

GR_GERICHTE S 2019 96 vom 30. März 2021

GR Gerichte, 2021-03-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2019_96

FR: GR_GERICHTE S 2019 96 du 30 mars 2021

IT: GR_GERICHTE S 2019 96 del 30 marzo 2021

Regeste

prestazioni assicurative LAMal | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 2

Controversa è la questione se la convenuta si è giustamente rifiutata di prendersi carico dei costi di CHF 20'981.20 (EUR 14'937.33) per il trattamento medico avvenuto dal 30 marzo al 2 aprile 2015 in Italia in favore del ricorrente, cittadino italiano residente in Svizzera in età lavorativa (imprenditore). Il trattamento è stato pagato alla relativa clinica dal ricorrente, che ha poi chiesto il rimborso qui in discussione alla convenuta.

- 5 -

E. 3

Siccome la fattispecie presenta una dimensione internazionale, occorre considerare le relative norme di coordinamento. Il ricorrente non si è opposto all'applicazione del diritto svizzero da parte della convenuta nell'esame del diritto al rimborso dei costi per il relativo trattamento all'estero, anzi, egli stesso argomenta principalmente poggiando sulle rispettive disposizioni svizzere. Per ragioni argomentative, dapprima si esaminerà un diritto al rimborso secondo il diritto svizzero.

E. 4

Giusta l'art. 25 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico- sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi (cpv. 1). Queste prestazioni comprendono, fra le altre, gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate dal medico, dal chiropratico, o da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico (cpv. 2 lett. a). La LAMal è retta dal principio di territorialità. Tuttavia, a norma dell'art. 34 cpv. 2 lett. a LAMal il Consiglio federale può prevedere che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assuma i costi delle prestazioni di cui all'art. 25 cpv. 2 fornite all'estero per motivi d'ordine medico o nell'ambito della cooperazione transfrontaliera ad assicurati residenti in Svizzera. Sulla base di questa delega di competenza, l'autorità esecutiva ha previsto eccezioni disciplinate all'art. 36 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102). Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi dei trattamenti effettuati all'estero in caso d'urgenza. Esiste urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera è inappropriato. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento. Decisiva è la circostanza che l'assicurato necessita, subito e in

maniera impreveduta, di un trattamento all'estero (cfr. DTF 146 V 152 consid. 10.3;

- 6 - STF 9C_202/2015 consid. 3.2). L'esame del carattere urgente di un intervento spetta in primo luogo al medico che sulla base delle sue conoscenze specialistiche può giudicare meglio la situazione di emergenza sanitaria. Il giudice deve poi esaminare la correttezza dell'operato del medico alla luce delle esigenze poste dall'art. 36 cpv. 2 OAMal. A tal fine, egli deve in particolare esaminare la situazione sulla base delle conoscenze esistenti al momento topico (per analogia DTF 138 V 510 consid. 5.8; STF 9C_137/2020 consid. 5). Non vi è un caso d'emergenza se può essere preteso un viaggio di ritorno. L'esigibilità del viaggio di ritorno va analizzata in base a tutte le circostanze del singolo caso, quali l'esigibilità di un rientro dal punto di vista medico, i costi per il viaggio di ritorno in rapporto ai costi di trattamento, la possibilità di un trattamento in Svizzera e le conseguenze di un rientro (peggioramento dello stato di salute a causa del rinvio del trattamento) (cfr. STA 9C_1009/2010 consid. 2.2 seg.).

E. 5

Nel caso di specie non è contestata dalle parti la necessità di procedere al relativo intervento. Da affrontare nel seguito è piuttosto la questione principale del litigio, ovvero il presupposto dell'urgenza.

