



Raccolta della giurisprudenza

CONCLUSIONI DELL'AVVOCATO GENERALE
GERARD HOGAN
presentate il 30 aprile 2020¹

Causa C-243/19

A
contro
Veselības ministrija

[domanda di pronuncia pregiudiziale proposta dall'Augstākā tiesa (Senāts) (Senato della Corte suprema, Lettonia)]

«Domanda di pronuncia pregiudiziale – Previdenza sociale – Assicurazione sanitaria – Regolamento CE n. 883/2004 – Articolo 20, paragrafo 2 – Autorizzazione a ricevere cure al di fuori dello Stato membro di residenza – Autorizzazione concessa qualora le cure 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 – Direttiva 2011/24/UE – Articolo 7 – Articolo 8, paragrafo 5 – Rimborso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera – Spese mediche sostenute in un altro Stato membro – Diniego – Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea – Articolo 10, paragrafo 1, e articolo 21, paragrafo 1 – Articolo 56 TFUE»

I. Introduzione

1. La domanda di pronuncia pregiudiziale di cui trattasi verte sull'interpretazione dell'articolo 56 TFUE, dell'articolo 10, paragrafo 1,² e dell'articolo 21, paragrafo 1, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (in prosieguo: la «Carta»), dell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale³ e dell'articolo 8, paragrafo 5, 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 transfrontaliera⁴.

2. Le questioni poste nella domanda di pronuncia pregiudiziale in oggetto impongono alla Corte di valutare in quale misura gli Stati membri, nell'attuare l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 e gli articoli 7 e 8 della direttiva 2011/24, debbano tenere conto della scelta personale del paziente nell'ambito dell'erogazione pubblica di assistenza sanitaria transfrontaliera. In particolare, la Corte deve esaminare in quale misura si debba dare spazio in detto ambito, se del caso, alla scelta del

¹ Lingua originale: l'inglese.

² Benché le questioni proposte dal giudice del rinvio non facciano alcun riferimento all'articolo 10, paragrafo 1, della Carta, per completezza menziono detta disposizione. Vorrei precisare che nell'ambito del presente procedimento non delinea (e in realtà le parti non hanno invocato) alcuna significativa distinzione tra la protezione offerta a A e B dall'articolo 10, paragrafo 1 e dall'articolo 21, paragrafo 1, della Carta in quanto A ha in sostanza lamentato, nel procedimento principale e nel procedimento dinanzi alla Corte, di aver subito una discriminazione indiretta fondata sulla sua religione. Tuttavia, non escludo, in astratto, che l'ambito di applicazione dell'articolo 10, paragrafo 1 e quello dell'articolo 21, paragrafo 1, della Carta possano essere diversi in un altro contesto.

³ GU 2004, L 166, pag. 1; rettifica, GU 2004, L 200, pag. 1.

⁴ GU 2011, L 88, pag. 45.

paziente determinata da motivi religiosi, non da ultimo alla luce di quanto previsto dall'articolo 10, paragrafo 1, della Carta⁵ (in base a cui ogni persona ha diritto alla libertà di religione) e dall'articolo 21, paragrafo 1, della Carta (che vieta qualsiasi forma di discriminazione fondata sulla religione)⁶. Tali questioni sorgono nel seguente contesto.

3. Tale domanda è stata presentata nell'ambito di una controversia che oppone A, padre del minore B, e il Veselibas ministrija (in prosieguo: il «Ministero della Sanità») della Lettonia. B è nato con una malattia cardiovascolare la cui cura ha reso necessario un intervento chirurgico. Questo tipo di intervento può essere effettuato in Lettonia, ma implica necessariamente una trasfusione di sangue. Inoltre, detta operazione chirurgica è una cura prevista dalla normativa lettone in relazione al suo Sistema sanitario nazionale. Il giudice del rinvio ha pertanto evidenziato il fatto che sul piano clinico non vi è alcun motivo perché B non potesse sottoporsi all'operazione di cui trattasi in Lettonia.

4. A è un testimone di Geova e per tale motivo si oppone alla trasfusione di sangue, anche se, come nel caso di specie, l'operazione in questione costituisce un trattamento sanitario essenziale e salvavita per suo figlio minore, B. Risulta che per i testimoni di Geova il divieto di trasfusioni di sangue sia imposto dalle scritture, alla luce dell'ammonimento contenuto negli Atti 15:29, che impone ai cristiani di «astener[si] dalle carni offerte agli idoli, dal sangue, dagli animali soffocati (...)», ma che esso ponga altresì, nel momento in cui sorge, una concreta prova di fede.

5. Si può affermare, in via preliminare, che un giudice laico come la Corte o il giudice del rinvio non può in alcun modo compiere scelte in questioni di tale natura. La diversità delle opinioni religiose e filosofiche costituisce l'essenza della libertà di pensiero, di coscienza e di religione garantita dall'articolo 10, paragrafo 1, della Carta. Gli stessi termini utilizzati in detta disposizione, rispecchiando un impegno profondo verso la libertà di ricerca filosofica e la libertà religiosa che si trova altresì nelle costituzioni degli Stati membri, presuppongono che gli Stati membri non possano disporre norme riguardo a che cosa è ortodosso o convenzionale a tale riguardo.

6. Tutto ciò significa che i giudici devono essere particolarmente preparati a tutelare la diversità di opinioni in materia di coscienza, di religione e di libertà di pensiero. Tale è, di conseguenza, il contesto generale del presente procedimento. È tuttavia importante affermare che le questioni relative all'articolo 10, paragrafo 1, e all'articolo 21, paragrafo 1, della Carta di cui al caso di specie si presentano nondimeno in una forma in qualche misura attenuata e meno acuta rispetto a quanto avvenuto in molte cause precedenti, concernenti i testimoni di Geova, che sono state sottoposte ai giudici nazionali. Molte di tali cause riguardavano il diritto dei giudici nazionali di intervenire e disporre la somministrazione di una trasfusione di sangue a minori, laddove un intervento chirurgico fosse necessario per salvare loro la vita.

7. Tale aspetto non si presenta nella presente causa in quanto l'operazione salvavita era stata di fatto effettuata con successo sul minore, benché in Polonia e non in Lettonia. L'operazione portata a termine in Polonia nell'aprile 2017 non rendeva effettivamente necessaria una trasfusione di sangue e per questa specifica ragione B si era recato in Polonia.

5 Il diritto garantito dall'articolo 10, paragrafo 1, della Carta corrisponde a quello garantito dall'articolo 9 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (in prosieguo: la «CEDU»), firmata da tutti gli Stati membri, e, ai sensi dell'articolo 52, paragrafo 3, della Carta, ha significato e portata identici a detto articolo. Sentenza del 14 marzo 2017, G4S Secure Solutions (C-157/15, EU:C:2017:203, punto 27). La CEDU e la Carta attribuiscono alla nozione di «religione» un'accezione ampia, poiché includono in tale nozione la libertà per le persone di manifestare la propria religione. Occorre dunque interpretare la nozione di «religione» di cui all'articolo 10, paragrafo 1, e all'articolo 21, paragrafo 1, della Carta nel senso che essa comprende sia il forum internum, ossia il fatto di avere convinzioni, sia il forum externum, ossia la manifestazione pubblica di fede religiosa. V., per analogia, sentenza del 14 marzo 2017, G4S Secure Solutions (C-157/15, EU:C:2017:203, punto 28). V. altresì sentenza del 10 luglio 2018, Jehovan todistajat (C-25/17, EU:C:2018:551, punto 47).

6 Al punto 55 della sentenza del 9 marzo 2017, Milkova (C-406/15, EU:C:2017:198), la Corte ha affermato che il principio di parità di trattamento costituisce un principio generale del diritto dell'Unione, ora sancito agli articoli 20 e 21 della Carta, che impone che situazioni analoghe non siano trattate in maniera diversa e che situazioni diverse non siano trattate in maniera uguale, a meno che un simile trattamento non sia obiettivamente giustificato. Una differenza di trattamento è giustificata se si fonda su un criterio obiettivo e ragionevole, vale a dire qualora essa sia rapportata a un legittimo scopo perseguito dalla normativa in questione e tale differenza sia proporzionata allo scopo perseguito dal trattamento in esame.

8. La questione che si presenta è dunque in qualche modo più prosaica, vale a dire se A abbia diritto al rimborso, totale o parziale, dei costi dell'operazione effettuata in Polonia, da parte del Servizio sanitario nazionale lettone. A tal fine, A ha chiesto al Servizio sanitario nazionale lettone il rilascio del cosiddetto «modulo S2», che autorizzasse così suo figlio a fruire di una determinata assistenza sanitaria programmata in un altro Stato membro dell'Unione europea, in uno Stato dello Spazio economico europeo (SEE) o in Svizzera, conformemente alla normativa nazionale che traspone, inter alia, l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004. Tale autorizzazione avrebbe garantito che i costi relativi all'operazione in parola in Polonia fossero a carico del bilancio pubblico lettone. L'autorizzazione era stata, tuttavia, negata per il motivo che l'operazione avrebbe potuto essere effettuata in Lettonia – anche se, a differenza che in Polonia, ciò avrebbe comportato il ricorso ad una trasfusione di sangue – e che non vi era alcun *motivo, dal punto di vista clinico*, che giustificasse l'esecuzione su B dell'operazione senza ricorrere a trasfusioni di sangue.

9. A ritiene di aver subito una discriminazione indiretta per motivi religiosi in quanto la maggior parte delle persone e dei loro figli può fruire dei servizi sanitari necessari senza pregiudizio per le proprie convinzioni religiose o morali.

10. La Corte è, di conseguenza, chiamata a valutare se tale presunta discriminazione indiretta per motivi religiosi possa essere legittima e dunque necessaria e proporzionata, non da ultimo alla luce del fatto che l'adattamento delle cure mediche per tener conto di siffatte convinzioni religiose può comportare un onere aggiuntivo significativo per il bilancio sanitario.

11. La Corte deve esaminare, in particolare, se i criteri clinici siano gli unici criteri di cui uno Stato membro deve tener conto ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 e dell'articolo 8, paragrafo 6, lettera d), della direttiva 2011/24 o se nell'equazione debbano parimenti essere incluse le convinzioni religiose profonde.

12. È, tuttavia, anzitutto necessario indicare le pertinenti disposizioni legislative e di altra natura prima di esaminare dette questioni.

II. Contesto normativo

A. Diritto dell'Unione

1. Regolamento n. 883/2004

13. L'articolo 20 del regolamento n. 883/2004, intitolato «Viaggio inteso a ricevere prestazioni in natura – Autorizzazione a ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato membro di residenza», dispone 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.

3. I paragrafi 1 e 2 si applicano mutatis mutandis ai familiari di una persona assicurata.

(...))».

2. *Direttiva 2011/24*

14. L'articolo 7 della direttiva 2011/24, intitolato «Principi generali per il rimborso dei costi», è così formulato:

«1. Fatto salvo il regolamento (CE) 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, a livello locale, regionale o nazionale, 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.

(...)

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.

9. Lo Stato membro di affiliazione può limitare l'applicazione delle norme sul rimborso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera per motivi imperativi di interesse generale, quali quelli 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.

