

TI_GERICHTE 36.2003.28 vom 10. Februar 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-02-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2003.28

FR: TI_GERICHTE 36.2003.28 du 10 février 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2003.28 del 10 febbraio 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 37

OAMal. 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 non è appropriato. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento. Il cpv. 4 di tale disposto determina l'estensione dell'assunzione delle prestazioni dispensate all'estero. Come rammenta G. Eugster in: *Krankenversicherung, Koller, Müller, Rhinow, Zimmerli, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, U. Meyer-Blaser, Soziale Sicherheit, Basilea 1998, p. 87 N 175: "Der Notfall ...liegt... vor wenn die Versicherte Person im Ausland unvorgesehen und überraschend der Behandlung bedarf ...gleiches gilt wenn im Ausland eine in der Schweiz begonnene Behandlung fortgesetzt werden muss."* Va qui allora ritenuto come il principio della territorialità, che permeava la LAMI, continua a reggere il sistema di assicurazione malattia instaurato dalla LAMal (cfr. Eugster, op. cit., loc. cit., e come ricordato anche nelle sentenze di questo TCA 36.2002.29 in re C. dell'11 giugno 2003 e 36.2000.116 del 18 giugno 2001 in re N. veda anche Maurer, *Das neue Krankenversicherungsrecht, Basilea 1996, p. 42, 56*). Per l'art. 34 cpv. 2 LAMal quindi: " Il Consiglio federale può decidere che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assuma i costi delle prestazioni di cui agli articoli 25 capoverso 2 o 29 eseguite all'estero per motivi d'ordine medico. Può designare i casi in cui detta assicurazione assume i costi del parto effettuato all'estero non per motivi d'ordine medico. Può limitare l'assunzione dei costi di prestazioni dispensate all'estero". Come rammentato con l'art. 36 cpv. 2 OAMal, il Consiglio federale ha stabilito che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie assume i costi dei trattamenti effettuati all'estero in caso d'urgenza mentre non esiste, invece, urgenza se l'assicurato si reca all'estero per seguire un trattamento. Per l'art. 36 cpv. 4 OAMal " Le prestazioni di cui ai capoversi 1 e 2 e i trattamenti dispensati all'estero ai frontalieri, ai lavoratori distaccati all'estero e alle persone al servizio di una collettività pubblica, come pure ai loro familiari (art. 3 a 5), sono assunti al massimo fino a un importo pari al doppio del corrispettivo rimborso in Svizzera e, nei casi di cui al capoverso 3, per un importo pari a quello in Svizzera. Per gli assicurati di cui agli articoli 4 e 5, la remunerazione è effettuata in base alle tariffe e ai prezzi valevoli nel loro ultimo luogo di domicilio in Svizzera. La disposizione limita quindi l'obbligo delle casse malati di assumere costi insorti all'estero ad alcuni gruppi di assicurati. La normativa corrisponde a quanto previsto nell'assicurazione infortuni agli art. 10 cpv. 3 LAINF e 17 OAINF (Maurer, op. cit. p. 56 e N 147). 2.8. Il ricorrente ritiene