E. 6

Fondandosi sulla valutazione del suo medico di fiducia Dr. med. F._____, la convenuta ritiene che il criterio dell'urgenza non sia dato, siccome stando ai rapporti medici un viaggio di ritorno in Svizzera sarebbe stato ragionevole. A mente del medico di fiducia, stando agli atti l'intervento sarebbe stato pianificato e non d'emergenza. Secondo il medico di fiducia, i forti dolori dichiarati dal ricorrente non sarebbero stati confermati da un medico. All'ingresso in clinica il ricorrente sarebbe stato in buone condizioni generali, asintomatico e non vi sarebbero state complicazioni (nessun sanguinamento). Tutti i valori di laboratorio e la radiografia del torace sarebbero stati nella norma (cfr. 10 convenuta risp. doc. 12 ricorrente). Nella presa di posizione complementare del 27 marzo 2019, in

- 7 - risposta alle osservazioni di opposizione del ricorrente, il medico di fiducia ha aggiunto che il certificato del chirurgo operante (Dr. med. E._____) del 12 dicembre 2018 menzionerebbe soltanto che il ricorrente aveva forti dolori. Ciò, sempre stando al medico di fiducia, non cambierebbe nulla alle riscontrate buone condizioni cliniche generali del ricorrente. Di conseguenza, il medico di fiducia ha ribadito che un rientro in Svizzera sarebbe stato accettabile secondi i rapporti (cfr. doc. 30 convenuta risp. doc. 12 ricorrente).

E. 7

Il ricorrente obietta, innanzitutto, che l'unica indicazione di sanguinamento concerne il periodo postoperatorio. Senza nessuna prova la convenuta riterrebbe che non vi fosse stato un sanguinamento preoperatorio. Il ricorrente afferma di essere stato oggettivamente e clinicamente colpito da insostenibili, dolorose e imprevedute problematiche, tant'è che il medico curante avrebbe ordinato l'immediato ricovero e intervento chirurgico. A causa della situazione di dolore dovuta alla particolare patologia rilevata dai medici sarebbe stato impossibilitato a muoversi, stare seduto e, in specie, a essere trasportato; un trasferimento in tali condizioni sarebbe stato da ritenersi più che inappropriato e (umanamente) non esigibile. Ciò a prescindere dal suo stato generale di salute. Come indicato dal Dr. med. E._____ nel certificato medico del 18 settembre 2018, il ricorrente al momento del ricovero

sarebbe risultato "affetto da marcata sintomatologia dolorosa con indicazione a sollecito a intervento chirurgico". Stando al ricorrente, la convenuta avrebbe interpretato erroneamente il foglio 2 del Diario clinico, in cui si parla di "buone condizioni generali". Questa dichiarazione sarebbe soltanto un accertamento sull'idoneità del ricorrente a sottoporsi alla relativa operazione. Inoltre, nel formulario "Trattamento medico all'estero" del 12 luglio 2016 il ricorrente stesso avrebbe indicato "forte acutizzazione del dolore". Il ricorrente sostiene poi di aver dovuto rinunciare a un viaggio di famiglia previsto per il giorno successivo. Il

- 8 - soggiorno a D._____ sarebbe stato dovuto a legittimi motivi di lavoro e di imminente partenza per le vacanze dall'aeroporto di D._____, pienamente in linea con le sue regolari attività.