(...))».

15. L'articolo 8 della direttiva 2011/24, intitolato «Assistenza sanitaria che può essere soggetta ad autorizzazione preventiva», dispone 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;

(...)

5. Fatto salvo il paragrafo 6, lettere da a) a c), lo Stato membro di affiliazione non può rifiutarsi di concedere un'autorizzazione preventiva quando il paziente ha diritto all'assistenza sanitaria in questione, ai sensi dell'articolo 7 della presente direttiva, e quando l'assistenza sanitaria in questione non può essere prestata sul suo territorio entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, sulla base di una valutazione medica oggettiva dello stato di salute del paziente, dell'anamnesi e del probabile decorso della sua malattia, dell'intensità del dolore e/o della natura della sua disabilità al momento in cui la richiesta di autorizzazione è stata fatta o rinnovata.

6. Lo Stato membro di affiliazione può rifiutarsi di concedere un'autorizzazione preventiva per i seguenti motivi:

(...)

- (d) l'assistenza sanitaria in questione può essere prestata sul suo territorio entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, tenendo presente lo stato di salute e il probabile decorso della malattia di ogni paziente interessato».

B. Diritto lettone

16. L'articolo 310 del Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumi n. 1529, «Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība» (decreto n. 1529 del Consiglio dei ministri del 17 dicembre 2013 sull'organizzazione e il finanziamento dell'assistenza sanitaria; in prosieguo: il «decreto n. 1529») così recita:

«310 Il Servizio sanitario nazionale rilascia il modulo S2 agli aventi diritto ad assistenza sanitaria coperta dal bilancio dello Stato e che desiderano beneficiare di cure mediche programmate in un altro Stato membro dell'UE o del SEE o in Svizzera, se vengono soddisfatte le seguenti condizioni cumulative:

310.1 l'assistenza sanitaria è coperta dal bilancio dello Stato conformemente alle norme applicabili a tale assistenza;

310.2 alla data in cui la domanda viene esaminata, nessuna delle strutture sanitarie di cui all'articolo 7 del presente decreto può garantire l'assistenza sanitaria ed in tal senso è stato espresso parere motivato da parte della struttura in parola;

310.3 l'assistenza in questione è necessaria per l'interessato per evitare un deterioramento irreversibile delle funzioni vitali o delle condizioni di salute, sulla base delle condizioni di salute dell'interessato al momento in cui esse vengono esaminate e della prevedibile evoluzione della malattia».

17. L'articolo 328 del decreto n. 1529 così dispone:

«328 Il [Servizio sanitario nazionale] rimborsa, agli aventi diritto all'assistenza sanitaria a carico delle finanze pubbliche in Lettonia, i costi sanitari sostenuti con risorse proprie per l'assistenza sanitaria ricevuta in un altro Stato membro dell'[UE] o del [SEE] o in Svizzera:

328.1 Conformemente alle disposizioni del regolamento (CE) n. 883/2004 e del regolamento n. 987/2009 [(CE)] [del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004⁷], nonché alle condizioni tariffarie applicate in relazione ai costi dell'assistenza sanitaria da parte dello Stato in cui dette persone hanno beneficiato dell'assistenza e sulla base delle informazioni fornite dall'istituzione competente dello Stato membro dell'[UE] o del [SEE] o dalla Svizzera circa l'importo da rimborsare a dette persone, qualora:

(...)

328.1.2 il [Servizio sanitario nazionale] abbia preso la decisione di rilasciare a dette persone un modulo S2, ma queste abbiano coperto con proprie risorse i costi per l'assistenza sanitaria ricevuta.

328.2. sulla base delle tariffe per i servizi di assistenza sanitaria vigenti al momento in cui dette persone hanno ricevuto tali servizi o sulla base dell'importo delle indennità previste dalle norme relative alla procedura di compensazione dei costi di acquisto di medicinali e di dispositivi medici destinati a trattamenti ambulatoriali al momento dell'acquisto dei medicinali e dei dispositivi medici in questione, qualora:

328.2.1 dette persone abbiano ricevuto un'assistenza sanitaria programmata (compresa quella che necessita di autorizzazione preventiva), salvo il caso di cui al punto 328.1.2 del presente decreto e nella Repubblica di Lettonia detta assistenza sanitaria sia fra quelle erogate a carico delle finanze pubbliche secondo la procedura prevista dal presente decreto.

(...)».

III. Fatti del procedimento principale e questioni pregiudiziali

18. Il figlio (in prosieguo: «B») del ricorrente (in prosieguo: «A») è nato con una malattia cardiovascolare molto grave che ha reso necessaria un'operazione chirurgica al fine di evitare un deterioramento irreversibile della salute di B. È pacifico che detta operazione fosse necessaria sotto il profilo clinico. Tale particolare tipo di operazione chirurgica è disponibile in Lettonia e figura nell'elenco delle cure coperte dallo Stato lettone dal suo servizio sanitario pubblico.

19. Come in precedenza indicato, la questione è sorta in quanto A è un testimone di Geova e per tale motivo non accetta l'uso di trasfusioni di sangue. Poiché una siffatta operazione non può essere effettuata in Lettonia senza trasfusione di sangue, A ha chiesto al Nacionālais veselības dienests (in prosieguo: il «Servizio sanitario nazionale») il rilascio al figlio del modulo S2 che autorizza le cure mediche e il pagamento dei relativi costi, inter alia, in un altro Stato membro. Il Servizio sanitario nazionale si è rifiutato di rilasciare l'autorizzazione con decisione del 29 marzo 2016. Con provvedimento del 15 luglio 2016, il Ministero della sanità ha confermato la suddetta decisione.

⁷ GU 2009, L 284, pag. 1.

20. A ha presentato ricorso giurisdizionale dinanzi all'Administratīvā rajona tiesa, Rīgas tiesu nams (Tribunale amministrativo distrettuale, sezione di Riga, Lettonia), chiedendo l'adozione di un atto amministrativo favorevole in merito al diritto del figlio di ricevere una determinata assistenza sanitaria programmata. Con sentenza del 9 novembre 2016, detto giudice ha respinto il ricorso di A.

21. In appello, dopo avere aderito al ragionamento formulato dal giudice di primo grado, l'Administratīvā apgabaltiesa (Corte amministrativa regionale, Lettonia) ha respinto il ricorso con sentenza del 10 febbraio 2017. Il giudice ha affermato che l'operazione medica di cui trattasi è una cura finanziata dal bilancio pubblico ed è necessaria per evitare un danno irreversibile alle funzioni vitali o alle condizioni di salute del figlio di A. L'operazione avrebbe potuto essere effettuata in Lettonia, ma soltanto impiegando una procedura che includeva una trasfusione di sangue. A ha lamentato di essere discriminato per il motivo che «la maggioranza delle persone all'interno della società può fruire di assistenza medica senza rinunciare alle proprie convinzioni religiose». In conseguenza di ciò, A ha affermato di trovarsi in una situazione diversa rispetto a quella di altri pazienti.

22. L'Administratīvā apgabaltiesa (Corte amministrativa regionale) ha ritenuto, in primo luogo, che non fosse soddisfatto uno dei requisiti cumulativi necessari per il rilascio del modulo S2 ai sensi dell'articolo 310.2 del decreto n. 1529. Al riguardo, secondo il giudice il fatto che gli ospedali lettoni impieghino un metodo di cura che comprende la trasfusione di prodotti del sangue e che A rifiuti detta cura non significa che gli ospedali in parola non possano fornire l'assistenza sanitaria di cui trattasi specificamente.

23. In secondo luogo, detto giudice ha rilevato che, atteso che il metodo di cura deve essere basato su criteri medici, il servizio sanitario, rifiutando di rilasciare un'autorizzazione per servizi che possono essere ricevuti in Lettonia, non aveva limitato il diritto di A di fare la sua scelta per quanto riguarda la fruizione di servizi sanitari in relazione allo stato di salute del figlio e che la decisione del servizio sanitario non è collegata alle convinzioni religiose di A. I potenziali pazienti hanno il diritto di rifiutare cure specifiche e di sceglierne altre, ma in tal caso lo Stato non è obbligato a erogare tali cure alternative.

24. In terzo luogo, affinché le spese siano rimborsate in base all'importo stabilito in Lettonia, è necessario che il servizio sanitario rilasci un'autorizzazione preventiva, che A non ha richiesto. Pertanto, A erroneamente sostiene che non è possibile ottenere il rimborso per servizi sanitari ricevuti in un'istituzione sanitaria polacca, in quanto non è stata presentata una richiesta di autorizzazione all'autorità pubblica conformemente alla procedura prevista.

25. In quarto luogo, la libertà di religione non è un diritto assoluto e, in talune circostanze, è possibile limitarla. D'altro canto, si tratta della libertà religiosa di A e non di quella del figlio, B. Inoltre, la libertà dei genitori di decidere per i propri figli su questioni importanti può essere limitata per tutelare l'interesse superiore del minore.

26. A ha proposto ricorso per cassazione dinanzi al giudice del rinvio. A ha indicato in una nota che, per evitare danni alla salute del minore, l'operazione era stata di fatto effettuata il 22 aprile 2017 in Polonia.

27. A fa valere, inter alia, che lo Stato deve istituire un sistema sanitario adeguato alla situazione personale del paziente, comprese le convinzioni religiose dei genitori o dei tutori dei pazienti minorenni. Le cure ai pazienti devono essere garantite tenendo pienamente conto della dignità del paziente, compresi i suoi valori morali e le convinzioni religiose. Tuttavia, secondo A, l'Administratīvā apgabaltiesa (Corte amministrativa regionale) ha analizzato le suddette convinzioni solo con riferimento al diritto dei genitori di scegliere le cure mediche del minore. Non è stato esaminato se,

così facendo, le autorità non costringano indirettamente i genitori a rinunciare alle proprie convinzioni religiose. A ritiene che il divieto di discriminazione sia stato violato; in tal senso, il ricorrente afferma che, pur a fronte di situazioni diverse, lo Stato ha trattato allo stesso modo lui e i pazienti che, tenuto conto della loro situazione personale, non necessitano di un adeguamento dei metodi di cura.

28. Il Ministero della Sanità concorda con il Servizio sanitario nazionale circa il fatto che, per potere rilasciare un modulo S2, l'interessato deve soddisfare una serie di requisiti cumulativi: 1) la sussistenza dell'obbligo di erogare il servizio di assistenza sanitaria in questione con copertura delle spese a carico delle finanze pubbliche; 2) la necessità dell'assistenza per evitare un deterioramento irreversibile delle funzioni vitali o delle condizioni di salute e 3) l'impossibilità di fornire tale specifica assistenza in Lettonia. Tale disposizione, prevista sia dal diritto nazionale sia dal regolamento n. 883/2004, è imperativa e non lascia alle autorità alcuna discrezionalità quanto all'adozione dell'atto amministrativo. L'ultimo di questi requisiti non è pertanto soddisfatto, poiché in questo caso, sebbene il servizio richiesto possa essere fornito in Lettonia, A si oppone tuttavia alle trasfusioni di emocomponenti per motivi religiosi. Il Ministero della Sanità afferma che le norme prevedono limiti ragionevoli all'adeguamento dell'assistenza sanitaria, in modo da garantire, per quanto possibile, l'allocazione razionale delle risorse economiche e la tutela dell'interesse della società nel suo complesso a che la Lettonia disponga di una medicina di qualità.