la normativa adottata dall'esecutivo federale non rispettosa del principio della legalità siccome la limitazione dell'assunzione dei costi voluta con la legge sarebbe, in definitiva, limitata ai costi per il parto all'estero rispettivamente per le cure non ottenibili in Svizzera (cfr. I pag. 2). In caso di esame della legalità di un'ordinanza ai tribunali incombe il compito di stabilire in che modo le relative disposizioni vanno interpretate e se sono conformi alla legge (DTF 114 V 184/5, 303 consid. 4a e le sentenze ivi citate). Secondo la giurisprudenza federale (DTF 117 V 180 consid. 3 a) i tribunali limitano l'esame di ordinanze fondate su una delega legislativa alla verifica se le disposizioni contestate esulano evidentemente dal quadro delle competenze delegate dalla legge, oppure se per altri motivi esse risultano contrarie alla legge e alla Costituzione. Nella misura in cui il contenuto dell'Ordinanza è coperto dalla delega, non è ammissibile esaminarla, in virtù degli art. 113 cpv. 3 e 114bis cpv. 3 vCost. (art. 49 Cost; SVR 1995 AHV no. 58 p. 169). Un'ordinanza viola la Costituzione se non si fonda su motivi seri, quando non ha senso né scopo, oppure quando formula distinzioni giuridiche per le quali non è dato un motivo razionale rispettivamente trascurando di distinguere là dove una distinzione è giustificata (DTF 116 V 58 consid. 3b, 114 V 184 consid. 2b, 303 consid. 4a, 112 V 178 consid. 4c, 111 V 284 consid. 5a, 395 consid. 4a, 110 V 256 consid. 4a e 328 consid. 2d). In caso di delega il Consiglio federale ed il Dipartimento dispongono di un'ampia libertà di apprezzamento: in questi casi - secondo la giurisprudenza federale - l'intervento del giudice deve limitarsi a valutare se è stato violato il divieto dell'arbitrio (DTF 117 V 181 consid. 3b, 105 V 27 consid. 3b, RCC 1990 pag. 102 consid. 2b). Tuttavia il giudice non deve porre il proprio giudizio discrezionale al posto di quello del Consiglio federale, né deve giudicare sull'opportunità. Secondo la giurisprudenza è dato arbitrio quando il Consiglio federale (o il Dipartimento) non riconosce prestazioni sulla base di distinzioni non giustificate oppure secondo altri criteri insostenibili, non fondati su cause oggettive e serie (DTF 105 V 27 consid. 3b). In caso di arbitrio nulla si oppone all'intervento positivo del giudice, il quale è tenuto ad agire in conformità con il diritto costituzionale e processuale (DTF 117 V 183 consid. 3c).

2.9. Nel caso concreto, come analizzato nelle considerazioni che precedono, il legislatore ha sostanzialmente ribadito il principio della territorialità della LAMal applicabile in Svizzera per prestazioni qui ottenute. Questo principio è rafforzato dal rilievo che l'assicurato può, di principio, fare capo a cure mediche rispettivamente cure ospedaliere o semi ospedaliere al di fuori del proprio cantone, ma sempre all'interno della Svizzera, con l'applicazione, comunque e salvo eccezioni, delle tariffe del cantone di domicilio. Per le motivazioni rammentate nel Messaggio di accompagnamento alla novella legislativa il Consiglio Federale, seguito su questo punto dal Parlamento, ha previsto quale eccezione la presa a carico da parte degli assicuratori malattia nell'ambito della copertura obbligatoria, di cure assunte all'estero partendo dal presupposto sostanziale dell'indispensabilità di queste cure. In buona sostanza le cure di cui l'assicurato ha beneficiato all'estero, sia per una ragione d'urgenza che per un motivo di non ottenibilità della cura in patria, possono – in via d'eccezione al principio della territorialità – essere prese a carico dall'assicuratore malattia ma con una limitazione ben precisa. Il legislatore federale ha espressamente previsto la facoltà del Consiglio Federale di limitare l'assunzione dei costi delle cure dispensate all'estero. L'esecutivo federale ha fatto uso della delega limitando al doppio della tariffa applicabile all'assicurato in Svizzera l'obbligo di rimborso delle prestazioni di cure beneficate all'estero. Lo stesso ricorrente rammenta il tenore degli art. 10 cpv. 3 LAINf e 17 OAINF che così recitano: "

Art. 10 LAINf . Cura medica 1 L'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio, segnatamente: a. alla cura ambulatoria da parte del medico, del

dentista o, previa loro prescrizione, del personale paramedico, nonché, in seguito, del chiropratico; b. ai medicinali e alle analisi ordinati dal medico o dal dentista; c. alla cura, al vitto e alloggio in sala comune ospedaliera; d. alle cure complementari e a quelle balneari prescritte dal medico; e. ai mezzi ed agli apparecchi occorrenti per la sua guarigione. 2 L'assicurato può scegliere liberamente il medico, il dentista, il chiropratico, la farmacia e lo stabilimento di cura. 3 Il Consiglio federale può definire più in dettaglio le prestazioni d'obbligo a carico dell'assicurazione e limitare il rimborso delle spese di cura all'estero. Esso può inoltre fissare le condizioni relative al diritto alle cure domiciliari e la loro entità.