E. 8

Stando agli atti, il ricorrente è stato sottoposto a un intervento presso la Casa di Cura "C._____", D._____, di emorroidectomia secondo Milligan- Morgan, sfinterotomia parziale interna bassa e escissione del polipo a causa di emorroidi essenziali di 3. grado, ragade della commissura posteriore e polipo fibroso del canale anale. Il ricorrente è stato ricoverato lunedì 30 marzo (giorno dell'operazione) e dimesso mercoledì 1. aprile 2015 (cfr. doc. 3 convenuta). In primo luogo, si osserva che, sebbene sia domiciliato a G._____, il ricorrente possiede un appartamento a D._____ e per sua stessa ammissione anche il suo medico di fiducia – non espressamente nominato agli atti – si trova a D._____ (cfr. doc. 5 ricorrente; cfr. anche doc. 4 ricorrente). Egli ha inoltre dichiarato di trovarsi in Italia per lavoro e vacanza. Il ricorrente è un imprenditore la (le) cui società si trova (trovano) (anche) in Italia. Sebbene secondo la dottrina dominante anche un lungo soggiorno per lavoro vada ancora ritenuto temporaneo ai sensi dell'art. 36 OAMal (cfr. EUGSTER, in: Meyer (ed.), Soziale Sicherheit, Band XIV, 3. ed. 2016, n. marg. 544 pag. 575), esistono perlomeno dei dubbi che il ricorrente si trovava solo temporaneamente a D._____, per cui sembra già mancare il requisito del soggiorno temporaneo all'estero. Ma soprattutto, non appare adempito con il grado di verosimiglianza preponderante (usuale nelle assicurazioni sociali) il presupposto dell'urgenza, come verrà esposto qui di seguito. Il medico di fiducia della convenuta ha rilevato che, al momento dell'entrata in ospedale, il ricorrente era in buone condizioni generali e che non vi erano complicazioni. In effetti, stando al diario clinico (per quanto leggibile [doc. 3 convenuta]) il ricorrente è entrato in clinica in buone condizioni generali e non vi era una controindicazione all'intervento. Inoltre, anche nel diario

- 9 - infermieristico (per quanto leggibile [doc. 3 convenuta]) non sono stati segnalati problemi urgenti al momento dell'ingresso in clinica. Si noti tra parentesi che nella cartella infermieristica (doc. 3 convenuta) figura un timbro di un altro paziente sulla pagina 2 e 3, ma nonostante questo errore, si tratta evidentemente della cartella del ricorrente (che peraltro porta la sua firma). In più, pure la diagnostica per immagini (radiografia del torace) di lunedì 30 marzo 2015 non ha evidenziato complicazioni importanti all'ingresso in clinica (cfr. doc. 3 convenuta). Il ricorrente osserva, a ragione, che da queste descrizioni non è dato concludere che non vi fosse l'esigenza di procedere all'operazione in discussione. Come anticipato, la necessità dell'intervento in oggetto è indiscussa. Tuttavia, il ricorrente non solo non è in grado di comprovare la necessità impellente, ossia l'urgenza di tale intervento, ma – come meglio si vedrà qui di seguito – non riesce nemmeno a inficiare con probabilità preponderante la conclusione della convenuta (risp. del suo medico di fiducia) secondo cui il relativo intervento è stato persino programmato. Dal diario clinico (v. anche anamnesi

patologica prossima) si evince che il ricorrente è un paziente noto alla Casa di Cura "C._____" per precedenti ricoveri e visite. Già nel 2014 egli si era sottoposto presso detta clinica a divulsione anale su riscontro di ragade anale (cfr. doc. 5 convenuta). Nel certificato del 18 settembre 2018 (doc. 17 convenuta) il Dr. med. E._____, il quale ha eseguito la succitata operazione, ha attestato che a causa della ragade anale al momento del ricovero il ricorrente sarebbe risultato affetto da marcata sintomatologia dolorosa con indicazione a sollecito a intervento chirurgico, come sarebbe ampiamente descritto nella cartella clinica. Nella precisazione del 12 dicembre 2018 (doc. 17 convenuta) il Dr. med. E._____ ha confermato che "l'intensa sintomatologia dolorosa, a carattere rapidamente ingravescente, poneva indicazione a sollecito intervento chirurgico sconsigliando il trasferimento del paziente in altra sede". Queste affermazioni del medico curante confermano tuttalpiù la necessità dell'intervento, ma non sono in

