

TI_GERICHTE 36.2009.31 vom 7. September 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-09-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2009.31

FR: TI_GERICHTE 36.2009.31 du 7 septembre 2009

IT: TI_GERICHTE 36.2009.31 del 7 settembre 2009

Regeste

Richiesta di assunzione dei costi di cure eseguite all'estero in un Paese non facente parte dell'UE. In concreto mancano i criteri dell'urgenza per poter mettere a carico dell'assicuratore malattie i costi dell'intervento

Erwägungen

E. 1

La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv.

E. 2

della Legge organica giudiziaria (cfr. STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). . 2. L'insorgente sostiene che la decisione impugnata non è sufficientemente motivata. Egli fa implicitamente valere la violazione del diritto di essere sentito. Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (STFA del 29 giugno 2006 nella causa J. e D., H 97/04; DTF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 131 consid. 2b; cfr. riguardo al previgente art.

E. 2.2

D'après l'art. 36 al. 2 OAMal (fondé sur la délégation de compétence de l'art. 34 al. 2 LAMal), l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence selon la même disposition, lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié; il n'y a pas urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Ce qui est donc déterminant c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 88 n° 176). 3. En l'espèce, on doit constater avec les premiers juges

que le traitement litigieux ne remplit pas la condition de l'urgence. L'allégation de la recourante selon laquelle elle aurait été victime d'hémorragies est contredite de manière convaincante par le médecin-conseil de la caisse, qui constate que l'hémoglobine du bilan pré-opératoire du 24 janvier 2002 présente le même résultat que celle relevée à la sortie de l'Hôpital X. _____ le 22 janvier 2002 (prise de position du 30 juillet 2002). Les documents médicaux émanant des médecins qui ont soigné la recourante en Italie ne font aucune mention d'une situation d'urgence (p. ex. admission dans un service d'urgence; nécessité d'opérer en urgence). Par ailleurs, il est établi que l'opération a eu lieu deux jours après la consultation d'un médecin en Italie. Aucune pièce n'atteste que la patiente n'eût pas pu revenir en Suisse, même par ses propres moyens, pendant ce laps de temps. Il faut observer enfin que, dans le questionnaire qu'elle a rempli à l'intention de l'intimée le 14 février 2002, la recourante a indiqué sous ch. 3 et 4 qu'elle avait souffert d'un fibrome à l'utérus et qu'il s'était agi d'une «maladie soudaine» (en réponse à la question lui demandant si l'on était en présence d'un accident ou d'une maladie soudaine). A celle lui demandant pour quelle raison le traitement avait été effectué à l'étranger, elle a répondu : «Haute qualification et spécialisation». Sur le vu de cette dernière réponse et de l'ensemble des circonstances, on est fondé à considérer que la raison liée au choix d'un spécialiste en Italie a été l'élément prépondérant qui a motivé en l'occurrence un traitement à l'étranger. On retiendra enfin que la recourante, à aucun stade de la procédure, n'a produit d'attestation médicale qui eût permis de penser que l'intervention fût urgente ou qu'un retour prématuré en Suisse fût médicalement inapproprié.” Infine, con sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, il TF ha affermato: “4.3 Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume inoltre 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 risulta inopportuno. 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 imprevista, di un trattamento all'estero (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni K 65/03 del 5 agosto 2003, consid. 2.2).

E. 4

cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (sentenza del 24 gennaio 2007, U 397/05, con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2). In concreto le ragioni che hanno inciso sulla motivazione della Cassa sono chiare. Giacché l'intervento effettuato in _____ non era urgente, l'assicuratore non è tenuto ad intervenire. Anche se CO 1 non si è espressa esplicitamente su ogni singolo atto, l'insorgente ha potuto comprendere la portata della decisione, impugnarla e confrontarsi con il suo contenuto. Nel caso di specie l'insorgente, in sede di ricorso, ha ancora potuto far valere le sue ragioni innanzi un'autorità giudiziaria che gode del pieno potere cognitivo, come l'istanza precedente. Egli ha inoltre potuto prendere posizione sulla risposta di causa. Per cui, l'eventuale violazione del diritto di essere sentito