Art. 17 OAIInf. Trattamento all'estero Le spese derivanti da cure sanitarie eseguite per necessità all'estero sono rimborsate fino a un importo massimo pari al doppio delle spese che sarebbero risultate se il trattamento fosse stato eseguito in Svizzera ." (evidenziazioni del redattore) L'esecutivo federale ha quindi trattato situazioni simili, ossia l'intervento dell'assicuratore infortuni nell'ambito della LAINf rispettivamente dell'assicuratore malattia sia in ambito di malattia che, come in casu, nell'ambito della copertura infortunio voluta dalla LAMal, in maniera simile. Il limite dell'obbligo di intervento dell'assicuratore è quindi uguale nei due casi e, nell'ambito della LAMal, è stato esteso anche alla cura assunta all'estero in assenza di possibilità di ottenere analogo intervento medico in patria. Non solo. L'esame della norma adottata dal Consiglio Federale porta a ritenere che l'esecutivo non ha esuberato la delega voluta dal legislativo, la disposizione contestata non esula dal quadro delle competenze delegate. Il Parlamento federale ha voluto nella stessa LAMal una possibilità, lasciata alla valutazione del CF, di imporre l'assunzione delle spese delle cure medico sanitarie ottenute all'estero in casi determinati e specifici, ed ha lasciato all'esecutivo la possibilità di limitare l'obbligo di assunzione delle spese da parte dell'assicuratore malattia in caso di cure prestate all'estero. Il CF si è mosso all'interno della delega concessa dal legislatore, non ha esuberato – come detto – le sue competenze, e non ha fissato regole contrarie ai precetti costituzionali. In particolare la parità di trattamento appare data e le situazioni in se simili sono trattate in maniera uguale. I limiti tariffali ammessi sono uguali in tutti i casi per cui una cura può essere ottenuta all'estero, la normativa è emanata nel solco dell'analogia esistente in ambito LAINf. Nulla permette di ritenere, già analizzando il senso letterale della norma concedente la delega, ossia l'art. 34 cpv. 2 LAMal, che – come pretende il ricorrente – la limitazione del rimborso al doppio della tariffa valida per il cantone di domicilio debba essere limitato a quei ricoveri all'estero imposti dall'assenza di cure in patria. _____ deduce dalla norma quello che la stessa assolutamente non dice, il legislatore non prevede e non impone al CF di trattare in maniera differenziata la situazione del ricovero d'urgenza dal ricovero per l'assenza di possibilità di cure in Svizzera. Nei due casi regolati la necessità di cura all'estero conduce all'assunzione delle spese da parte dell'assicuratore malattia in virtù dell'assicurazione per le cure medico sanitarie, ed in entrambe i casi il legislatore ha conferito all'esecutivo ampio margine nella determinazione dell'ampiezza del rimborso. Il contenuto dell'ordinanza appare ampiamente coperto dalla delega legislativa e la normativa voluta dal CF appare rispettosa del principio di legalità. 2.10. Nelle sue argomentazioni il ricorrente fa ancora valere la violazione della buona fede. In effetti, secondo _____, "la lettera ricevuta dalla CM deve quindi meritare tutta l'attenzione di questo ... Tribunale, che deve in questo caso riconoscere l'applicazione del principio della buona fede". Secondo la giurisprudenza (cfr. SZS 1998 pag. 41; DTF 121 V 66; RAMI 1993 pag. 120-121, Pratique VSI 1993 pag. 21-22, RCC 1991 pag. 220 consid. 3a, RCC 1983 pag. 195 consid. 3, RCC 1982 pag. 368 consid. 2, RCC 1981 pag. 194 consid. 3, RCC 1979 pag. 155, DLAD 1992 p. 106; DTF 119 V 307