- 10 - grado di avvalorarne l'urgenza. Il trasferimento del ricorrente in altra sede è stato (soltanto) sconsigliato e in più si tratta di una dichiarazione retrospettiva rilasciata più di tre anni dopo l'intervento. Quantunque il ricorrente nel formulario assicurativo datato 12 luglio 2016 (doc. 5 convenuta) alla domanda n. 6 ("è stato vittima di una malattia improvvisa o di un infortunio?") abbia inoltre dichiarato che il dolore si è fortemente acuito, non dimostra l'urgenza dell'intervento. L'urgenza dell'intervento non è nemmeno dimostrata per mezzo delle attestazioni infermieristiche della relativa clinica secondo cui il ricorrente è stato valutato a rischio cadute (cfr. doc. 13 ricorrente). Oltretutto, la ricostruzione dei fatti del ricorrente è lacunosa. Stando alla sua dichiarazione e a quella della moglie del 13 dicembre 2018 (cfr. doc. 4 e 5 ricorrente), dopo essere stato visitato dal suo medico egli sarebbe stato immediatamente ricoverato presso la clinica "C._____", dove sarebbe stato operato il giorno successivo. La moglie del ricorrente conferma che la crisi causata dalla ragade anale accusata domenica 29 marzo 2015 è stata improvvisa e con dolori molto forti. Secondo le dichiarazioni del ricorrente, il suo medico di fiducia lo avrebbe visitato domenica 29 marzo 2015 e immediatamente indirizzato dalla rispettiva clinica. Riguardo a questa ricostruzione dei fatti, va detto, in primo luogo, che manca un rapporto del medico di fiducia del ricorrente da cui figurì che questi abbia immediatamente mandato il ricorrente dallo specialista per l'operazione. In secondo luogo, si rileva che stando agli atti clinici il ricorrente è entrato in clinica lunedì 30 marzo 2015, quindi soltanto il giorno dopo la presunta visita presso il suo medico di fiducia. Stando al rispettivo rapporto (doc. 3 convenuta), l'intervento è avvenuto tra le 15:50 e le 16:10 di lunedì 30 marzo 2015. Stando alle summenzionate dichiarazioni del ricorrente e della moglie, nel periodo cruciale il ricorrente si trovava a D._____ in procinto di partire in vacanza per l'Oman con tutta la famiglia. Egli sarebbe dovuto partire apparentemente il 30 marzo 2015 (o nei giorni successivi). A mente della moglie, ella e il resto della famiglia

- 11 - sarebbero partiti comunque, in seguito alla notizia che l'intervento era andato a buon fine. Se il ricorrente fosse in grado di dimostrare la prenotazione del viaggio in Oman e il fatto che non abbia intrapreso questo viaggio a causa della crisi dolorosa e/o se egli potesse produrre un attestato del medico di fiducia in cui si confermi il trasferimento d'urgenza in clinica, riuscirebbe probabilmente a fugare i dubbi sul fatto che l'intervento sia avvenuto d'urgenza risp. non sia stato programmato. Ma in assenza di tali prove – che, se possibili, il ricorrente avrebbe dovuto esibire, conformemente all'obbligo di collaborare al rilevamento della fattispecie (art. 61 lett. c LPGa) – gli elementi agli atti militano con il grado di probabilità preponderante in favore di un intervento programmato. Posto ciò, nulla cambia

il fatto che, come affermato dal ricorrente, con la patologia in questione sarebbe stato fortemente sconsigliato qualsiasi spostamento, sia in auto sia in treno o in aereo, perché avrebbe comportato un'acutizzazione del dolore. Dal momento infatti che la programmazione dell'intervento per la data menzionata appare altamente probabile, in questo caso è ininfluenza il fatto che, prima dell'intervento, i dolori potevano effettivamente essere avanzati a tal punto da impedire spostamenti su lunghe distanze. Riepilogando, l'urgenza dell'intervento non è corroborata da documenti in tempo reale e dagli atti risulta più altamente probabile che il ricorrente si trovasse a D._____ (anche) per eseguire l'intervento in discussione e che questo sia stato dunque programmato piuttosto che dovuto a un'emergenza.