29. Inoltre, il Ministero della Sanità evidenzia che non è giustificato applicare le disposizioni della direttiva 2011/24, atteso che il ricorrente non ha chiesto l'autorizzazione preventiva per ricevere un rimborso secondo le tariffe stabilite in Lettonia. Infine, il Ministero della Sanità evidenzia che la giurisprudenza della Corte in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera è stata riassunta nella direttiva 2011/24, la quale, tuttavia, prevede il rimborso dei costi di detti servizi in base all'importo stabilito in Lettonia e non in base all'importo stabilito nello Stato in cui il servizio in questione è stato ricevuto.

30. Il giudice del rinvio afferma che è vietato applicare le stesse norme a situazioni diverse, sussistendo in caso contrario una discriminazione indiretta, a meno che si persegua un obiettivo legittimo e vi sia un rapporto di proporzionalità tra i mezzi impiegati e l'obiettivo perseguito. Nel caso di specie, l'obiettivo dell'applicazione della parità di trattamento o di un criterio apparentemente neutro potrebbe essere la tutela della salute pubblica e dei diritti di terzi, vale a dire la necessità di conservare sul territorio nazionale un'offerta sufficiente, equilibrata e permanente di cure ospedaliere di qualità, nonché la necessità di salvaguardare la stabilità finanziaria del sistema di sicurezza sociale. Poiché, secondo il giudice del rinvio, l'adattamento delle cure alle convinzioni religiose può comportare un onere aggiuntivo per il bilancio sanitario, ciò potrebbe essere un obiettivo legittimo.

31. Per quanto riguarda il rapporto di proporzionalità, il giudice del rinvio afferma che l'assistenza ospedaliera ai pazienti è legata a costi considerevoli e lo Stato gode di un ampio potere discrezionale, in particolare nell'assegnazione delle risorse. Tuttavia, per valutare tale principio nel contesto della libertà di religione, occorre verificare se sia stato raggiunto un giusto equilibrio tra interessi individuali e collettivi, anche se ciò comporta costi aggiuntivi per lo Stato. In conclusione, il giudice del rinvio accetta che uno Stato membro possa rifiutare, ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, interpretato alla luce dell'articolo 21, paragrafo 1, della Carta, l'autorizzazione in questione anche se il metodo di cure ospedaliere disponibile nello Stato in cui la persona è residente, la cui efficacia clinica non è contestata, non è conforme alle convinzioni religiose di detta persona.

32. Al tempo stesso, il giudice del rinvio nutre dubbi sul fatto che il criterio della proporzionalità sia ragionevolmente soddisfatto quando nessuno dei costi derivanti dall'assistenza sanitaria ricevuta dalla persona in un altro Stato membro sia rimborsato in una situazione in cui, a causa delle proprie convinzioni religiose, detta persona non può ricevere le cure ospedaliere necessarie nello Stato membro in cui risiede.

33. Il giudice del rinvio rileva, a tale riguardo, che l'articolo 7, paragrafo 1, della direttiva 2011/24 prevede che, fatto salvo il regolamento n. 883/2004 e conformemente a quanto disposto dagli articoli 8 e 9 della direttiva, lo Stato membro di affiliazione debba assicurare il rimborso di costi di assistenza sanitaria transfrontaliera al livello dei costi che sarebbero stati coperti in tale Stato membro. Le cure ospedaliere possono tuttavia essere soggette ad autorizzazione preventiva ai sensi dell'articolo 8 della direttiva 2011/24, che può essere rifiutata qualora nel suo territorio possa essere ottenuto un trattamento che presenti lo stesso grado di efficacia. Il giudice del rinvio rileva che, conformemente all'articolo 7, paragrafo 4, della direttiva 2011/24, i costi in oggetto non devono essere superiori a quelli che sarebbero sostenuti se il trattamento fosse effettuato in Lettonia. Inoltre, il considerando 29 della direttiva 2011/24 prevede espressamente che la copertura di detti costi dovrebbe essere priva di qualsiasi incidenza rilevante sul finanziamento dei sistemi sanitari nazionali. Invece, le conseguenze negative per i pazienti a cui è stato rifiutato il rimborso sono forse sproporzionatamente alte.

34. Ciò premesso, l'Augstākā tiesa (Senāts) (Senato della Corte suprema, Lettonia) ha deciso di sospendere il procedimento e di sottoporre alla Corte le seguenti questioni pregiudiziali:

- «(1) Se l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento [n. 883/2004], in combinato disposto con l'articolo 21, paragrafo 1, della Carta (...), debba essere interpretato nel senso che uno Stato membro può rifiutare l'autorizzazione di cui all'articolo 20, paragrafo 1, di detto regolamento qualora nello Stato di residenza dell'interessato siano disponibili cure ospedaliere la cui efficacia clinica non è in discussione, ma il metodo di cura utilizzato non sia conforme alle convinzioni religiose del suddetto interessato;
- (2) Se l'articolo 56 del [TFUE] e l'articolo 8, paragrafo 5, della direttiva [2011/24], in combinato disposto con l'articolo 21, paragrafo 1, della Carta (...), debbano essere interpretati nel senso che uno Stato membro può rifiutare l'autorizzazione di cui all'articolo 8, paragrafo 1, di tale direttiva qualora nello Stato membro di affiliazione dell'interessato siano disponibili cure ospedaliere la cui efficacia clinica non è in discussione, ma il metodo di cura utilizzato non sia conforme alle convinzioni religiose del suddetto interessato».

IV. Procedimento dinanzi alla Corte

35. A, il Ministero della Sanità, i governi italiano, lettone e polacco e la Commissione europea hanno presentato osservazioni scritte sulle questioni pregiudiziali proposte dall'Augstākā tiesa (Senāts) (Senato della Corte suprema).

36. All'udienza tenutasi il 13 febbraio 2020, A, il Ministero della Sanità, i governi lettone e polacco e la Commissione hanno presentato osservazioni orali.

V. Analisi

A. Ambito della domanda di pronuncia pregiudiziale

37. Nella presente causa è in discussione il rilascio a B del cosiddetto modulo S2 affinché egli possa fruire di assistenza sanitaria transfrontaliera in un altro Stato membro. Il rilascio di tale modulo sembrerebbe fondarsi, in particolare, su disposizioni nazionali che attuano l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 e l'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. 883/2004⁸ piuttosto che su quanto disposto dalla direttiva 2011/24 o, di fatto, sull'articolo 56 TFUE.

⁸ GU 2009, L 284, pag. 1.

Tuttavia, poiché l'assistenza sanitaria transfrontaliera può altresì essere rimborsata conformemente alla direttiva 2011/24, il giudice del rinvio ha ritenuto necessario prendere in considerazione anche tale direttiva e la seconda questione pregiudiziale proposta da detto giudice fa riferimento, inter alia, all'articolo 56 TFUE e all'articolo 8, paragrafo 5, della direttiva 2011/24⁹.

38. Il Ministero della Sanità e i governi lettone e polacco affermano, tuttavia, che la direttiva 2011/24 non è pertinente nell'ambito del presente procedimento in quanto A non ha chiesto un'autorizzazione preventiva ai fini dell'assistenza sanitaria transfrontaliera per B conformemente a detta direttiva. Inoltre, all'udienza tenutasi il 13 febbraio 2020, è stato altresì sostenuto che A non avesse chiesto il rimborso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera ricevuta da B entro un anno dalla stessa, come previsto dalla normativa nazionale che recepisce la direttiva 2011/24. In seguito ad una serie di quesiti posti alle parti nel corso dell'udienza dalla Corte, risulta inoltre che il sistema di autorizzazione preventiva ai sensi del diritto nazionale che recepisce, in particolare, l'articolo 8 della direttiva 2011/24, sia stato abolito a decorrere dal 1° settembre 2018.

39. Tutto ciò parrebbe dunque suggerire che al momento in cui si sono verificati i fatti rilevanti di cui al procedimento principale l'autorizzazione preventiva fosse un requisito indispensabile per il rimborso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera¹⁰ ai sensi della normativa nazionale che recepisce sia l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 sia l'articolo 8 della direttiva 2011/24. All'udienza, tuttavia, A ha affermato che informazioni adeguate sulle norme relative all'applicazione dell'articolo 8 della direttiva 2011/24 e al requisito dell'autorizzazione preventiva non erano presenti in Lettonia al momento dei fatti¹¹.

40. A mio avviso, detti aspetti costituiscono questioni di fatto e riguardano l'applicazione del diritto e della prassi nazionali che spetta solo al giudice del rinvio verificare. Non si può dunque affermare che l'interpretazione chiesta dal giudice del rinvio in relazione alla sua seconda questione sia necessariamente di natura ipotetica¹².

9 Ciò risulta evidente anche dai considerando 30 e 31 della direttiva 2011/24, in base a cui i due sistemi in parola dovrebbero essere applicati in modo coerente. Un paziente può fruire di una determinata cura in base ad un solo sistema, tuttavia, qualora siano soddisfatte le condizioni di cui all'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, in linea di principio, dovrebbe applicarsi il sistema più vantaggioso. V. altresì l'articolo 8, paragrafo 3, della direttiva 2011/24.

10 Del tipo di cui trattasi nel procedimento principale.

11 V. considerando 48 della direttiva 2011/24 sulla necessità di un'informazione adeguata su tutti gli aspetti essenziali dell'assistenza sanitaria transfrontaliera.

12 Secondo una costante giurisprudenza, nell'ambito del procedimento istituito dall'articolo 267 TFUE, spetta esclusivamente al giudice nazionale cui è stata sottoposta la controversia e che deve assumersi la responsabilità dell'emananda decisione giurisdizionale valutare, alla luce delle particolari circostanze di ciascuna causa, sia la necessità di una pronuncia pregiudiziale per essere in grado di pronunciare la propria sentenza sia la rilevanza delle questioni che sottopone alla Corte. Di conseguenza, se le questioni sollevate dal giudice nazionale vertono sull'interpretazione del diritto dell'Unione, la Corte, in via di principio, è tenuta a statuire. Tuttavia la Corte ha anche affermato che, in ipotesi eccezionali, le spetta esaminare le condizioni in cui è adita dal giudice nazionale al fine di verificare la propria competenza. La Corte può rifiutare di pronunciarsi su una questione pregiudiziale sollevata da un giudice nazionale solo qualora risulti manifestamente che l'interpretazione del diritto dell'Unione richiesta non ha alcuna relazione con l'effettività o con l'oggetto della causa principale oppure qualora il problema sia di natura ipotetica, oppure nel caso in cui la Corte non disponga degli elementi di fatto e di diritto necessari per fornire una soluzione utile alle questioni che le vengono sottoposte. Sentenza del 19 novembre 2009, Filipiak (C-314/08, EU:C:2009:719, punti da 40 a 42 e giurisprudenza ivi citata).