consid. 3a; DTF 118 Ia 254 consid. 4b; DTF 118 V 76 consid. 7; DTF 117 Ia 287 consid. 2b, 418 consid. 3b e sentenze ivi citate; RDAT I-1992 n° 63, DTF 116 V 298ss) e la dottrina (Grisel, *Traité de droit administratif*, vol. I, pag. 390ss; Knapp, *Précis de droit administratif*, 4a ed., n° 509, pag. 108-109; Haefliger, *Alle Schweizer sind vor dem Gesetze gleich*, pag. 217ss) affinché la buona fede di un assicurato possa essere tutelata, nei casi in cui l'amministrazione formula una promessa o crea un'aspettativa in modo contrario alla legge, devono essere adempiute cumulativamente le seguenti condizioni: 1.- l'informazione deve riferirsi ad una situazione individuale e concreta; 2.- essa deve emanare da un organo competente o che possa essere ritenuto tale compatibilmente con l'attenzione esigibile nelle circostanze. 3.- la promessa dev'essere propria a ispirare fiducia. Ciò significa che l'interessato, date le circostanze, non deve poter riconoscere l'erroneità della disposizione. La comunicazione dell'amministrazione deve infatti essere interpretata come il destinatario può e deve capirla usando tutta l'attenzione da lui esigibile (protezione della buona fede dell'assicurato). Una mancanza di chiarezza di un'informazione da parte della cassa non può trarre seco conseguenze sfavorevoli per il cittadino (cfr. DTF 106 V 33, consid. 4; 104 V 18 consid. 4; RAMI 1991, p. 68). Inoltre l'informazione deve essere incondizionata. Qualora l'organo amministrativo che fornisce la comunicazione esprime - almeno implicitamente, ma con chiarezza - che la comunicazione non è definitiva, il destinatario della comunicazione non può far valere la propria buona fede (cfr. *Imboden-Rhinow, Schweiz. Verwaltungsrechtsprechung*, 5a. edizione, n. 75 B III b 3); 4.- l'informazione deve aver indotto il destinatario ad adottare un comportamento che gli è pregiudizievole. 5.- la legge non deve essere cambiata dal momento in cui l'informazione è stata data (RAMI 1991 p. 68ss; DTF 113 V 87 consid. 4c; 112 V 199 consid. 3a; 111 V 71; 110 V 155 consid. 4b; 109 V 55). La giurisprudenza applicabile in materia, in relazione con l'art. 4 v. Cost. (DTF 121 V 66 consid. 2) è applicabile anche in virtù del nuovo art. 9 Cost. (RAMI 2000 p. 223). Nel caso concreto il ricorrente fonda la sua buona fede sulla lettera allegato 9 del 16 luglio 2001 da cui si desumerebbe la volontà dell'amministrazione di assumere i costi della degenza all'estero per il periodo dal 4 al 20 luglio 2001. Il testo della missiva, riportato in intero nelle considerazioni di fatto (cfr. consid. 1.3), appare chiaro e non si presta ad ambiguità. L'assicuratore ha confermato all'Ospedale di _____, dove era ricoverato l'assicurato, che in virtù dell'assicurazione delle cure medico sanitarie obbligatoria esiste un obbligo di presa a carico delle prestazioni in caso di ricovero d'urgenza. La lettera spiega comunque bene, con richiamo alle norme applicabili alla fattispecie, i limiti massimi di prestazione dovuti in virtù dell'OAMal. In altri termini il "doppio del corrispettivo rimborso in Svizzera ..." secondo la Cassa "in base alle tariffe e ai prezzi vevoli nell'ultimo domicilio in Svizzera ... Nel caso in questione, la nostra partecipazione si ammonta a Fr. 772,00 al giorno (Fr. 386,00 x 2)." _____ è stata estremamente chiara nelle informazioni date non all'assicurato ma alla direzione dell'Ospedale. Risposta che la madre del signor _____ ha ricevuto comunque dall'assicuratore (cfr. doc. _: "... mia madre ... Ha ottenuto la risposta come risulta dall'allegato _. In seguito a questa rassicurante risposta i medici italiani hanno ... provveduto ad effettuare tutti i trattamenti ..."). Ebbene lo scritto di _____ non costituisce un'informazione errata od una promessa di assunzione dell'intero importo delle spese di cura, e dunque un'informazione atta ad ingenerare una precisa e concreta aspettativa. Quanto indicato nella lettera 16 luglio 2001 da parte dell'assicurazione si è puntualmente avverato corretto, in altri termini _____ ha specificato che l'obbligo di prestazioni non era assoluto o totale ma limitato rammentando inoltre all'Ospedale italiano che debitore della prestazione nei confronti