è stata comunque sanata in questa sede, dove l'insorgente ha nuovamente ribadito le sue motivazioni (cfr. sentenza 9C_738/2007 del 29 agosto 2008; DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 127 V 431). Il TCA deve pertanto entrare nel merito del ricorso. nel merito 3. Giusta l'art. 25 cpv. 1 LAMal, in caso di malattia, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi. Secondo quanto stabilito dal cpv. 2 dello stesso articolo, queste prestazioni comprendono, in particolare: - per la lett. a: gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatoriamente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura dal medico, dal chiropratico e da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica; - per la lett. b: le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico; - per la lett. e: la degenza nel reparto comune di un ospedale. I presupposti dell'assunzione dei costi delle prestazioni definite dagli art. 25 e seg. sono specificati all'art. 32 LAMal. Questo disposto precisa che "le prestazioni di cui agli art. 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche". L'art. 41 cpv. 1 LAMal dispone che l'assicurato ha la libera scelta fra i fornitori di prestazioni autorizzati ed idonei alla cura della sua malattia. Tale libera scelta è, però, concretamente limitata dalla successiva precisazione secondo cui, 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. Il cpv. 2 dello stesso disposto precisa, poi, che, se per motivi di 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 di ordine medico i casi di 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'art. 39 cpv. 1 lett. e, se si tratta di cura ospedaliera o semiospedaliera. 4. A norma dell'art. 34 cpv. 2 LAMal, il Consiglio federale può decidere che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assuma i costi delle prestazioni di cui agli art. 25 cpv. 2 o 29 eseguite all'estero per motivi di ordine medico. Può designare i casi in cui detta assicurazione assume i costi del parto effettuato all'estero non per motivi di ordine medico. Può limitare l'assunzione dei costi di prestazioni dispensate all'estero. L'art. 34 cpv. 2 LAMal corrisponde all'art. 28 cpv. 2 del progetto di legge elaborato dal Consiglio federale (FF 1992 I 236), ripreso dalle Camere federali senza che abbia dato luogo ad obiezioni di sorta (cfr. Boll. uff. CS 1992 pag. 1305, CN 1993, pag. 1847). Sulla base dell'art. 34 cpv. 2 LAMal, l'autorità esecutiva ha emanato gli art. 36 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 è inappropriato. 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. Secondo il cpv. 1 dell'art. 36 OAMal, il dipartimento, sentita la competente commissione, designa le prestazioni di cui agli art. 25 cpv. 2 e 29 della legge, i cui costi sono a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se le stesse non possono essere effettuate in Svizzera. Il TFA, in una sentenza del 7 marzo 2002, a proposito di una lite avente come oggetto l'assunzione di cure prestate all'estero, senza che sia data l'ipotesi di un caso d'urgenza, nella misura in cui le medesime non possono essere prodigate in Svizzera (cfr. anche RDAT I-2001, n. 66 pag.

271 segg.), ha rammentato che il Dipartimento federale dell'interno (DFI) - dopo che la Commissione federale delle prestazioni generali ha ritenuto irrealizzabile l'allestimento di un elenco dei trattamenti, da porre a carico dell'assicurazione di base, dispensati all'estero perché non lo possono essere in Svizzera - non ha finora fatto uso di questa delega legislativa e non ha pertanto designato le prestazioni in questione (cfr. DTF 128 V 75 e STFA dell'8 ottobre 2002 nella causa D., inc. K 44/00). Il Tribunale federale delle assicurazioni, da parte sua, effettuata l'esegesi della norma legislativa in oggetto, ha osservato, in virtù del principio della territorialità che caratterizza il sistema stesso dell'assicurazione malattia, di non poter dedurre direttamente dall'art. 34 cpv. 2 LAMal un diritto a prestazioni per i trattamenti effettuati all'estero (DTF 128 V 75 consid. 3). Cionondimeno, la stessa Corte ha evidenziato la volontà manifestata dal Consiglio federale di fare uso della facoltà prevista dall'art. 34 cpv. 2 LAMal dal momento che non solo esso ha delegato al DFI il compito di allestire l'elenco delle prestazioni che non possono essere fornite in Svizzera, ma ha anche fissato il quadro per l'assunzione dei relativi costi (Art. 36 cpv. 4 OAMal; DTF 128 V 75 consid. 4b). Il TFA ha concluso che il mancato allestimento della lista delle prestazioni non può, di per sé e in maniera generale ed assoluta, costituire un impedimento all'assunzione dei trattamenti medici che non possono essere effettuati in Svizzera. Ciò ancor meno dal momento che l'UFAS, preso atto dell'irrealizzabilità di un simile elenco, raccomanda, in taluni casi e a determinate condizioni, l'assunzione di queste spese. Ritenendo la norma legale sufficientemente precisa per essere applicata (DTF 128 V 75 consid. 4b) e rilevando comunque la necessità di assicurarsi, da un lato, che la prestazione ai sensi dell'art. 25 cpv. 2 e 29 LAMal, che deve rispondere al criterio di idoneità, non possa realmente essere fornita in Svizzera, e, dall'altro, che i requisiti di efficacia e di economicità vengano ugualmente presi in considerazione, la Corte federale non ha giudicato necessario di dover colmare una lacuna e di dover stabilire, caso per caso, l'elenco delle prestazioni, visto che la disposizione legale è sufficientemente chiara per essere applicata (DTF 128 V 81). Il fatto che la Commissione preposta non si sia (ancora) espressa sull'assunzione, a carico dell'assicurazione di base, di interventi effettuati all'estero e non praticati in Svizzera, non può escludere a priori un obbligo prestativo da parte degli assicuratori malattia (sentenza dell'8 ottobre 2002, K 44/00). 5. Secondo l'art. 32 cpv. 1 LAMal, le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici. L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni mediche eseguite in Svizzera sono presunte (cfr. art. 33 cpv. 1 LAMal; RAMI 2000 no. KV 132 pag. 283 seg. consid. 3). L'Alta Corte ha già avuto modo di rilevare come, in presenza di diversi metodi o tecniche operative che lasciano oggettivamente prevedere il buon esito del trattamento della malattia, in altre parole sono da considerare efficaci ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal, acquisti importanza prioritaria l'aspetto dell'appropriatezza della misura (DTF 127 V 146 consid. 5). Dal profilo sanitario, una misura è appropriata se la sua utilità diagnostica o terapeutica prevale sui rischi che le sono connessi come pure su quelli legati a cure alternative. Il giudizio sull'appropriatezza avviene mediante valutazione dei successi e insuccessi di un'applicazione come pure in base alla frequenza di complicazioni. Se i metodi alternativi di trattamento entranti in linea di considerazione non presentano, dal profilo medico, differenze di rilievo nel senso che - secondo un esame di idoneità, avuto riguardo allo scopo perseguito volto ad eliminare, nel limite del possibile, i pregiudizi fisici e psichici (cfr. DTF 127 V 147 consid. 5, 109 V 43 consid. 2b) - sono da ritenere equivalenti, l'applicazione meno costosa e, di conseguenza, maggiormente economica deve essere considerata