41. Occorre parimenti notare che l'applicabilità del regolamento n. 883/2004 e, di fatto, della direttiva 2011/24¹³ ai fatti di cui al caso di specie e la circostanza che una normativa nazionale possa essere conforme a norme di diritto derivato non produce l'effetto di sottrarre la normativa in parola all'applicazione delle disposizioni del TFUE e, per estensione, delle norme in materia di libera prestazione dei servizi o, di fatto, a mio avviso, alle disposizioni della Carta¹⁴.

42. Ritengo pertanto che tutte le disposizioni del diritto dell'Unione cui fanno riferimento le questioni sollevate dal giudice del rinvio siano rilevanti rispetto al caso di specie¹⁵. Le questioni sollevate impongono un esame della natura e della portata dell'*obbligo di ottenere un'autorizzazione (preventiva)* a norma dell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 e dell'articolo 8 della direttiva 2011/24 per avere diritto al rimborso, totale o parziale, dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera nello Stato membro di affiliazione. L'esame deve essere effettuato, in particolare, alla luce del diritto alla libertà di religione prevista dall'articolo 10, paragrafo 1, e alla libertà dalla discriminazione fondata sulla religione prevista dall'articolo 21, paragrafo 1, della Carta.

43. Dalla domanda di pronuncia pregiudiziale parrebbe che il rifiuto di rilasciare il modulo S2 in relazione alle cure di B si fondasse soltanto sul fatto che il trattamento sanitario avrebbe potuto essere erogato in Lettonia. Non sono dunque pertinenti altre limitazioni al diritto all'assistenza sanitaria transfrontaliera che potrebbero essere imposte in relazione al diritto al rimborso nell'interesse generale¹⁶.

1. Panoramica della giurisprudenza della Corte sulla libera prestazione dei servizi – articolo 56 TFUE – assistenza sanitaria transfrontaliera – obbligo di autorizzazione preventiva

44. Per giurisprudenza costante, le prestazioni mediche fornite a fronte di un corrispettivo rientrano nella sfera di applicazione delle disposizioni relative alla libera prestazione dei servizi, ivi compresa l'ipotesi in cui le cure siano dispensate in ambito ospedaliero¹⁷. La libera prestazione dei servizi comprende la libertà dei destinatari dei servizi, in particolare delle persone che devono ricevere cure mediche, di recarsi in un altro Stato membro per godere ivi dei detti servizi¹⁸.

13 La base giuridica della direttiva 2011/24 è l'articolo 114 TFUE. V. considerando 2 della direttiva citata. Particolarmente significativo è anche l'articolo 168 TFUE. V. considerando 1 della direttiva citata. Tuttavia, ritengo che gli articoli 7 e 8 della direttiva 2011/24 si fondino ampiamente sulla giurisprudenza della Corte nel campo della libera prestazione di servizi sanitari conformemente all'articolo 56 TFUE. V. considerando 8 della direttiva 2011/24. Ritengo pertanto che vi sia un'apprezzabile sovrapposizione tra la giurisprudenza della Corte sull'articolo 56 TFUE su tale argomento e gli articoli 7 e 8 della direttiva 2011/24.

14 V., per analogia, sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 38). V. altresì sentenza del 16 maggio 2006, Watts (C-372/04, EU:C:2006:325, punti 46 e 47). Ai punti 31 e 34 della sentenza del 30 aprile 2014, Pflieger e a. (C-390/12, EU:C:2014:281), la Corte ha dichiarato che l'ambito di applicazione della Carta, per quanto riguarda l'operato degli Stati membri, è definito dall'articolo 51, paragrafo 1, della medesima, ai sensi del quale le disposizioni della Carta si applicano agli Stati membri esclusivamente nell'attuazione del diritto dell'Unione. L'applicabilità del diritto dell'Unione implica quella dei diritti fondamentali sanciti dalla Carta. Da quanto sopra deriva che, quando gli Stati membri attuano il regolamento n. 883/2004 e la direttiva 2011/24, sono applicabili le disposizioni della Carta. Inoltre, al punto 35 della sentenza del 30 aprile 2014, Pflieger e a. (C-390/12, EU:C:2014:281), la Corte ha dichiarato che, quando uno Stato membro invoca ragioni imperative di interesse generale per giustificare una normativa idonea a frapporre ostacolo all'esercizio della libera prestazione dei servizi, tale giustificazione, prevista dal diritto dell'Unione, deve essere interpretata alla luce dei principi generali del diritto dell'Unione e, in particolare, dei diritti fondamentali ormai garantiti dalla Carta. Pertanto la normativa nazionale considerata potrà fruire delle eccezioni previste solo se è conforme ai diritti fondamentali di cui la Corte garantisce il rispetto.

15 È rilevante anche l'articolo 22 della Carta, in base a cui l'Unione rispetta, inter alia, la diversità religiosa.

16 V., ad esempio, articolo 8, paragrafo 6, lettere da a) a c), della direttiva 2011/24.

17 Sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 36 e giurisprudenza ivi citata).

18 Sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 37 e giurisprudenza ivi citata). Ai punti da 26 a 28 della sentenza del 21 giugno 2012, Susisalo e a. (C-84/11, EU:C:2012:374), la Corte ha dichiarato che, conformemente all'articolo 168, paragrafo 7, TFUE, il diritto dell'Unione non restringe la competenza degli Stati membri ad impostare i loro sistemi di previdenza sociale e ad adottare, in particolare, norme destinate all'organizzazione di servizi sanitari. Tuttavia, nell'esercizio di tale competenza, gli Stati membri sono tenuti a rispettare il diritto dell'Unione, in particolare le disposizioni del Trattato relative alle libertà fondamentali. Le suddette disposizioni comportano il divieto per gli Stati membri di introdurre o di mantenere ingiustificate restrizioni all'esercizio di tali libertà nell'ambito delle cure sanitarie. Nel valutare il rispetto di tale obbligo, è necessario tener conto del fatto che la salute e la vita delle persone occupano una posizione preminente tra i beni e gli interessi protetti dal Trattato e che spetta agli Stati membri stabilire il livello al quale intendono garantire la tutela della sanità pubblica e il modo in cui tale livello deve essere raggiunto. Poiché detto livello può variare da uno Stato membro all'altro, si deve riconoscere agli Stati membri un margine discrezionale.

45. La Corte ha giudicato che il requisito dell'autorizzazione preventiva a cui è subordinata la presa a carico da parte dell'istituzione competente, *secondo il regime di copertura in vigore nello Stato membro cui appartiene*, di cure programmate in un altro Stato membro costituisce un ostacolo alla libera prestazione sia per i pazienti sia per i prestatori, poiché tale sistema scoraggia, o addirittura trattiene, i pazienti di cui trattasi dal rivolgersi ai prestatori di servizi medici stabiliti in un diverso Stato membro per ricevere i trattamenti in parola¹⁹.

46. Benché un'autorizzazione preventiva costituisca, sia per i pazienti sia per i prestatori, un ostacolo alla libera prestazione dei servizi, la Corte ha dichiarato nondimeno che l'articolo 56 TFUE non osta, in linea di principio, al fatto che il diritto di un paziente di ottenere assistenza ospedaliera in un altro Stato membro a carico del sistema cui esso appartiene sia soggetto ad una previa autorizzazione²⁰. Si può affermare che le finalità di una siffatta autorizzazione preventiva consistono (i) nell'esclusione del rischio di grave alterazione dell'equilibrio finanziario del sistema di previdenza sociale, (ii) nel mantenimento di un servizio medico-ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti, (iii) nella conservazione di un sistema sanitario o di una competenza medica nel territorio nazionale e (iv) nel consentire una programmazione con l'obiettivo di garantire nel territorio dello Stato membro interessato la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure ospedaliere di qualità²¹.

47. Al punto 44 della sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), la Corte ha affermato che, benché il diritto dell'Unione non osti in linea di principio a un sistema di autorizzazione preventiva, è nondimeno necessario che le condizioni dettate per il rilascio di una siffatta autorizzazione siano giustificate alla luce dei criteri imperativi prima citati, che esse non eccedano quanto oggettivamente necessario a tal fine e che il medesimo risultato non possa essere conseguito con norme meno vincolanti. Inoltre, un siffatto sistema dev'essere fondato su criteri oggettivi, non discriminatori e noti in anticipo, in modo da circoscrivere l'esercizio del potere discrezionale delle autorità nazionali affinché esso non sia usato in modo arbitrario.

2. Norme previste dal regolamento n. 883/2004 e dalla direttiva 2011/24

48. Come in precedenza indicato, il presente procedimento riguarda, in particolare, due sistemi normativi istituiti ai sensi del diritto dell'Unione, in base ai quali la persona assicurata può ricevere assistenza sanitaria transfrontaliera, vale a dire l'articolo 20 del regolamento n. 883/2004 e gli articoli 7 e 8 della direttiva 2011/24. Malgrado le analogie, vi sono nondimeno importanti differenze tra tali regimi normativi.

¹⁹ Sentenza del 27 ottobre 2011, Commissione/Portogallo (C-255/09, EU:C:2011:695, punto 60 e giurisprudenza ivi citata).

²⁰ Sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 41).

²¹ A tale riguardo, la Corte ha giudicato che non si può escludere che un rischio di grave alterazione dell'equilibrio finanziario del sistema di previdenza sociale possa costituire una ragione imperativa di interesse generale tale da giustificare un ostacolo alla libera prestazione dei servizi. La Corte ha ricordato di aver parimenti riconosciuto che l'obiettivo di mantenere un servizio medico-ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti può parimenti rientrare nel regime di deroghe giustificate da ragioni di sanità pubblica previsto dall'articolo 56 TFUE, quando un tale obiettivo contribuisca alla realizzazione di un livello elevato di tutela della salute. Essa ha inoltre precisato che l'articolo 56 TFUE 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 popolazione. La Corte ha rilevato parimenti che il numero di infrastrutture ospedaliere, la loro ripartizione geografica, la loro organizzazione e le attrezzature di cui sono dotate, o ancora la natura dei servizi medici che sono in grado di fornire, devono poter fare oggetto di una programmazione, la quale risponda, in linea di massima, a diverse esigenze. Da un lato, tale programmazione deve perseguire l'obiettivo di garantire nel territorio dello Stato membro la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure ospedaliere di qualità. Dall'altro, essa dev'essere espressione della volontà di garantire un controllo dei costi ed evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane. Un tale spreco si dimostrerebbe infatti tanto più dannoso in quanto è pacifico che il settore delle cure ospedaliere genera costi notevoli e deve rispondere a bisogni crescenti, mentre le risorse finanziarie che possono essere destinate alle cure sanitarie, quale che sia la modalità di finanziamento usata, non sono illimitate. V. sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punti 42 e 43).

a) Regolamento n. 883/2004

49. Ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento n. 883/2004, la persona assicurata che si trasferisca in un altro Stato membro per ricevervi cure mediche *chiede*²² un'autorizzazione preventiva all'istituzione competente. Nonostante in tale disposizione si utilizzi un linguaggio imperativo, la Corte ha dichiarato che l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 ha il *solo scopo* di individuare le circostanze in cui è *escluso* che l'istituzione competente *possa negare l'autorizzazione* richiesta in base all'articolo 20²³. Pertanto, la Corte ha dichiarato al punto 53 della sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov, (C-173/09, EU:C:2010:581), che l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 enuncia due condizioni cumulative la cui presenza rende obbligatorio il rilascio dell'autorizzazione preventiva richiesta, da parte dell'istituzione competente, in base a detto articolo.