dell'amministrazione italiana era l'assicurato e non l'assicuratore. _____ ha dato seguito ad un versamento conformemente al contenuto della sua comunicazione del 16 luglio 2001. Mancando già la prima condizione posta dalla giurisprudenza per ritenere la buona fede l'argomento sollevato dal ricorrente va respinto. 2.11. _____ chiede ancora che non si faccia capo alla tariffa valida per il Cantone del Ticino ma che si prenda in considerazione, semmai, il doppio della tariffa prevista da un Ospedale universitario dove egli avrebbe potuto essere ricoverato in caso di evento avvenuto in Svizzera o di rientro in patria. L'Ordinanza voluta dall'esecutivo federale, rispettosa del principio della legalità come visto in precedenza, prevede esplicitamente che le spese vengano assunte sino ad un importo doppio rispetto a quello del rimborso in Svizzera. Il concetto della tariffa applicabile non è specificato dal CF. La CM ritiene l'applicazione della tariffa valida nel cantone di domicilio dell'assicurato (come d'altra parte ritenuto da questo TCA nella causa in re N., sentenza 18 giugno 2001 inc. _____ e _____, dove comunque le prestazioni sanitarie ricevute all'estero dall'assicurato erano ottenibili senza discussione possibile anche in Ticino). Va osservato che, per lo Svizzero, o la persona domiciliata in Svizzera, all'interno della nazione, secondo l'art. 41 cpv. 1 prima frase LAMal, esiste la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. Giusta l'art. 49 cpv. 3 LAMal, in caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata conformemente alla tariffa dell'ospedale ai sensi dell'art. 49 cpv. 1 e 2 finchè il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'art. 50. Per l'art. 41 LAMal: "1. L'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. In caso di cura ambulatoriale, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei dintorni. In caso di cura ospedaliera o semiospedaliera, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel Cantone di domicilio dell'assicurato. 2. Se, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre a un altro fornitore di prestazioni, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni. Sono considerati motivi d'ordine medico i casi d'urgenza e quelli in cui le necessarie prestazioni non possono essere dispensate: a. nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni, se si tratta di cura ambulatoriale; b. nel Cantone di domicilio dell'assicurato o in un ospedale fuori da questo Cantone che figura nell'elenco allestito dal Cantone di domicilio dell'assicurato, giusta l'articolo 39 capoverso 1 lettera e, se si tratta di cura ospedaliera o semiospedaliera." La dottrina, in particolare Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in SBVR, 1998, Helbing & Lichtenhahn, Basilea, Ginevra e Monaco (pag. 165 e seg.), così si è espressa in merito a questa norma: " Die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen (Art. 41 Abs. 1 Satz 1 KVG). Die Freiheit der Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern erstreckt sich territorial sowohl für den ambulanten als auch den stationären oder teilstationären Bereich auf das gesamte Gebiet der Schweiz, soweit nicht Einschränkungen aus Massnahmen zur Qualitätssicherung (Art. 58 Abs. 3 lit. b KVG; Rz. 118) resultieren. Nicht jede Wahl hat jedoch eine volle Kostendeckung zur Folge. Unklar ist, ob sich die Wahl auf zugelassene Leistungserbringer mit Tarifbindung beschränkt. Im Einzelnen ergeben sich aufgrund des KVG die nachstehenden Lösungen. (...) Bei stationärer und teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt (Art. 41 Abs. 1