prioritaria (RAMI 1998 no. KV 988 pag. 1). Se per contro un determinato metodo di trattamento presenta, rispetto ad altre applicazioni, vantaggi di natura diagnostica e/o terapeutica - segnatamente perché comporta rischi minori, una prognosi maggiormente favorevole per quanto concerne eventuali effetti collaterali e sequele tardive -, questo aspetto può giustificare l'assunzione delle spese per la cura più cara (DTF 127 V 147 consid. 5 con riferimento a Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basilea e Francoforte sul Meno 1996, pag. 52). Non potendosi tuttavia giustificare, in vista di un'eventuale assunzione delle prestazioni effettuate all'estero, un trattamento meno restrittivo rispetto a quello riservato in ambito intercantonale per le prestazioni fornite, per necessità d'ordine medico, in un altro Cantone che non sia quello di domicilio (art. 41 cpv. 2 LAMal), la valutazione dell'amministrazione dovrà tenere conto, mutatis mutandis, dei principi sviluppati in tale contesto e, quindi, limitare l'obbligo prestativo ai casi in cui il trattamento esterno (in concreto: all'estero) dovesse presentare, dal profilo diagnostico o terapeutico, un valore aggiunto considerevole ("einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert"). Di conseguenza un'eccezione al principio della territorialità secondo l'art. 36 cpv. 1 OAMal in relazione con l'art. 34 cpv. 2 LAMal presuppone la prova che in Svizzera non esista nessuna possibilità di cura oppure che nel caso concreto per la persona interessata un provvedimento diagnostico o terapeutico praticato in Svizzera, se confrontato con l'alternativa proposta all'estero, comporti rischi importanti e considerevolmente più elevati e che perciò, tenuto conto del risultato che si intende raggiungere tramite la cura, un trattamento responsabile da un punto di vista medico ed eseguibile in maniera ammissibile in Svizzera e, quindi, di tipo appropriato, non sia concretamente garantito (sentenza del 14 ottobre 2002 nella causa K., K 39/01, consid. 1.3). Vantaggi minimi, difficilmente valutabili o addirittura contestati, non possono configurare un valido motivo per porre l'intervento esterno a carico dell'assicurazione di base (cfr. DTF 127 V 147 consid. 5), così come neppure il fatto che una clinica specializzata all'estero abbia maggior esperienza nel settore specifico (sentenza citata del 14 ottobre 2002 nella causa K. consid. 1.3). 6. Va qui rilevato che nell'ambito delle cure all'estero il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) si è dimostrato sempre particolarmente restrittivo nel riconoscere il rimborso delle cure ad assicurati che si sono recati in un altro Paese per sottoporsi ad interventi che potevano essere eseguiti in Svizzera. Ciò, sia nell'ambito delle cure d'urgenza, sia nell'ambito delle cure che non possono essere effettuate in Svizzera. Va qui rammentata la sentenza del 27 ottobre 2004 (K 91/03) dove l'Alta Corte, in un caso di un'assicurata che ha avuto diversi problemi con i medici specialisti svizzeri, aveva condiviso la tesi del TCA di non riconoscere il ricovero all'estero sia perché l'interessata soffriva da tempo della malattia poi curata all'estero, e dunque non vi erano gli estremi dell'urgenza, sia perché "si cercherebbero invano nella copiosa documentazione agli atti i certificati medici idonei atti a dimostrare che gli interventi chirurgici effettuati all'estero non fossero eseguibili in Svizzera e che gli stessi fossero pure urgenti, ritenuto che la cataratta si sviluppa progressivamente e non repentinamente (VSI 2000 pag. 303 consid. 4b)" ed ha concluso che "l'essersi sottoposta senza indugio agli interventi in Italia, senza prima accertare che la Cassa malati avrebbe preso a carico i trattamenti, ritenendo che l'operazione fosse da fare subito, perché in tali termini si era espresso il medico italiano interpellato, e che in Svizzera l'intervento non potesse essere eseguito con le garanzie che invece in Italia le si davano, non significa ancora che siano dati i presupposti legali dell'urgenza e dell'impossibilità di rientrare in Svizzera, dove sicuramente l'interessata avrebbe potuto ricevere trattamenti medici analoghi . (...) La convinzione che gli interventi

