presentano lo stesso grado di efficacia non erano disponibili nello Stato membro di residenza entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, rientrano nella nozione di «cure programmate», ai sensi di tali disposizioni, cosicché la fruizione di tali cure, alle condizioni previste dal regolamento n. 883/2004, è subordinata, in via di principio, al rilascio di un'autorizzazione da parte dell'istituzione competente dello Stato membro di residenza;**

– **la persona assicurata che ha ricevuto cure programmate in uno Stato membro diverso da quello in cui risiede, senza tuttavia aver richiesto un'autorizzazione dell'istituzione competente, conformemente all'articolo 20, paragrafo 1, di tale regolamento, ha diritto al rimborso, alle condizioni previste da detto regolamento, dei costi di tali cure, se:**

– **da un lato, tra la data di fissazione di un appuntamento, ai fini di un consulto medico e di un eventuale trattamento in un altro Stato membro, e la data in cui le cure di cui trattasi le sono state erogate in tale Stato membro, in cui ha dovuto spostarsi, tale persona si trovava, per motivi connessi, in particolare, al suo stato di salute o alla necessità di ricevervi tali cure urgentemente, in una situazione**

che le impediva di richiedere all'istituzione competente una siffatta autorizzazione o di attendere la decisione di detta istituzione su tale domanda, e

– dall'altro lato, sono altresì soddisfatte le altre condizioni per il rimborso delle prestazioni in natura, ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 2, seconda frase, del medesimo regolamento.

Spetta al giudice del rinvio effettuare le necessarie verifiche a tale riguardo.

2) L'articolo 56 TFUE e l'articolo 8, paragrafo 2, primo comma, lettera a), 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, devono essere interpretati nel senso che ostano a una normativa nazionale che escluda, in assenza di autorizzazione preventiva, il rimborso, nei limiti della copertura garantita dal regime di assicurazione malattia dello Stato di affiliazione, delle spese di consultazione medica sostenute in un altro Stato membro.

L'articolo 56 TFUE e l'articolo 8, paragrafo 1, della direttiva 2011/24 devono essere interpretati nel senso che ostano a una normativa nazionale che, nel caso in cui la persona assicurata sia stata impossibilitata a richiedere una siffatta autorizzazione o non abbia potuto attendere la decisione dell'istituzione competente sulla domanda di autorizzazione presentata, per ragioni connesse al suo stato di salute o alla necessità di ricevere urgentemente cure ospedaliere o cure che richiedono l'utilizzo di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose, anche qualora i presupposti per un tale rimborso siano peraltro soddisfatti, escluda, in assenza di autorizzazione preventiva, il rimborso, nei limiti della copertura garantita dal regime di assicurazione malattia dello Stato di affiliazione, dei costi di cure siffatte che le sono state erogate in un altro Stato membro.

3) L'articolo 9, paragrafo 3, della direttiva 2011/24 deve essere interpretato nel senso che non osta a una normativa nazionale che preveda un periodo di tempo di 31 giorni ai fini del rilascio di un'autorizzazione preventiva per il rimborso di un'assistenza sanitaria transfrontaliera e di 23 giorni per negarla, laddove consenta al contempo all'istituzione competente di tener conto delle singole circostanze e dell'urgenza del caso specifico.

Firme