Satz KVG). Lässt sich eine versicherte Person aus persönlicher Konvenienz ausserkantonale hospitalisieren, kann sie nur Vergütungen in der Höhe des massgebenden Wohnkantontarifs beanspruchen. Sie hat die Differenz zu den in Rechnung gestellten Kostenselber zu tragen. Das ausserkantonale Spital ist weder an die Tarifart nach Art. 49 Abs. 1 KVG noch sonstwie an kv-rechtliche Tarifregeln gebunden. Beansprucht dagegen die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen subventionierten Spitals, so übernimmt der Versicherer die Kosten nach dem Tarif, den das ausserkantonale Spital für Personen mit Wohnort im eigenen Kanton in Rechnung stellen kann (Art. 41 Abs. 2 Satz 1 KVG). Der Wohnkanton der versicherten Person übernimmt die Differenz zu den in Rechnung gestellten Kosten (Art. 41 Abs 3 KVG). Diese Bestimmung soll in der Hauptsache dem Lastenausgleich und der verstärkten Koordination zwischen den Kantonen dienen. Ziel ist ferner die lückenlose Kostendeckung für die stationäre oder teilstationäre Notfallbehandlung während des Aufenthalts der versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons in der Schweiz. Letzlich soll mithin eine lückenlose und qualitativ hochstehende gesundheitliche Grundversorgung durch ausserkantonale Behandlungsmöglichkeiten sichergestellt werden. Die Leistungen des Wohnkantons haben Subventionscharakter." (sottolineatura del redattore). In altri termini se il ricovero in un ospedale fuori cantone (ma all'interno della nazione) di una persona domiciliata in Svizzera avviene per motivi d'ordine medico l'assicuratore si assume il costo secondo la tariffa dell'ospedale con partecipazione del cantone di domicilio ai costi di ospedalizzazione. Nel caso in esame occorre allora esaminare se il ricovero di _____ poteva avvenire in una struttura ospedaliera ticinese, in particolare all'Ospedale _____, o se invece la gravità dello stato di salute del ricorrente avrebbe imposto un ricovero d'urgenza in una struttura universitaria. Se ciò fosse il caso si dovrebbe ritenere che il rimborso che l'assicurato avrebbe ottenuto in Svizzera non ammonta alla tariffa valida nel Cantone di domicilio ma quello a della struttura adeguata rispettivamente alla struttura universitaria più prossima al Cantone di domicilio, e per il Ticino questa struttura è quella dell'Ospedale universitario di Zurigo, rispettivamente ancora la struttura universitaria adeguata più conveniente dal profilo finanziario. Nel corso dell'istruttoria di causa il TCA ha interpellato il Primario di neurochirurgia dell' _____ prof. _____ al fine di accertare se, data la gravità e particolarità delle ferite riportate nella caduta, _____ poteva essere ricoverato e curato a _____ rispettivamente si imponeva un ricovero in una struttura specializzata, eventualmente una struttura universitaria, ed eventualmente quale. Il prof. _____ ha risposto ai quesiti posti il 12 giugno 2003 dal giudice delegato (e trasmessi in copia alle parti) con scritto del 15 luglio 2003 che è stato trasmesso alle parti per una presa di posizione. Il 27 luglio 2003 _____ ha ribadito il suo buon diritto a completo rimborso delle spese. Il prof. _____, nella sua valutazione d'ordine peritale, ha confermato la possibilità di ricovero all'Ospedale _____ ove esistono strutture adeguate alla cura di eventi come quello accaduto all'assicurato. Il primario di neurochirurgia dell' _____ e docente universitario così si è espresso: " 1) Se l'evento (caduta da 4 m, meglio come descrivono i curanti italiani) cui è incorso dei traumi riportati - e desumibili dalla cartella medica annessa - il ricovero di _____ per le cure necessarie poteva avvenire all'Ospedale _____ oppure le condizioni del paziente avrebbero imposto il ricovero in una struttura specializzata rispettivamente in una struttura maggiormente organizzata (ad esempio una clinica universitaria) in Svizzera? Senza alcun dubbio. Il Servizio Cantonale di _____ dispone di tutte le opzioni specialistiche tecniche che caratterizzano i Centri Universitari del