di cataratta non fossero possibili in Svizzera con la qualità che l'assicurata ritiene di aver ricevuto a X., muove dall'impressione soggettiva che essa ha sviluppato nei confronti dei medici svizzeri. Come i primi giudici hanno correttamente evidenziato in termini di cui si può fare riferimento e prestare adesione, le prestazioni mediche richieste potevano essere effettuate anche nel nostro Paese. ” Sempre nell'ambito delle cure d'urgenza l'allora TFA ha stabilito che si può pretendere da un'assicurata che necessita di esami medici e si trova negli USA per un corso di lingue di lunga durata il rientro in Svizzera considerato che il costo del biglietto di fr. 820 (viaggio Swissair andata e ritorno San Francisco) è proporzionato rispetto al costo degli esami clinici (fr. 6'622.80, sentenza del 31 agosto 2001, K 83/01). Allo stesso modo, il 23 agosto 2002, nella sentenza K 7/02, ha affermato che un assicurato che si trovava in viaggio in Slovacchia e che soffriva di dolori al ginocchio destro poteva ritornare in Svizzera a farsi curare: „4.- Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass sich ein Versicherter beim Auftreten akuter Schmerzen sofort an einen Arzt vor Ort zur ersten Untersuchung und eventuellen Verschreibung eines Medikaments wendet. Allein hierfür in die Schweiz zurückzukehren und nochmals die Reise zum Kuraufenthalt in die Slowakei anzutreten, wäre wohl unangemessen. Vorliegend verhält es sich indes anders. Die erste Abklärung des Gesundheitszustandes erfolgte ausweislich der Aktenlage erst einen Tag nach dem Auftreten der Beschwerden. Wie sich aufgrund der Abrechnung von Dr. med. D. _____ vom 27. Oktober 1999 ergibt, wurden in der Klinik X. _____ folgende medizinischen Leistungen erbracht: Planung eines operativen Eingriffs; Organsystemuntersuchung (präoperative Befunderhebung zur OP-Planung); MRT eines oder mehrerer Gelenke von Extremität; MRT Positions-/Spulenwechsel; MRT ergänzende Serie. Es handelt sich dabei ausschliesslich um Untersuchungen, wie auch das Schreiben von Dr. med. D. _____ an den Vertrauensarzt der Krankenversicherung Dr. med. M. _____ vom 12. März 2001 bestätigt. Nachdem somit eine Behandlung des akuten Schmerzzustandes nicht erforderlich war und effektiv auch nicht erfolgte und der Versicherte nach Auftreten der Beschwerden am 26. Oktober 1999 in der Lage war, selbständig eine Nacht im Hotel zu verbringen, ist mit der Vorinstanz davon auszugehen, dass das Ausmass der Beschwerden grundsätzlich eine Rückreise in die Schweiz zugelassen hätte. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin beurteilt sich die Angemessenheit der Rückreise indes nicht ausschliesslich nach medizinischen Kriterien. Vielmehr sind die gesamten Umstände des jeweils einzelnen Falles im Rahmen der Zumutbarkeitsbeurteilung zu berücksichtigen. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in einem Fall von notwendigen diagnostischen Untersuchungen während eines mehrmonatigen Sprachaufenthalts in den USA die Rückreise als angemessen beurteilt und erwogen, dass nebst dem, dass keine Anhaltspunkte dafür bestanden, dass der Rückflug aus den USA in die Schweiz gesundheitlich riskant gewesen wäre, auch die Kosten für die Rückreise in einem vernünftigen Verhältnis zu den Untersuchungskosten standen (Urteil M. vom 31. August 2001, K 83/01). Im vorliegenden Fall sind solche zusätzlichen Umstände, die eine Rückreise als unangemessen erscheinen liessen, nicht ersichtlich. So hat der Versicherte, wie er im kantonalen Gerichtsverfahren selbst ausführte, seinen Kuraufenthalt bereits am 26. Oktober 1999, noch vor seiner Konsultation in der Klinik X. _____ am 27. Oktober 1999, abgesagt. Entgegen der Vorinstanz ging der Beschwerdegegner somit davon aus, dass er seine Reise aufgrund der eingetretenen Behandlungsbedürftigkeit definitiv werde abbrechen müssen. Zudem wäre eine Rückreise von A. _____ in die Schweiz zeitlich und kostenmässig zumutbar gewesen. Mithin steht fest, dass eine Notfallsituation im Sinne von Art. 36 Abs. 2 KVV nicht bestand und die

Beschwerdeführerin für die Behandlung im Ausland nicht leistungspflichtig ist. Con sentenza del 5 agosto 2003 (K 65/03) il TFA ha respinto il ricorso di un'assicurata che il 19 gennaio 2002 era stata ricoverata d'urgenza in Svizzera e il 23 gennaio 2002 è partita per l'Italia per visitare la propria famiglia, dove è stata operata il 25 gennaio 2002. Tra i tanti elementi che escludevano l'urgenza, vi era pure la circostanza che l'operazione era stata effettuata due giorni dopo la visita medica: “2.1 Aux termes de l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales (première phrase). Par «raison médicale», il faut entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse d'équivalent de la prestation à fournir (voir ATF 128 V 77 consid. 1b).