50. La prima condizione impone che le cure di cui trattasi figurino fra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro nel cui territorio risiede l'iscritto al regime previdenziale²⁴. Dalla domanda di pronuncia pregiudiziale risulta chiaro che il trattamento sanitario di cui trattasi nel procedimento principale rientra nell'elenco delle cure finanziate dal bilancio pubblico lettone. A tale riguardo, occorre osservare che né nella domanda di pronuncia pregiudiziale né nel fascicolo a disposizione della Corte vi è alcunché che potrebbe indicare che il Ministero della Sanità abbia negato il rimborso nei confronti di B perché detta condizione non è stata soddisfatta²⁵.

51. Il giudice del rinvio ha dichiarato che ad essere in discussione è la seconda condizione espressa all'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004. Tale condizione impone che le cure che la persona assicurata ha intenzione di ricevere in uno Stato membro diverso da quello in cui risiede, tenuto conto del suo attuale stato di salute e del probabile decorso della sua malattia, non possano esserle fornite entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione²⁶.

52. Ai punti 65 e 66 della sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:58), la Corte ha dichiarato che l'autorizzazione non può essere negata quando la prima condizione è soddisfatta e un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia non può essere ottenuto in tempo utile nello Stato membro nel cui territorio risiede la persona assicurata. Per valutare se un trattamento che presenti lo stesso grado di efficacia per il paziente possa essere ottenuto in tempo utile nello Stato membro di residenza, l'istituzione competente è tenuta a prendere in considerazione l'insieme delle circostanze che contraddistinguono ogni caso concreto, tenendo nel dovuto conto non solamente il quadro clinico del paziente nel momento in cui è richiesta l'autorizzazione e, all'occorrenza, il grado del dolore o la natura dell'infermità di quest'ultimo, che potrebbe, ad esempio, rendere impossibile o eccessivamente difficile l'esercizio di un'attività professionale, ma anche la sua storia clinica²⁷.

22 V., tuttavia, sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punti 45 e 46) in relazione all'eccezione per i casi di urgenza.

23 V., in tal senso, sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 39).

24 Sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 54). Secondo la Corte, il diritto dell'Unione non pregiudica la competenza degli Stati membri ad organizzare i propri sistemi previdenziali e, in mancanza di un'armonizzazione a livello dell'Unione europea, spetta alla normativa di ciascuno Stato membro determinare le condizioni di concessione delle prestazioni in materia di previdenza sociale. V. considerando 7 della direttiva 2011/24 e sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punti 40 e 56). Così, in linea di principio, non è incompatibile con l'ordinamento dell'Unione il fatto che uno Stato membro elabori elenchi limitati di prestazioni mediche rimborsabili da parte del suo sistema previdenziale e detto ordinamento non ha il potere di costringere uno Stato membro ad ampliare un elenco siffatto di prestazioni. Sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 58 e giurisprudenza ivi citata).

25 Il giudice del rinvio ritiene di fatto soddisfatta la prima condizione di cui all'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004. V. punto 15 della domanda di pronuncia pregiudiziale. Non è dunque in discussione che si chieda al Ministero della Sanità di farsi carico di assistenza sanitaria all'estero non prevista dalla legislazione lettone.

26 Sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 63).

27 Al punto 70 della sentenza del 16 maggio 2006, Watts (C-372/04, EU:C:2006:325), la Corte ha affermato che, se il tempo che deriva dagli obiettivi generali di pianificazione non eccede il tempo accettabile sotto il profilo medico, l'istituzione competente è legittimata a considerare che la seconda condizione non è soddisfatta e a rifiutare il rilascio dell'autorizzazione sollecitata dall'interessato.

53. Se entrambe dette condizioni sono vengono soddisfatte, la persona assicurata ha diritto, ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, al rimborso dei costi delle cure secondo le disposizioni della legislazione dello Stato in cui sono state erogate le cure. Qualora l'importo del rimborso delle spese sostenute per le prestazioni ospedaliere fornite in uno Stato membro diverso da quello di residenza, che risulti dall'applicazione delle norme vigenti in quest'ultimo, sia inferiore a quello che sarebbe stato ottenuto applicando la normativa vigente nello Stato membro di residenza in caso di ricovero ospedaliero in quest'ultimo, l'istituzione competente deve inoltre concedere, in forza dell'articolo 56 TFUE, nell'interpretazione datane dalla Corte, un rimborso supplementare corrispondente alla differenza tra questi due importi²⁸.

54. A mio avviso, la seconda condizione di cui all'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 impone al paziente di dimostrare che l'assistenza sanitaria transfrontaliera è necessaria per impellenti esigenze mediche. Lo Stato membro di affiliazione deve dunque rilasciare il modulo S2 e sostenere i costi collegati²⁹, non potendo adeguatamente soddisfare le esigenze mediche di cui trattasi in tempo utile, benché si sia impegnato a soddisfare dette esigenze, come comprovato dal fatto che sia stata soddisfatta la prima condizione di cui all'articolo 20, paragrafo 2. Si può dunque affermare che il regime previsto dal regolamento n. 883/2004 riguarda esclusivamente le esigenze mediche e non, di per sé, la scelta personale del paziente in oggetto.

55. Ne consegue, pertanto, che, poiché la seconda condizione prevista dal regolamento n. 883/2004 è legata unicamente a effettive esigenze mediche e non coinvolge aspetti di scelta personale (per motivi religiosi o di altra natura), la decisione delle autorità lettone di negare il rilascio del modulo S2 non può, in linea di principio e fatta salva l'applicazione della Carta, essere contestata invocando tale particolare condizione.

56. Ciò, tuttavia, non è necessariamente un fattore decisivo per quanto concerne la domanda, avanzata da B, di rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria sostenuti in Polonia, in quanto è ora necessario considerare la situazione relativa alla direttiva 2011/24.

b) Direttiva 2011/24

57. Il senso generale degli articoli 7 e 8 della direttiva 2011/24 consiste tanto nel codificare quanto nel precisare la giurisprudenza della Corte sul rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera al fine di fornire maggiore certezza del diritto e trasparenza in materia³⁰.

58. Ai sensi dell'articolo 7, paragrafo 1, della direttiva 2011/24 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.

28 Sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punti 77 e 78). Quando una persona iscritta al regime previdenziale, che ha presentato una domanda di autorizzazione sulla base di detta disposizione, abbia ricevuto un diniego da parte dell'istituzione competente e il carattere infondato di siffatto diniego sia successivamente dimostrato o dalla medesima istituzione competente o 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. Sentenza del 5 ottobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 48).

29 Che possono magari essere più elevati di quelli altrimenti presi a carico dallo Stato membro di affiliazione. In effetti, dalle osservazioni del Ministero della Sanità e del governo lettone si può evincere che i costi dell'assistenza ospedaliera in altri Stati membri siano notevolmente più elevati rispetto al costo di un'assistenza equivalente in Lettonia. In astratto, tuttavia, non si può escludere che i costi posti a carico dello Stato membro di affiliazione possano essere inferiori.

30 V. considerando 26 e 27 della direttiva 2011/24. V. altresì articolo 9, paragrafo 2, della direttiva 2011/24.

59. Contrariamente all'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, l'articolo 7, paragrafo 4, primo comma, della direttiva 2011/24 dispone che i costi relativi all'assistenza transfrontaliera siano 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 ricevuta³¹.

60. La persona assicurata può pertanto chiedere il rimborso dei costi sostenuti in relazione, ad esempio, alla consultazione di un medico generalista o di un dentista in un altro Stato membro, fino all'importo che sarebbe stato preso a carico dal suo Stato membro di affiliazione, *sempre che* l'assistenza sanitaria in parola rientri tra le prestazioni cui la persona assicurata ha diritto nello Stato membro di affiliazione³².

61. L'articolo 7, paragrafo 1, della direttiva 2011/24 conferma dunque che i pazienti, in linea di principio, hanno una scelta reale ed effettiva riguardo allo Stato membro in cui possono fruire di assistenza sanitaria. Ne consegue che, se l'assistenza sanitaria di cui trattasi è compresa tra le prestazioni cui la persona assicurata ha diritto nello Stato membro di affiliazione, essi devono essere rimborsati come se tale scelta fosse stata esercitata in tale Stato membro. In effetti, i pazienti hanno il diritto di fruire dell'assistenza sanitaria transfrontaliera e, a mio avviso, *non* occorre motivare le loro scelte al riguardo esclusivamente con ragioni di natura clinica.

62. Vi è sul punto una chiara differenza tra il funzionamento del regolamento n. 883/2004, da un lato, e il funzionamento della direttiva 2011/24, dall'altro.

63. In base al regime previsto dalla direttiva 2011/24, un paziente può dunque recarsi in uno Stato membro diverso da quello di affiliazione e ivi fruire di assistenza sanitaria per motivi ad esempio di vicinanza o di semplice preferenza oppure, a tale riguardo, per motivi concernenti le convinzioni religiose³³. È pur vero, naturalmente, che molti pazienti possono scegliere di non avvalersi di assistenza sanitaria transfrontaliera per varie ragioni. Molte delle ragioni sono probabilmente di carattere personale. I pazienti possono scegliere, ad esempio, di ricevere cure mediche nel loro Stato di appartenenza per motivi di convenienza personale o di generale familiarità con detto sistema sanitario e il relativo personale.

64. Dal momento che, tuttavia, il rimborso previsto dalla direttiva 2011/24 è limitato alla somma che sarebbe rimborsata nello Stato membro di affiliazione, la Corte ha affermato che tali circostanze possono limitare l'eventuale impatto finanziario sul sistema previdenziale di uno Stato membro e, ad esempio, abolire l'obbligo della previa autorizzazione per quanto riguarda le cure dispensate nello studio del medico straniero³⁴.

31 V., altresì, sentenza del 27 ottobre 2011, Commissione/Portogallo (C-255/09, EU:C:2011:695, punto 79). Per le eccezioni a tale limite in materia di rimborso, v. articolo 7, paragrafo 4, commi secondo e terzo, della direttiva 2011/24. Al punto 70 della sentenza del 27 ottobre 2011, Commissione/Portogallo (C-255/09, EU:C:2011:695), la Corte ha in effetti ricordato che il fatto che un provvedimento nazionale possa essere eventualmente conforme ad una disposizione di diritto derivato come l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, non produce l'effetto di sottrarre tale provvedimento all'applicazione delle disposizioni del Trattato. Inoltre, l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 mira a permettere all'assicurato, autorizzato dall'ente competente a recarsi in un altro Stato membro per ricevervi cure adeguate alle sue condizioni, di fruire di prestazioni mediche in natura per conto dell'ente competente, ma secondo la normativa dello Stato in cui le prestazioni sono fornite, *segnatamente nel caso in cui il trasferimento diventi necessario in considerazione dello stato di salute dell'interessato, e ciò senza andare incontro a spese supplementari*. Per contro, occorre constatare che l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, interpretato alla luce della sua finalità, non è inteso a disciplinare – e quindi non impedisce affatto – il rimborso da parte degli Stati membri, in base alle tariffe in vigore nello Stato competente, *delle spese sostenute in occasione di cure fornite in un altro Stato membro, anche in mancanza di un'autorizzazione preventiva*.