E. 9

Vista questa propria conclusione del Tribunale fondata sugli atti, non sono (più) pertinenti le critiche sulle carenze linguistiche sollevate dal ricorrente nei confronti della convenuta e del suo medico di fiducia. Inoltre, non è data l'asserita lesione del principio inquisitorio spettante alla convenuta secondo l'art. 43 cpv. 1 LPGA, siccome non si comprende a quali ulteriori analisi o richieste complementari essa avrebbe dovuto procedere. Dal

- 12 - momento poi che non è data l'urgenza del trattamento, non occorre procedere all'esame dei presupposti di efficacia, appropriatezza ed economicità delle relative prestazioni giusta l'art. 32 cpv. 1 LAMal.

E. 10

Ne consegue che il presupposto dell'urgenza giusta l'art. 36 cpv. 2 OAMal con altra probabilità non appare adempito. Di conseguenza, il rifiuto del rimborso in base al diritto svizzero appare corretto.

E. 11

Resta ancora da chiarire se è dato procedere all'esame del rimborso in base al diritto di coordinamento. Giusta l'art. 19 cpv. 1 del Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (Regolamento (CE) n. 883/2004; RS 0.831.109.268.1) [Regolamento di base], fatte salve disposizioni contrarie del cpv. 2, la persona assicurata e i suoi familiari che dimorano in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente hanno diritto alle prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora. Tali prestazioni sono erogate per conto dell'istituzione competente dall'istituzione del luogo di dimora, ai sensi delle disposizioni della legislazione che essa applica, come se gli interessati fossero assicurati in virtù di tale legislazione. Secondo l'art. 25 del Regolamento (CE) n. 987/2009 nella versione dell'Allegato II all'Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (RS 0.831.109.268.11) [Regolamento d'applicazione] le prestazioni in natura di cui all'art. 19 cpv. 1 del Regolamento di base si riferiscono alle prestazioni in natura erogate nello Stato membro di dimora, conformemente alla legislazione di quest'ultimo, che si rendono necessarie sotto il profilo medico affinché la persona assicurata non sia

- 13 - costretta a ritornare nello Stato membro competente per ricevere le cure necessarie prima della conclusione prevista del suo soggiorno (cpv. 3). Se la persona assicurata ha effettivamente sostenuto totalmente o in parte le spese delle prestazioni in natura erogate

nel quadro dell'art. 19 del Regolamento di base e se la legislazione applicata dall'istituzione del luogo di dimora consente il rimborso di tali spese alla persona assicurata, quest'ultima può inoltrare domanda di rimborso all'istituzione del luogo di dimora. In tal caso, questa le rimborsa direttamente l'importo delle spese che corrispondono a tali prestazioni nei limiti e alle condizioni tariffarie di rimborso della sua legislazione (cpv. 4). Se il rimborso di tali spese non è stato richiesto direttamente presso l'istituzione del luogo di dimora, le spese sostenute sono rimborsate alla persona interessata dall'istituzione competente secondo le tariffe di rimborso applicate dall'istituzione del luogo di dimora, oppure gli importi che sarebbero stati oggetto di rimborso all'istituzione del luogo di dimora, qualora fosse applicato l'art. 62 del Regolamento d'applicazione nel caso in questione. L'istituzione del luogo di dimora fornisce all'istituzione competente che ne fa richiesta le informazioni necessarie su dette tariffe o importi (cpv. 5). In deroga al cpv. 5, l'istituzione competente può procedere al rimborso dei costi sostenuti nei limiti e alle condizioni tariffarie di rimborso previste dalla sua legislazione, a condizione che la persona assicurata acconsenta all'applicazione di questa disposizione (cpv. 6). Giusta la cifra 5.3 della Guida sull'assicurazione malattia in relazione all'UE/AELS e sull'assistenza in materia di prestazioni a persone assicurate obbligatoriamente in svizzera per le cure medico-sanitarie (edita dall'Istituzione comune LAMal, stato al 21 dicembre 2020 [disponibile solo in tedesco], in seguito: Guida LAMal) i tre presupposti (cumulativi) per il rimborso dei costi in caso di soggiorno temporaneo in uno stato UE/AELS sono dunque la necessità medica (1) in considerazione della durata del soggiorno (2) e del tipo di prestazioni (3). Il criterio più importante è quello