E. 5.1

Nel caso di specie, come rettamente osservato dai primi giudici, alle cui considerazioni si rinvia, è pacifico che il trattamento in esame non può essere ritenuto urgente, non fosse altro poiché lo stesso è stato pianificato con adeguato anticipo dopo che lo stato di salute della ricorrente è peggiorato nel corso del 2003.” 7. Nel caso di specie emerge che l'interessato il 5 gennaio 2008 è rimasto vittima di un “violento trauma distorsivo del ginocchio destro con sicura lesione del legamento collaterale mediale e probabile lesione del legamento crociato anteriore” (doc. 2). Il dr. med. _____, specialista FMH chirurgia ortopedica, ha evidenziato, con certificato datato 10 aprile 2007 (recte: 2008) che “attualmente il paziente accusa vivaci dolori al compartimento mediale del ginocchio destro, allo stress in valgo si constata una notevole instabilità mediale, il segno del cassetto anteriore è positivo” ed ha aggiunto che “per una valutazione completa in vista dell'ulteriore terapia è indicato ora un esame MRI del ginocchio destro.” (doc. 2). Il 24 aprile 2008 il dr. med. _____, professore in chirurgia artroscopica spalla e ginocchio, specialista FMH chirurgia ortopedica, ha evidenziato come l'interessato “ha avuto una distorsione al ginocchio destro nel mese di gennaio. Clinicamente e alla MRI presenta una lesione molto parziale del legamento crociato anteriore al ginocchio destro. Data la situazione generale del paziente e degli interventi eseguiti agli arti inferiori per problemi circolatori, non mi sento di porre alcun tipo di indicazione chirurgica. Le consiglio quindi di continuare con cure fisioterapeutiche (...)”. (doc. 3). Il dr. med. _____, chirurgia FMH, il 20 agosto 2008 ha rilasciato un certificato medico tramite il quale ha affermato: “A causa dei problemi ortopedici al ginocchio destro (lesione legamenti: crociato anteriore e collaterale mediale) invio il signor RI 1, _____, in _____, dallo specialista ortopedico _____.” (doc. 4) Dal 26 agosto al 12 settembre 2008 l'interessato è stato degente presso la Clinica _____, “ospedale specializzato in chirurgia”. Dalla traduzione della documentazione del nosocomio _____, emerge tra l'altro: “Il paziente è stato ricoverato urgentemente in ospedale con il nostro veicolo d'ambulanza, accompagnato con il personale medico per motivo dei dolori acuti nel ginocchio destro i quali hanno bloccato totalmente la capacità di muovere la gamba destra, così che nostra waquip dei medici gli ha messo anche sul posto il ferro per immobilizzazione. Il malato ha dichiarato che era curato da una lesione sul legamento della gamba destra in _____ ed in Svizzera. Tutto quello era stato diagnosticato durante il ricovero (visita del medico, RTG del ginocchio destro, EHO del ginocchio destro, LAB), e dimostra che si tratta di un Hidrops acuta del ginocchi prodotto dalla lesione precedente del ligamento. Al RTG non si vedono le lesioni delle strutture ossee e con EHO si può vedere una quantità maggiore del liquido nel ginocchio. Nello stesso giorno in cui il paziente è stato ricoverato abbiamo fatto la puntione del

ginocchio ed abbiamo evacuato circa 250-300 ml del esudato seroemoragico, poi dopo la fasciatura di fissazione abbiamo messo il gesso ed abbiamo fatto immobilizzazione con una langhetta. Il paziente si trova nella camera semiintensiva del nostro ospedale con una terapia. (...) Lo stato del paziente ora è stabile, e capace di muoversi senza aiuto, non esiste tumefazione, per quale motivo il paziente risulta dimesso per continuare le sue cure. Gli è permesso di viaggiare nel luogo di residenza in Svizzera con un consiglio di presentarsi, subito dopo arrivo presso il fisiatra per poter continuare le sue cure mediche.” (doc. 7) Il 30 settembre 2008 l'assicuratore, dopo aver ricevuto la fattura dell'ospedale _____, ha posto alcune domande all'insorgente, il quale ha affermato di essere stato vittima di una malattia improvvisa o di un infortunio ed ha rilevato che “ a seguito dell'incidente accaduto il 5 gennaio 2008, nel mese di settembre ho avuto seri problemi nella mobilità dell'arto inferiore destro .” Egli, alla questione di sapere qual era lo scopo del suo soggiorno all'estero, ha risposto: “ cure mediche ” (doc. 9). L'assicuratore ha incaricato _____ di effettuare alcune verifiche presso l'ospedale estero. Dalle medesime è emerso tra l'altro che “ Das Spital ist für derartige Behandlungen gut ausgerüstet. Lediglich ein Röntgenservice steht nicht zur Verfügung .“, e che „ Die Behandlung wurde als Notfall ausgeführt “ (doc. 15). _____ ha inoltre evidenziato come „ Dr. _____, der Eigentümer der Klinik und behandelnder Arzt des Patienten war überhaupt nicht kooperativ. Er war sehr unhöflich und wollte keinerlei Fragen beantworten ohne Anwalt des Patienten. Schlussendlich hat er den Telefonhörer aufgelegt. Unsere Agentur hat daraufhin versucht, mit einem anderen Mitarbeiter der Klinik über den Fall zu sprechen. Es ist ihnen jedoch untersagt, Informationen rauszugeben, dies dürfe einzig Dr. _____. Die erhaltenen Informationen sind deshalb sehr spärlich .“ Per quanto concerne la fatturazione „ Die Preise bewegen sich im Vergleich mit anderen Privatspitalern im normalen Rahmen. Einige Behandlungen sind jedoch überfakturiert. Da Dr. _____ nicht kooperieren wollte, ist leider nicht bekannt, was z.B. alles auf der Rechnung in Punkt 13 (nicht standardisierte Materialien) inkludiert wurde. Der Preis ist sehr hoch. Die Schwierigkeit besteht jedoch darin, dass ohne Gerichtsbeschluss oder Anwalt des Patienten der Arzt keinerlei Informationen bzw. Bestätigungen rausgeben wird. “ (doc. 15). L'11 febbraio 2009 il medico di fiducia dell'assicuratore, dr. med. _____, FMH medicina interna, ha proposto di rifiutare l'assunzione dei costi poiché non si tratta di un'urgenza ma di una cura relativa all'infortunio occorso il 5 gennaio 2008 e perché la cura poteva essere effettuata ambulatoriamente (doc. 16). Il