nostro paese e, fin dall'inizio della propria attività è stato in grado di assicurare i procedimenti diagnostici, il trattamento chirurgico, le procedure interdisciplinari e le cure intensivistiche per ogni forma di trauma cranio-cerebrale e spinale. In tale contesto, è opportuno ricordare che il problema principale dei traumi cranio-cerebrali è la gravità della lesione primaria che non può essere influenzata evidentemente dall'infrastruttura tecnico-logistica e che il trattamento del trauma cranio-cerebrale anche complesso - l'opzione base di ogni Centro Neurochirurgico - segue protocolli precisi che trovano applicazione in tutti i Centri Specialistici delle nazioni industrializzate." (cfr. doc. _) Il prof. _____ ha anzi evidenziato, a lato delle buone cure cui l'assicurato è stato sottoposto in Italia, anche il particolare grado d'efficienza della struttura ticinese, con le seguenti osservazioni: " (...) Sul trauma cranio-cerebrale medio - severo, forse per il suo carattere drammatico ed immediatamente impressionante, esistono molte idee false e, segnatamente, quella che il trattamento sia particolarmente difficile ed esiga un altissimo Know how. In realtà, questi problemi sono drammaticamente semplici, poiché il fattore decisivo è l'entità della lesione primaria e le possibilità terapeutiche molto limitate. (...) Se in Ticino i risultati della traumatologia cranica sono leggermente migliori alla media svizzera, questo non dipende dalla qualità dell'infrastruttura neurochirurgica ed intensivistica (identica a quella degli altri centri), ma all'eccellente qualità del soccorso pre-ospedaliero, il più efficiente e meglio dotato sul territorio nazionale." (cfr. doc. _) Alla luce di quanto precede si deve ritenere che _____ avrebbe potuto essere ricoverato presso l'Ospedale di _____ dove avrebbe ricevuto senza dubbio le cure adeguate e non di qualità inferiore a quelle di istituti universitari svizzeri o cliniche specializzate. In altri termini un ricovero in una struttura specialistica od in una clinica universitaria dotata di particolari strutture (ma in Ticino sono presenti le strutture necessarie) non sarebbe stato imposto dalle condizioni del ricorrente. Potendo essere _____ ricoverato in una struttura ticinese, adeguata alla luce delle gravi ripercussioni della caduta avvenuta in Italia, l'assicurato avrebbe avuto diritto di percepire il rimborso della tariffa vigente per il Ticino così come indicato dall'assicuratore. Il ricovero essendo avvenuto in Italia _____ può oggi beneficiare del rimborso del doppio del costo della struttura ticinese per i motivi esposti in precedenza. La Cassa ha quindi agito correttamente fissando il suo obbligo, cui ha dato seguito, di rimborso per 17 giorni del doppio della tariffa vigente in Ticino per il ricovero ospedaliero ossia CHF 386.-. 2.12. Con il suo gravame l'assicurato ha domandato l'acquisizione di precisi elementi di prova, in particolare l'erezione di una perizia. Come indicato al prof. _____ è stata chiesta una valutazione di tipo peritale sulla necessità del ricovero, qualora la drammatica caduta fosse avvenuta in Ticino, in una struttura cantonale od extra cantonale specializzata od universitaria. Per quanto riguarda le conseguenze della caduta gli atti prodotti dall'assicuratore, consistenti nei rapporti medici allestiti dagli specialisti italiani, sono senz'altro sufficienti per stabilire la necessità di un ricovero d'urgenza per tutto il periodo del ricovero in Italia, e ciò senza che un rapporto peritale sia necessario. D'altra parte l'assicuratore non contesta tale circostanza. Gli elementi prodotti dalle parti unitamente ai loro allegati e quanto acquisito in sede di istruttoria hanno permesso di acclarare sufficientemente ed adeguatamente i fatti. Non si vede come l'erezione di una perizia possa permettere migliore accertamento della gravità oggettiva delle conseguenze dell'incidente od accertare la necessità di un ricovero d'urgenza come detto comprovata dagli atti medici (doc. _) e confermata implicitamente dal Prof. Dott. _____.

Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle

prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). In concreto questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita dall'esame degli atti dell'incarto per cui rinuncia all'assunzione di ulteriori prove.

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