32 V., in tal senso, punti da 90 a 95 della sentenza del 27 ottobre 2011, Commissione/Portogallo (C-255/09, EU:C:2011:695).

33 Al contrario, dalla seconda condizione di cui all'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 risulta chiaramente che il diritto all'assistenza sanitaria transfrontaliera ai sensi di tale norma è soggetto ad un'autorizzazione preventiva che può essere negata, conformemente a detta disposizione, da parte dello Stato membro di affiliazione in assenza di impellenti esigenze mediche.

34 V. punto 97 della sentenza del 13 maggio 2003, Müller-Fauré e van Riet (C-385/99, EU:C:2003:270).

65. Nonostante la natura aperta dell'articolo 7, paragrafo 1, della direttiva 2011/24, l'articolo 8, paragrafo 1, della medesima stabilisce nondimeno che uno Stato membro di affiliazione *può*³⁵ prevedere un sistema di autorizzazione preventiva per il rimborso dei costi di taluni servizi sanitari transfrontalieri, soprattutto delle cure che comportano il ricovero ospedaliero e l'uso di apparecchiature altamente specializzate³⁶. I limiti imposti devono, tuttavia, ai sensi dell'articolo 8, paragrafo 1, della direttiva 2011/24, essere limitati a quanto necessario e proporzionato all'obiettivo da raggiungere. Tali limiti non possono costituire un mezzo di discriminazione arbitraria o un ostacolo ingiustificato alla libera circolazione dei pazienti. Dal linguaggio stesso dell'articolo 8, paragrafo 1, della direttiva 2011/24 risulta chiaramente che il sistema di autorizzazione preventiva – e dunque la possibilità di limitare l'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera – ha carattere eccezionale e deve quindi essere interpretato in senso restrittivo.

66. A tale riguardo, l'articolo 8, paragrafo 2, lettera a), della direttiva 2011/24 stabilisce che l'assistenza sanitaria che può essere soggetta ad autorizzazione preventiva è *limitata* all'assistenza sanitaria che, in particolare, 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 *comporta il ricovero del paziente in questione per almeno una notte, o richiede l'utilizzo di un'infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose*³⁷.

67. In ogni caso, l'articolo 8, paragrafo 5, della direttiva 2011/24 dispone, inter alia, che lo Stato membro di affiliazione non può rifiutarsi di concedere un'autorizzazione preventiva quando il paziente ha diritto all'assistenza sanitaria in questione, ai sensi dell'articolo 7 della medesima direttiva, e quando l'assistenza sanitaria in questione non può essere prestata sul suo territorio entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico³⁸. Pertanto, conformemente all'articolo 8, paragrafo 6, lettera d), della direttiva 2011/24, lo Stato membro di affiliazione può rifiutarsi di concedere un'autorizzazione preventiva qualora l'assistenza sanitaria possa essere prestata sul suo territorio entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico.

68. Ne consegue, dunque, che gli Stati membri possono assumere obblighi finanziari diversi a seconda che si prenda in considerazione l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 o, in alternativa, gli articoli 7 e 8 della direttiva 2011/24. Si tratta di un'ulteriore differenza tra i due sistemi normativi.

3. Applicazione al caso di specie del regolamento n. 883/2004, della direttiva 2011/24 e degli articoli 10, paragrafo 1, e 20, paragrafo 1, della Carta

69. Come osservato in precedenza, tutte le parti sono d'accordo riguardo al fatto che l'operazione effettuata su B, figlio di A, fosse necessaria per evitare un deterioramento irreversibile delle sue condizioni di salute. Se non vi è *sul piano clinico*, alcun motivo per il quale B non potesse avvalersi delle cure disponibili in Lettonia, come abbiamo già osservato, le convinzioni religiose di A

35 A tale riguardo, sembrerebbe, ferma restando la necessità di verifica da parte del giudice del rinvio, che la Repubblica di Lettonia abbia applicato siffatto sistema di autorizzazione preventiva conformemente all'articolo 8 della direttiva 2011/24 fino al 1° settembre 2018.

36 V. articolo 8, paragrafo 2, lettera a), della direttiva 2011/24. V. altresì articolo 7, paragrafo 9, della direttiva 2011/24, in base a cui lo Stato membro di affiliazione può *limitare il rimborso* dell'assistenza sanitaria transfrontaliera per motivi imperativi di interesse generale.

37 Alla luce di tali condizioni, ritengo si possa ragionevolmente ipotizzare che l'articolo 8, paragrafo 2, lettera a), della direttiva 2011/24 riguardi l'assistenza sanitaria transfrontaliera ricevuta da B in Polonia. V. altresì la formulazione delle questioni da parte del giudice del rinvio. V. anche l'articolo 8, paragrafo 2, lettera b), della direttiva 2011/24. Si tratta di una questione di fatto su cui solo il giudice del rinvio è competente a pronunciarsi.

38 V. articolo 8, paragrafo 6, lettera d), della direttiva 2011/24. Tale disposizione riproduce fedelmente l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004.

impedivano a B di fruire dell'assistenza sanitaria in questione³⁹. Il caso di cui al procedimento principale verte quindi sul rimborso, da parte del Ministero della Sanità lettone, dei costi dell'assistenza ospedaliera di cui B ha fruito in Polonia, ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, dato che il Ministero della Sanità aveva negato la concessione di un'autorizzazione preventiva in relazione a detta assistenza sanitaria, rifiutando di rilasciare il modulo S2, e anche eventualmente, ai sensi degli articoli 7 e 8 della direttiva 2011/24⁴⁰.

70. Occorre ricordare che, affinché l'assistenza sanitaria transfrontaliera sia rimborsata, sia l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 sia l'articolo 7, paragrafo 1, della direttiva 2011/24 impongono che l'assistenza in oggetto sia compresa tra le prestazioni previste dallo Stato membro di affiliazione. Dal momento che detta condizione è stata soddisfatta nel caso dell'operazione effettuata su B, non è in discussione l'obbligo per uno Stato membro, nel caso di specie la Repubblica di Lettonia, di farsi carico di cure che una persona assicurata (ossia B) *non* avrebbe avuto diritto di ricevere nello Stato membro di affiliazione.

71. Ne consegue, pertanto, che la questione se uno Stato membro come la Repubblica di Lettonia possa eventualmente essere tenuta ad assumere obblighi finanziari supplementari, positivi e magari talora costosi, fornendo assistenza sanitaria non compresa tra le prestazioni erogate dallo Stato membro di affiliazione per garantire in modo effettivo il diritto di una persona a praticare il proprio culto o a non subire altre forme di discriminazione per motivi religiosi, semplicemente non si pone nella presente causa, dato che la prima condizione di cui all'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 è stata, in ogni caso, soddisfatta.

72. Per quanto riguarda la seconda condizione contenuta nell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 e i termini di cui all'articolo 8, paragrafo 6, lettera d), della direttiva 2011/24, tali disposizioni consentono effettivamente agli Stati membri di negare l'autorizzazione o il rimborso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera in assenza di esigenze mediche impellenti. Ritengo che il tenore letterale delle disposizioni in parola non sia ambiguo e che *gli unici criteri specificamente contemplati siano di natura medica*.

73. Occorre evidenziare, tuttavia, che ai sensi dell'articolo 51, paragrafo 1, della Carta, nell'attuare il diritto dell'Unione gli Stati membri rispettano i diritti, osservano i principi e promuovono l'applicazione delle disposizioni della Carta, ivi compresi l'articolo 10, paragrafo 1 e l'articolo 21, paragrafo 1⁴¹.

74. Risulta, ferma restando la necessità di verifica da parte del giudice del rinvio, che le norme nazionali di cui trattasi nel procedimento principale – fondate, inter alia, sull'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 e sull'articolo 8, paragrafo 6, lettera d), della direttiva 2011/24 – relative al requisito delle impellenti esigenze mediche per ottenere il rimborso dei costi delle cure di B in Polonia, non ostacolano direttamente la pratica del culto né danno luogo a una discriminazione diretta fondata sulla religione. Le norme in parola sono perfettamente neutre al riguardo.

39 La sincerità di tali convinzioni religiose e la necessità per B di richiedere cure al di fuori della Lettonia per garantire il rispetto delle convinzioni in parola non era in discussione nelle memorie dinanzi alla Corte. All'udienza tenutasi il 13 febbraio 2020, A ha evidenziato il fatto che le cure in questione costituivano per B una procedura salvavita che non era in alcun modo motivata da ragioni di «turismo medico».

40 Nulla nel fascicolo indicherebbe che il diritto di B alla libertà di fruire di servizi transfrontalieri sia stato altrimenti violato. Tuttavia, dal momento che l'assistenza sanitaria transfrontaliera può essere molto costosa, l'esistenza di un diritto al rimborso può essere fondamentale ai fini dell'effettivo esercizio di tale diritto da parte di una persona.

41 Il divieto di ogni discriminazione fondata sulla religione o le convinzioni personali riveste carattere imperativo in quanto principio generale del diritto dell'Unione. Sancito dall'articolo 21, paragrafo 1, della Carta, conferisce ai privati un diritto invocabile in quanto tale nell'ambito di una controversia in un settore disciplinato dal diritto dell'Unione. Quando una discriminazione, contraria al diritto dell'Unione, sia stata constatata, le persone sfavorite devono essere poste nella stessa situazione in cui si trovano le persone che beneficiano del vantaggio in questione. V. sentenza del 22 gennaio 2019, Cresco Investigation (C-193/17, EU:C:2019:43, punti 76 e 79). Occorre osservare che, a differenza dei fatti di cui alla causa sopra menzionata, i fatti di cui trattasi al procedimento principale riguardano una relazione verticale tra A e B, da un lato, e il Ministero della Sanità, dall'altro.

75. Spetta al giudice del rinvio valutare se dette norme nazionali ostacolano indirettamente l'esercizio del culto o introducano una disparità di trattamento indirettamente fondata sulla religione o le convinzioni personali⁴². Tuttavia, risulta evidente che le norme in questione non ostacolano in modo ingiustificato l'esercizio del culto né costituiscono una discriminazione indiretta, qualora siano oggettivamente giustificate da una finalità legittima e i mezzi impiegati per il suo conseguimento siano appropriati e necessari⁴³.

76. Tale accertamento spetta in ultima analisi al giudice del rinvio⁴⁴. Ritengo, tuttavia, che la giurisprudenza della Corte sulla necessità di un'autorizzazione preventiva e sulla libera prestazione di servizi sanitari ai sensi dell'articolo 56 TFUE offra al riguardo indicazioni importanti.