E. 9

aprile 2009 il dr. med. _____, medico fiduciario, FMH in chirurgia, ha affermato: “L'assicuratore mi sottomette la cartella medica del Signor RI 1 RI 1 affinché gli dia il mio parere come medico di fiducia in tutta indipendenza (articolo 57 della Legge federale sull'assicurazione malattia, LAMal). Documenti a disposizione: - Certificato medico del 24 aprile 2008 del Dr _____, Professore in _____ a _____; - Radiografia del ginocchio destro dell'incidente del 5 gennaio 2008; - Rapporto medico della Clinica << _____ >> in _____. Diagnosi: - Operazione del ginocchio in _____ (ricovero dal 26 agosto al 12 settembre 2008) in seguito all'infortunio del 5 gennaio 2008 che aveva provocato la rottura del legamento interno del ginocchio destro. Trattamento proposto dal medico curante: - operazione del ginocchio Costatazioni / osservazioni particolari: - Il Professor _____ sconsiglia l'operazione per questo tipo di patologia e consiglia piuttosto un trattamento di fisioterapia. Conclusione: Dopo aver preso conoscenza della cartella medica in possesso dell'assicuratore, giungo alla conclusione che si tratta di

un trattamento volontario poiché il ritorno in Svizzera sarebbe stato possibile e appropriato. Inoltre, noto che quest'intervento è legato al suo infortunio del 5 gennaio 2008 che avrebbe benissimo potuto essere effettuato in maniera ambulatoriale poiché questo tipo di patologia non necessita di un ricovero così lungo. In conclusione, confermo integralmente il parere precedente del mio collega, Dottor _____, del 11 febbraio 2009, cioè che l'intervento chirurgico al ginocchio del 26 agosto 2008 è volontario." (doc. 20) Il 20 aprile 2009 l'assicuratore ha posto il seguente quesito al proprio medico fiduciario: "L'assuré a eu une rupture du ligament interne droit le 5 janvier 2008. Cette radiographie a été effectuée selon l'assuré le 26 août lors de son hospitalisation en _____ pour douleur au genou et on lui a également ponctionné env. 300ml de liquide du genou (selon RMP). Nous aimerions savoir si cette radiographie reflète le RMP du médecin en _____, est-ce qu'on peut voir si la rupture du ligament est récente ou est-ce que cette radio a bien été effectué 7 mois après la rupture du ligament?" (doc. 21) Il dr. med. _____, FMH in chirurgia, ha affermato: "Impossible de détecter une déchirure des ligaments du genou sur la base d'une radiographie standard. (...) IRM" (doc. 21) 8. Affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352 consid. 3a). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U

329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht, Zurigo 1997, pag. 230). S e vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del 25 febbraio 2003, U 329/01 e U 330/01). 9. La contestazione verte unicamente sulla questione di sapere se l'intervento effettuato all'estero era urgente. Non è in discussione che la medesima operazione poteva essere eseguita in Svizzera. Come visto l'art. 36 cpv. 2 OAMal prevede che 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. In concreto dal certificato del dr. med. _____ del 20 agosto 2008, da cui questo Tribunale non ha alcun motivo per scostarsi, emerge chiaramente che il ricorrente è stato mandato in _____ per farsi curare da uno specialista ortopedico, ossia il dr. med. _____, in seguito all'infortunio occorsogli il 5 gennaio 2008, che gli ha causato una lesione del legamento collaterale mediale e del legamento crociato anteriore (doc. 4, cfr. anche la diagnosi del dr. med. _____, doc. 2). Questa circostanza è confermata dalla risposta fornita dal medesimo ricorrente alla domanda circa lo scopo del soggiorno all'estero, dove ha risposto "cure mediche" (doc. 9). Scopo del viaggio era pertanto quello di eseguire in _____ un trattamento ad opera di uno specialista, in seguito all'infortunio subito (cfr. anche la valutazione del dr. med. _____, doc. 20: "diagnosi: operazione del ginocchio in _____ (ricovero dal 26 agosto al 12 settembre 2008) in seguito all'infortunio del 5 gennaio 2008 che aveva provocato la rottura del legamento interno del ginocchio destro"). Ciò esclude, sin dall'inizio, in applicazione dell'art. 36 cpv. 2 OAMal, l'assunzione dei costi dell'operazione al ginocchio infortunato da parte dell'assicuratore convenuto. Questa conclusione è confortata dalle valutazioni dei medici fiduciari, dr. med. _____, FMH medicina interna (doc. 16: "Kein Notfall") e dr. med. _____ specialista FMH in chirurgia (doc. 20: "giungo alla conclusione che si tratta di un trattamento volontario poiché il ritorno in Svizzera sarebbe stato possibile e appropriato"), i quali hanno pure evidenziato come il medesimo intervento poteva essere eseguito ambulatoriamente e non necessitava di un ricovero così lungo (cfr in particolare doc. 20). Per cui le cure eseguite in _____ potrebbero pure essere considerate inappropriate ed ineconomiche. Richiamata la suesa posta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (consid. 8), questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui sono giunti i medici fiduciari della Cassa, i quali hanno valutato compiutamente tutta la documentazione medica agli atti e sono giunti ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito all'assenza di urgenza nel caso di specie. A questo proposito non va poi dimenticato il ruolo del medico della Cassa che la LAMal regola all'art. 57: "4 Il medico di fiducia consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore. 5 Il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni." La LAMal attribuisce quindi al medico fiduciario un ruolo importante. Il medico di fiducia è divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale e si occupa di valutare l'adeguatezza allo