- 14 - della necessità medica e in tale contesto l'apprezzamento medico svolge un ruolo fondamentale. Secondo la Guida LAMal, di norma vengono assunti costi per trattamenti che non possono essere rinviati al momento previsto per il rientro nel paese di residenza. Il trattamento medico deve consentire l'imminente rientro nel paese di residenza, affinché ivi possa essere effettuato il vero e proprio trattamento o continuato il trattamento (per quanto necessario). La dottrina precisa, in particolare, che il trattamento non può essere lo scopo del soggiorno all'estero. La necessità medica è data, se dovendo attendere fino al viaggio di rientro c'è da aspettarsi il rischio di un peggioramento della malattia, o addirittura di un danno irreversibile alla salute (cfr. EUGSTER, op. cit., n. marg. 578 seg.).

E. 12

L'art. 19 Regolamento di base non prevede esplicitamente il requisito dell'urgenza. Ma siccome nei considerandi precedenti è stata negata l'urgenza del trattamento poiché questo è stato molto probabilmente programmato, non sono nemmeno adempiti i presupposti dell'art. 19 cpv. 1 Regolamento di base. Ciò anche perché il soggiorno del ricorrente a D._____ è da ritenersi non tanto temporaneo quanto piuttosto abituale, visto quanto già considerato sopra (cfr. EUGSTER, op. cit., n. marg. 577 pag. 585). Essendo la fattispecie fuori del quadro dell'art. 19 cpv. 1 del Regolamento di base, non occorre quindi valutare un diritto al rimborso secondo le tariffe italiane o svizzere giusta l'art. 25 cpv. 5 risp. 6 Regolamento d'applicazione. Accertato che non è dato un rimborso né in base al diritto di coordinamento risp. all'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni (art. 19 Regolamento di base e art. 25 Regolamento d'applicazione) né secondo quello svizzero (art. 36 OAMal), non bisogna esaminare la questione se la Casa di Cura "C._____" sia un ente privato o meno (se detta clinica non fosse un prestatore riconosciuto dal sistema sociale italiano di copertura sanitaria, un rimborso sarebbe possibile soltanto nei limiti dell'art. 36 OAMal; se

per

- 15 - contro detta struttura ha fornito le proprie prestazioni nell'ambito di tale sistema, la domanda di rimborso soggiace alle disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni [cfr. EUGSTER, op. cit., n. marg. 583 pag. 586; STF 9C_562/2010 consid. 5.3 sulla base del diritto di coordinamento anteriore]). Non è pertanto necessario un rinvio dell'incanto alla convenuta perché verifichi tale aspetto.

E. 13

La convenuta ha dunque giustamente rifiutato l'assunzione dei costi del trattamento effettuato all'estero. Il ricorso va pertanto respinto e l'impugnata decisione su opposizione confermata.

E. 14

Giusta l'art. 61 lett. fbis LPGA in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede, il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In questo caso, non si ravvisa un comportamento temerario o sconsiderato da parte del ricorrente, per cui per la presenta procedura non vengono prelevate spese. Inoltre, alla convenuta, che non ha chiesto un indennizzo a titolo di ripetibili, non vengono assegnate ripetibili. III. Per questi motivi il Tribunale giudica: 1. Il ricorso è respinto. 2. Non si prelevano spese. 3. Non sono assegnate ripetibili. 4. [Vie di diritto] 5. [Comunicazioni]

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.