77. A tale proposito, occorre ricordare che, secondo costante giurisprudenza⁴⁵, l'articolo 56 TFUE non osta, in linea di principio, al fatto che il diritto di un paziente di ottenere assistenza ospedaliera in un altro Stato membro a carico del sistema cui esso appartiene sia soggetto a previa autorizzazione⁴⁶ per 1) non correre il rischio di grave alterazione dell'equilibrio finanziario del sistema di previdenza sociale, 2) mantenere un servizio medico-ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti, 3) conservare un sistema sanitario o una competenza medica nel territorio nazionale e 4) consentire una programmazione con l'obiettivo di garantire nel territorio dello Stato membro interessato la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure ospedaliere di qualità⁴⁷.

42 A mio avviso, è ipotizzabile che A e B abbiano subito, come affermato da A, una discriminazione indiretta fondata sulla religione e che il loro diritto all'esercizio del culto sia stato ostacolato per l'applicazione della normativa nazionale che recepisce la seconda condizione dell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, in quanto la domanda avente ad oggetto il rilascio di un modulo S2 nei confronti di B è stata respinta e a quest'ultimo non è stato dunque riconosciuto il diritto al rimborso dell'assistenza sanitaria, disponibile soltanto in un altro Stato membro, in conformità alle convinzioni religiose profonde di A. Inoltre, il giudice del rinvio deve valutare se una richiesta di autorizzazione a fruire di assistenza sanitaria transfrontaliera sia stata presentata o avrebbe potuto essere presentata da parte di A e/o di B ai sensi dell'articolo 8 della direttiva 2011/24. Se l'ordinamento nazionale ha imposto, conformemente all'articolo 8, della direttiva 2011/24, l'obbligo dell'autorizzazione preventiva e le condizioni per la concessione della stessa non hanno tenuto conto delle convinzioni religiose di A e B, potrebbe essere stata indirettamente imposta una limitazione all'esercizio dei loro diritti e delle loro libertà, riconosciuti dall'articolo 10, paragrafo 1, della Carta ed essi potrebbero aver subito una discriminazione indiretta ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, della Carta.

43 V. per analogia, sentenza del 14 marzo 2017, *G4S Secure Solutions* (C-157/15, EU:C:2017:203, punto 35). Occorre sottolineare che, conformemente all'articolo 52, paragrafo 1, della Carta, possono essere imposte limitazioni all'esercizio dei diritti e delle libertà riconosciuti, in particolare, dall'articolo 10, paragrafo 1 e dall'articolo 21, paragrafo 1, della Carta qualora esse siano previste dalla legge e rispettino il contenuto essenziale di detti diritti e libertà. Inoltre, nel rispetto del principio di proporzionalità, possono essere apportate limitazioni solo laddove siano necessarie e rispondano effettivamente a finalità di interesse generale riconosciute dall'Unione o all'esigenza di proteggere i diritti e le libertà altrui. Concordo dunque con le osservazioni del governo polacco riguardo al fatto che il diritto all'esercizio del proprio culto non sia una prerogativa assoluta, bensì possa essere limitato dalla legge nell'interesse pubblico in maniera proporzionata.

44 Nella valutazione di siffatti mezzi, il giudice del rinvio deve adottare una visione globale che tenga conto di tutte le confessioni religiose presenti con numeri rilevanti in Lettonia e non guardare semplicemente all'impatto del solo caso di B sul sistema sanitario lettone. Pertanto, nel punto 74 della sentenza del 13 maggio 2003, *Müller-Fauré e van Riet* (C-385/99, EU:C:2003:270), la Corte ha dichiarato che è chiaro che la presa a carico di un trattamento isolato, effettuato in uno Stato membro diverso da quello in cui ha sede la cassa malattia cui appartiene un determinato assicurato, non può mai avere significative ripercussioni sul finanziamento del sistema di previdenza sociale. Occorre quindi necessariamente adottare una visione globale delle conseguenze della libera prestazione dei servizi in materia sanitaria.

45 V. sentenza del 5 ottobre 2010, *Elchinov* (C-173/09, EU:C:2010:581, punti 42 e 43 e giurisprudenza ivi citata).

46 Sentenza del 5 ottobre 2010, *Elchinov* (C-173/09, EU:C:2010:581, punto 41).

47 Tali criteri sono stati in sostanza ribaditi nell'articolo 8, paragrafo 2, lettera a), della direttiva 2011/24. V. altresì paragrafo 46 e nota 20 delle presenti conclusioni.

a) Mancata giustificazione del rifiuto di un'autorizzazione (preventiva) per motivi organizzativi o strutturali ai sensi sia dell'articolo 20, paragrafi 1 e 2, del regolamento n. 883/2004 sia dell'articolo 8, paragrafi 2 e 6, lettera d), della direttiva 2011/24

78. Tralasciando per un momento il primo criterio, che è puramente finanziario e riguarda il costo dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, gli altri criteri hanno, a mio avviso, carattere organizzativo o strutturale e concernono l'erogazione metodica e equilibrata di assistenza sanitaria effettiva da parte dello Stato membro di affiliazione a tutti gli assicurati⁴⁸. I criteri di cui trattasi *sono analogamente applicabili* in relazione alla giustificazione della preventiva autorizzazione al rimborso e ai motivi del rifiuto dell'autorizzazione stessa, contenuti *sia* nell'articolo 20, paragrafi 1 e 2, del regolamento n. 883/2004 *sia* nell'articolo 8, paragrafi 2, e 6, lettera d), della direttiva 2011/24.

79. Dato che a decorrere dal 1° settembre 2018, risulta che la Repubblica di Lettonia ha abolito l'obbligo di autorizzazione preventiva conformemente alla legge nazionale che recepisce l'articolo 8 della direttiva 2011/24⁴⁹, è per lo meno dubbio, ferma restando la necessità di verifica da parte del giudice del rinvio, che il rifiuto del Ministero della Sanità di rilasciare a B il modulo S2⁵⁰ con decisione del 29 marzo 2016 – meno di diciotto mesi prima – potesse di fatto essere giustificato da motivi organizzativi o strutturali⁵¹.

80. A mio avviso, se non sussistono motivi organizzativi o strutturali tali da giustificare una limitazione alla libera prestazione di servizi sanitari garantita dall'articolo 56 TFUE, ritengo improbabile che criteri analoghi possano giustificare una limitazione del diritto di praticare il proprio culto o di non subire discriminazioni fondate sulla religione garantito dalla Carta, a meno che ciò non comporti un probabile aumento delle richieste di assistenza sanitaria transfrontaliera per motivi religiosi e ciò sia in grado di alterare seriamente l'erogazione metodica e equilibrata di assistenza sanitaria effettiva in Lettonia.

81. Vorrei osservare, a tale riguardo, che il Ministero della Sanità e il governo lettone, nelle loro memorie dinanzi alla Corte, hanno principalmente invocato le limitate risorse finanziarie a disposizione per l'assistenza sanitaria nella Repubblica di Lettonia quale giustificazione per il diniego dell'autorizzazione preventiva. Motivi organizzativi o strutturali non rappresentavano, di per sé, una giustificazione per rifiutare l'autorizzazione all'assistenza sanitaria transfrontaliera in assenza di impellenti esigenze mediche.

b) Giustificazione del rifiuto di un'autorizzazione (preventiva) in base al costo

82. Il costo è un fattore importante per quanto riguarda la presente causa. Se la libertà di religione è essenziale in una società libera in cui le differenze di convinzioni religiose e filosofiche devono, ove ciò sia possibile, essere favorite e tutelate dagli Stati membri, la concessione a tale scopo di un sostegno finanziario mediante denaro pubblico è una questione completamente diversa. Le più ampie garanzie di libertà religiosa – come quelle contenute nell'articolo 10, paragrafo 1, della Carta, nell'articolo 9 CEDU e, di fatto, nelle costituzioni nazionali degli Stati membri – non imporrebbero di per sé a detti Stati di fornire un sistema di sostegno finanziario che consenta ai singoli di mettere in

48 Senza dubbio tali criteri hanno anche un'indiretta componente finanziaria alla luce delle limitate risorse a disposizione in tutti gli Stati membri per quanto riguarda l'assistenza sanitaria pubblica.

49 Infatti, all'udienza tenutasi il 13 febbraio 2020, il governo lettone ha precisato che la necessità di tale autorizzazione preventiva in conformità all'articolo 8 della direttiva 2011/24 è stata abolita a decorrere dal 1° settembre 2018 essendone stata dimostrata la superfluità.

50 Sebbene fosse fondato sulle disposizioni nazionali che recepiscono l'articolo 20 del regolamento n. 883/2004.

51 Nelle loro osservazioni, i governi italiano e polacco, tuttavia, hanno sottolineato l'importanza di detti criteri organizzativi e strutturali per garantire un'equilibrata erogazione di assistenza sanitaria.

pratica le proprie convinzioni religiose. Nessuno suggerirebbe, ad esempio, che uno Stato membro sia tenuto a provvedere al trasporto onde consentire, ad un seguace anziano ed indigente di una particolare confessione, di partecipare alle funzioni religiose, anche se si potesse dimostrare in modo plausibile che il medesimo non sarebbe altrimenti in grado di adempiere i propri obblighi religiosi.

83. Il costo è, di conseguenza, un fattore di cui è necessario tener conto per valutare se e in quale misura le convinzioni religiose debbano essere favorite nella complessa equazione di assistenza sanitaria transfrontaliera e rimborso dei costi ad essa collegati.

1) Regolamento n. 883/2004

84. Sulla questione relativa al costo, si può delineare una netta distinzione tra l'obbligo di autorizzazione preventiva per l'assistenza sanitaria transfrontaliera di cui all'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, da un lato, e all'articolo 8 della direttiva 2011/24, dall'altro. L'onere finanziario che può essere assunto dallo Stato membro di affiliazione in relazione all'assistenza sanitaria transfrontaliera autorizzata ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 è potenzialmente più gravoso di quello che sorgerebbe nel caso degli articoli 7 e 8 della direttiva 2011/24.

85. In base all'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, lo Stato membro di affiliazione deve sostenere i costi di detta assistenza nello Stato membro in cui vengono effettuate le cure, mentre nel caso degli articoli 7 e 8 della direttiva 2011/24, lo Stato membro di affiliazione ha semplicemente l'obbligo di coprire i costi che il suo sistema sanitario pubblico avrebbe dovuto comunque sostenere se le cure fossero state effettuate in tale Stato membro.

86. Se, analizzando tali fattori finanziari, il giudice del rinvio dovesse ritenere che il sistema sanitario lettone, per adeguarsi alle convinzioni religiose e non ad impellenti esigenze mediche⁵², abbia rischiato di essere messo a dura prova, determinando in tal modo un aumento potenzialmente notevole dei costi, a discapito della fornitura di assistenza sanitaria a terzi, siffatto adeguamento alle convinzioni religiose non sarebbe né necessario né proporzionato.

87. In tali circostanze, non tenere conto delle convinzioni religiose ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004 non costituirebbe di per sé un ostacolo ingiustificato all'esercizio del diritto di praticare il proprio culto né rappresenterebbe discriminazione indiretta fondata sulla religione. Ciò sarebbe piuttosto oggettivamente giustificato da una finalità legittima e i mezzi impiegati per il suo conseguimento sarebbero appropriati e necessari.

88. Ritengo pertanto che, in siffatte circostanze, gli Stati membri non siano tenuti a farsi carico di obblighi finanziari positivi che si aggiungerebbero a quelli basati su effettive esigenze mediche⁵³.