scopo e l'economicità di un trattamento. Il suo ruolo consiste in particolare nell'evitare agli assicuratori malattia la presa a carico di misure inutili e nell'offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (DTF 127 V 48 = sentenza del 21 marzo 2001 K 87/00, pag. 4 consid. 2d e dottrina citata). Certo, nel rapporto del nosocomio serbo figura che “ il paziente è stato ricoverato urgentemente in ospedale con il nostro veicolo d'ambulanza ” (doc. 7). Tuttavia, da una parte va ribadito che i medici fiduciari hanno evidenziato l'assenza di un'urgenza nell'intervento effettuato in _____, dall'altra va ancora sottolineato come l'interessato si è recato all'estero proprio a causa “ dei problemi ortopedici al ginocchio destro ” allo scopo di effettuare delle cure mediche (doc. 4 e 9). Per cui il ricovero presso l'ospedale _____ deriva comunque dal fatto che l'insorgente è stato mandato in _____ dal dr. med. _____ per effettuare delle cure al ginocchio infortunato (risposta 8, doc. 9). Ne segue che l'insorgente non ha avuto bisogno di un trattamento urgente (imprevisto) ai sensi dell'art. 36 cpv. 2 OAMal. Alla luce di quanto sopra esposto questo Tribunale deve pertanto concludere che il motivo preponderante per il viaggio all'estero dell'insorgente era quello di far capo ad uno specialista del suo Paese d'origine, anche alla luce del fatto che i medici svizzeri avevano consigliato un trattamento fisioterapico piuttosto che un intervento chirurgico (cfr. doc. 3). La circostanza che il ricorrente non si sia recato dal dr. med. _____, bensì dal dr. med. _____, è irrilevante, nella misura in cui egli si è comunque recato all'estero allo scopo di eseguire un trattamento in seguito all'infortunio occorsogli alcuni mesi prima nel nostro Paese. Per lo stesso motivo è superfluo stabilire se la radiografia prodotta dall'insorgente sia effettivamente stata effettuata il 26 agosto 2008 oppure in altri periodi. Del resto è stato accertato che l'ospedale _____ non dispone di apparecchi per eseguire radiografie (cfr. doc. 15: “ Lediglich ein Röntgenservice steht nicht zur Verfügung ”) ed il dr. med. _____, FMH in chirurgia, ha rilevato come sia impossibile vedere una rottura dei legamenti sulla base di una radiografia standard, essendo necessaria una MRI (doc. 21). In queste condizioni è a giusta ragione che l'assicuratore ha rifiutato di assumersi i costi della degenza all'estero. 10. L'insorgente ha chiesto l'assunzione di ulteriori prove (testimoni, documentazione dell'assicuratore, perizia medica sui costi, ecc.). Questo Tribunale ritiene che la documentazione agli atti, chiara e non contestata nel suo contenuto, sia sufficiente per poter decidere nel merito della causa, per cui rinuncia all'allestimento di una perizia e ad ulteriori prove. 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). 11. Infine l'insorgente chiede di poter essere messo al beneficio dell'assistenza giudiziaria. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le

circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, ATSG-Kommentar 2a ed., ad art. 61, n. 102, pag. 788). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 102s) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Il limite per ammettere uno stato di bisogno ai sensi delle disposizioni sull'assistenza giudiziaria è superiore al minimo di esistenza determinato ai fini del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). All'importo base LEF va applicato un supplemento variante fra il 15% e il 25% (cfr. sentenza del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04). 12. In concreto l'insorgente, oltre al certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria preavvisata positivamente dal Comune di residenza, preavviso che non è comunque vincolante per il Giudice, ha prodotto un decreto di stralcio della Pretura di _____ che nell'ambito dell'adozione di misure di protezione dell'unione coniugale con contestuali domande provvisoriale ha accolto l'istanza d'assistenza giudiziaria in data 6 ottobre 2008. Va innanzitutto rilevato che la decisione della Pretura non è vincolante nella misura in cui è stata emanata quasi un anno fa, mentre il TCA deve basarsi sulla situazione attuale dell'assicurato evinta dalla documentazione prodotta il 28 luglio 2009. Nel caso di specie l'assicurato consegue un reddito annuo di fr. 17'892 di rendita AI, fr. 5'304 di assegno per grandi invalidi (doc. C6) e fr. 7'837 di rendita d'invalidità del secondo pilastro, per un importo mensile di fr. 2'586.10. Egli inoltre percepisce fr. 130.60 al mese per ognuno dei tre figli quale complemento alla rendita del secondo pilastro (doc. C7, nonché tassazione doc. C10). Con questo importo deve far fronte a fr. 500 di affitto (doc. C2), fr. 333.30 di assicurazione malattie obbligatoria delle cure medico-sanitarie (l'assicurazione privata non va presa in considerazione; doc. C8: 334.70 – 1.40), cui va aggiunto il fabbisogno per persone sole di fr. 1'200 (www3.ti.ch/POTERI/sw/giudiziario/index.php?fuseaction=GiustiziaCivile.GC_TabellaMinimiEsistenza, cfr. anche sentenza del 17 giugno 2008, inc. 15.2008.14, consid. 5 e 6), oltre a fr. 483.30 (5'800 : 12) di contributo di mantenimento per il coniuge separato (cfr. doc. C10). Con sentenza del 20 settembre 2004 nella causa U 102/04 l'allora TFA non ha considerato indigente una famiglia composta di due genitori e due figli la cui eccedenza mensile, applicando il supplemento del 15-25% all'importo di base della Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, oscillava tra fr. 175.50 e fr. 415.50 al mese. In particolare l'Alta Corte ha rilevato: "(...) 4.1.3 Sulla base della documentazione prodotta agli atti, i primi giudici hanno fatto stato di un reddito mensile complessivo di fr. 4'618.- (fr. 3'348.- [rendita intera AI oltre alle complete per la moglie e per i figli, nati nel 1988 rispettivamente nel 1993] + fr. 1'270.- [rendita della previdenza professionale]) a fronte di un fabbisogno globale stabilito in fr. 3'842.50 (fr. 2'400.- [importo base così composto: 1'550.- + 500 + 350] + fr. 1'142.- [locazione] + fr. 118.- [premio dell'assicurazione malattia, dedotti i sussidi cantonali] + 32.50 [contributo AVS della moglie] + fr. 150.- [imposte]). In definitiva, essi hanno quindi

ritenuto un'eccedenza mensile di circa fr. 750.-, più precisamente di fr. 775.50. 4.1.4 Gli importi esposti, ai quali si è richiamata la Corte cantonale per l'accertamento dello stato d'indigenza, sono stati dedotti dalle indicazioni fornite in quella sede dallo stesso ricorrente. Essi non si rivelano pertanto confutabili, né peraltro l'insorgente contesta l'una o l'altra posizione. Ora, anche volendo aggiungere all'importo di base di fr. 2'400.-, correttamente determinato sulla base della Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, un supplemento del 15-25%, risulterebbe comunque un'eccedenza oscillante tra fr. 175.50 e fr. 415.50 al mese. In tali condizioni, considerati anche la gratuità della procedura in materia, l'assenza di ripetibili da dover pagare nonché il (relativamente) basso valore di lite (sostanzialmente fr. 8'775.20, di cui: fr. 4'860.- quale differenza tra l'IMI del 5% ottenuta e quella richiesta del 10% [stante un ammontare massimo del guadagno assicurato all'epoca dell'infortunio di fr. 97'200.-], e fr. 3'915.20 per rimborso spese) che, secondo la tariffa cantonale dell'ordine degli avvocati (cfr. i combinati disposti di cui agli art. 9 e 30 della Tariffa secondo i quali l'onorario normale per una procedura assicurativa con un valore di causa come quello che ci occupa può essere al massimo fissato al 14% [70% di 20%] di quest'ultimo), permette di stimare le spese di patrocinio approssimativamente in fr. 1'230.-, la precedente istanza poteva ammettere la possibilità, per F. _____, di saldare ratealmente e in un termine adeguato le spese di avvocato senza con ciò incorrere in una violazione del concetto di indigenza appartenente al diritto federale (v. DTF 109 Ia 9 consid. 3a; cfr. inoltre pure la sentenza citata del 25 settembre 2000 in re E., nel cui ambito un'eccedenza mensile di fr. 33.40, calcolata per una persona sola ma dopo avere apportato un supplemento sull'importo base LEF "soltanto" del 15%, è per contro stata ritenuta insufficiente)." (STFA del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04, consid. 4.1.3., 4.1.4.).", In concreto, aggiungendo il supplemento massimo del 25% al minimo vitale di fr. 1'200, ossia fr. 300, si raggiunge un fabbisogno di fr. 2'816.60 (1'500 + 500 + 333.30 + 483.30), inferiore rispetto alle entrate di fr. 2'977.90 (fr. 2'586.10 + [3 X 130.60]), per un'eccedenza di fr. 161.30. Con sentenza del 6 novembre 2007 (inc. 43.2007.1) questo Tribunale ha negato l'assistenza giudiziaria ad una persona sola con un'eccedenza di fr. 95. In queste condizioni, considerato inoltre la gratuità della procedura, l'assenza di ripetibili, e rilevato che comunque la vertenza appariva d'acchito priva di esito favorevole, non sono dati i presupposti per concedere l'assistenza giudiziaria.

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