89. Ne consegue, a mio avviso, che l'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, in combinato disposto con gli articoli 10, paragrafo 1, e 21, paragrafo 1, della Carta, deve essere interpretato nel senso che uno Stato membro può rifiutare l'autorizzazione di cui all'articolo 20, paragrafo 1, del medesimo regolamento qualora nello Stato membro di affiliazione dell'interessato siano disponibili cure ospedaliere la cui efficacia clinica non è in discussione, anche se il metodo di cura utilizzato non è conforme alle convinzioni religiose del suddetto interessato, nella misura in cui il

⁵² Conformemente alla seconda condizione prevista dall'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004.

⁵³ Anche se i costi derivanti non sono di fatto più elevati, vi è un elemento di incertezza e di rischio in relazione ai costi posti a carico dello Stato membro di affiliazione, che può dare luogo ad una legittima reticenza da parte di quest'ultimo ad assumere un siffatto onere o rischio finanziario in assenza di impellenti esigenze mediche. Inoltre, come indicato dal governo italiano nelle sue osservazioni scritte, è possibile che i sistemi sanitari nazionali possano virtualmente essere esposti ad una grande quantità di richieste di autorizzazione per la fruizione di assistenza sanitaria transfrontaliera fondate esclusivamente su motivi religiosi piuttosto che su impellenti esigenze mediche. A mio avviso, si tratta di questioni di fatto che impongono una valutazione empirica da parte del giudice del rinvio nel suo specifico contesto nazionale, che tenga conto del numero delle potenziali richieste, del costo e del rischio finanziario potenzialmente implicato e dell'entità del bilancio sanitario nazionale.

rifiuto sia oggettivamente giustificato da un obiettivo legittimo e i mezzi impiegati per il suo conseguimento siano appropriati e necessari. In assenza di requisiti organizzativi o strutturali concernenti l'erogazione metodica e equilibrata di assistenza sanitaria effettiva da parte dello Stato membro di affiliazione, lo Stato membro in parola può rifiutarsi, conformemente alla seconda condizione prevista dall'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, di tenere conto delle convinzioni religiose se ciò determinasse potenzialmente, per lo Stato membro di affiliazione, un aumento notevole dei costi a discapito della fornitura di assistenza sanitaria effettiva a terzi. Spetta al giudice del rinvio valutare tale circostanza di fatto.

2) Direttiva 2011/24

90. Per quanto riguarda la giustificazione del rifiuto di concedere l'autorizzazione preventiva sulla base di criteri finanziari, atteso che ai sensi dell'articolo 7, paragrafo 4, della direttiva 2011/24 la Repubblica di Lettonia (lo Stato membro di affiliazione) deve garantire il rimborso dei costi sostenuti da B, il quale ha ricevuto assistenza sanitaria transfrontaliera, *in misura corrispondente ai costi che il sistema avrebbe coperto* se tale assistenza sanitaria fosse stata prestata in tale Stato membro, risulta che, ferma restando ancora una volta la necessità di verifica da parte del giudice del rinvio, non vi fosse alcuna giustificazione finanziaria per rifiutare a B l'autorizzazione preventiva ai sensi dell'articolo 8 della direttiva 2011/24⁵⁴.

91. Si può ricordare che gli articoli 7 e 8 della direttiva 2011/24 sono entrambi guidati, in linea di principio, dalla libera scelta⁵⁵ della persona che fruisce dell'assistenza sanitaria transfrontaliera⁵⁶. Sotto tale profilo, la direttiva 2011/24 differisce dall'articolo 20 del regolamento n. 883/2004, salvo che, come si è visto, l'articolo 8, paragrafo 6, lettera d), della medesima direttiva *permette* – ma non *impone* – agli Stati membri di prevedere obblighi di autorizzazione preventiva per motivi organizzativi e strutturali.

92. Nella presente causa, data l'evidente assenza di motivi finanziari, organizzativi o strutturali per rifiutare a B l'autorizzazione (preventiva) per fruire dell'assistenza sanitaria transfrontaliera ai sensi della direttiva 2011/24, l'autorizzazione (preventiva) in parola poteva essere legittimamente rifiutata semplicemente perché l'operazione era disponibile e avrebbe potuto essere effettuata da parte del sistema sanitario pubblico lettone.

93. Giungere ad una diversa conclusione significherebbe che la questione relativa alla scelta del paziente, indipendentemente dal fatto che si basi su motivazioni religiose o di altra natura, semplicemente non si pone. Tuttavia, alla luce dell'evidente assenza di motivi finanziari, organizzativi o strutturali per rifiutare a B l'autorizzazione (preventiva) a fruire dell'assistenza sanitaria transfrontaliera ai sensi degli articoli 7 e 8 della direttiva 2011/24, un siffatto rifiuto non parrebbe né necessario nell'interesse generale né proporzionato, come previsto dall'articolo 52, paragrafo 1, della Carta.

94. Nel caso di specie vi sono alcune incertezze di fatto in relazione alla questione se A avrebbe potuto chiedere l'autorizzazione (preventiva) affinché B ricevesse le cure in Polonia conformemente alle disposizioni nazionali che recepiscono l'articolo 8 della direttiva 2011/24 e se una successiva richiesta di rimborso sia tardiva a causa del decorrere del termine di un anno indicato all'udienza.

⁵⁴ Se siffatta autorizzazione è stata chiesta e se nel 2016, in Lettonia, era di fatto disponibile una struttura adeguata a fornire informazioni e concedere detta autorizzazione preventiva conformemente alla normativa nazionale che recepisce l'articolo 8 della direttiva 2011/24, circostanza discussa dalle parti nel procedimento dinanzi alla Corte e la cui verifica spetta al giudice del rinvio.

⁵⁵ Indipendentemente dal fatto che la motivazione sia religiosa o di altra natura.

⁵⁶ L'obbligo di autorizzazione preventiva, ai sensi dell'articolo 8, paragrafo 2, della direttiva 2011/24, è una deroga evidente al principio in parola e deve quindi essere interpretato in senso restrittivo.

95. Se, tuttavia, nella presente causa è stata presentata una richiesta di autorizzazione preventiva in base al sistema all'epoca vigente in Lettonia prima del settembre 2018, come ammesso dall'articolo 8, paragrafo 6, della direttiva 2011/24, tenuto conto del primato della scelta del paziente previsto dalla medesima direttiva e dei seri motivi di tale scelta in relazione al caso di specie, sembra improbabile che le autorità lettoni avrebbero potuto legittimamente rifiutarsi di accogliere siffatta richiesta.

96. In dette circostanze, il giudice del rinvio dovrebbe affrontare la questione generale del rimborso chiedendosi se il sistema lettone permettesse, sia in teoria che in pratica, richieste tardive di autorizzazione a cure transfrontaliere, ai sensi della direttiva 2011/24, che implicassero operazioni complesse e ricoveri ospedalieri in un altro Stato membro.

97. In caso di risposta affermativa a tale questione, il giudice del rinvio dovrebbe annullare la decisione con cui viene rifiutato il rimborso alla luce del primato della scelta del paziente ai sensi della direttiva 2011/24 (e dei seri motivi per esercitare tale scelta nel caso di specie), a meno che detto giudice non sia convinto del fatto che nel 2016 vi fossero nella presente causa reali motivi amministrativi e organizzativi tali da giustificare ora il rifiuto, da parte delle autorità sanitarie pubbliche della Lettonia, di accedere ad una richiesta tardiva del tipo in questione.

98. Ritengo pertanto che, in assenza di requisiti organizzativi o strutturali concernenti l'erogazione metodica e equilibrata di assistenza sanitaria effettiva da parte dello Stato membro di affiliazione, l'articolo 56 TFUE, l'articolo 8, paragrafi 2, 5 e 6, lettera d), della direttiva 2011/24, in combinato disposto con l'articolo 10, paragrafo 1, e l'articolo 21, paragrafo 1, della Carta, debbano essere interpretati nel senso che uno Stato membro non può rifiutare l'autorizzazione di cui all'articolo 8, paragrafo 1, di tale direttiva qualora nello Stato membro di affiliazione dell'interessato siano disponibili cure ospedaliere la cui efficacia clinica non è in discussione, ma il metodo di cura utilizzato non sia conforme alle convinzioni religiose profonde del suddetto interessato, a meno che tale comportamento non comporti un probabile aumento delle richieste di assistenza sanitaria transfrontaliera per motivi religiosi che sarebbe in grado di alterare seriamente l'erogazione metodica e equilibrata di assistenza sanitaria effettiva in tale Stato membro. Spetta al giudice del rinvio valutare tale circostanza di fatto.

VI. Conclusione

99. Propongo, pertanto, alla Corte di rispondere come segue alle due questioni pregiudiziali proposte dall'Augstākā tiesa (Senāts) (Senato della Corte suprema, Lettonia):

- 1) L'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, in combinato disposto con l'articolo 10, paragrafo 1 e l'articolo 21, paragrafo 1, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, deve essere interpretato nel senso che uno Stato membro può rifiutare l'autorizzazione di cui all'articolo 20, paragrafo 1, di detto regolamento qualora nello Stato di residenza dell'interessato siano disponibili cure ospedaliere la cui efficacia clinica non è in discussione, ma il metodo di cura utilizzato non sia conforme alle convinzioni religiose del suddetto interessato, nella misura in cui il rifiuto sia oggettivamente giustificato da un obiettivo legittimo e i mezzi impiegati per il suo conseguimento siano appropriati e necessari. In assenza di requisiti organizzativi o strutturali concernenti l'erogazione metodica e equilibrata di assistenza sanitaria effettiva da parte dello Stato membro di affiliazione, tale Stato membro può rifiutarsi, conformemente alla seconda condizione prevista dall'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, di tenere conto delle convinzioni religiose, se ciò determinasse potenzialmente, per lo Stato membro di affiliazione, un aumento notevole dei costi a discapito della fornitura di assistenza sanitaria a terzi. Spetta al giudice del rinvio valutare tale circostanza di fatto.

- 2) In assenza di requisiti organizzativi o strutturali concernenti l'erogazione metodica e equilibrata di assistenza sanitaria effettiva da parte dello Stato membro di affiliazione, l'articolo 56 TFUE e l'articolo 8, paragrafi 2, 5 e 6, lettera d), della direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, in combinato disposto con l'articolo 10, paragrafo 1, e l'articolo 21, paragrafo 1, della Carta dei diritti fondamentali, devono essere interpretati nel senso che lo Stato membro di affiliazione non può rifiutare l'autorizzazione di cui all'articolo 8, paragrafo 1, di tale direttiva qualora nello Stato membro di affiliazione dell'interessato siano disponibili cure ospedaliere la cui efficacia clinica non è in discussione, ma il metodo di cura utilizzato non sia conforme alle convinzioni religiose profonde del suddetto interessato, a meno che tale comportamento non comporti un probabile aumento delle richieste di assistenza sanitaria transfrontaliera per motivi religiosi che sarebbe in grado di alterare seriamente l'erogazione metodica ed equilibrata di assistenza sanitaria effettiva in tale Stato membro. Spetta al giudice del rinvio valutare tale circostanza di fatto.