

# **TI\_GERICHTE 36.2010.83 vom 15. September 2010**

TI Tribunale d'appello, 2010-09-15, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2010.83](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2010.83)

FR: TI\_GERICHTE 36.2010.83 du 15 septembre 2010

IT: TI\_GERICHTE 36.2010.83 del 15 settembre 2010

## **Regeste**

Richiesta di assunzione dei costi di una cura all'estero respinta poiché non sono dati i presupposti per il rimborso ai sensi dell'Accordo bilaterale sulla libera circolazione delle persone (e della LAMal)

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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. Secondo quanto stabilito dal cpv. 2 dello stesso articolo, queste prestazioni comprendono, tra l'altro, 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 (lett. a), le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico (lett. b), un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico (lett. c), i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico (lett. d), nonché la degenza nel reparto comune di un ospedale (lett. e). 3. 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. 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. L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), 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 R DAT 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 sentenza dell'8 ottobre 2002, 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). L'allora 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). 4. 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 dei trattamenti medici forniti in Svizzera sono presunte (DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275 con riferimenti). Un'eccezione al principio della territorialità secondo l'art. 36 cpv. 1 OAMal in relazione con l'art. 34 cpv. 2 LAMal è unicamente possibile, dal profilo della LAMal, se non esiste alcuna possibilità di cura della malattia in Svizzera oppure se è stabilito, in un caso particolare, che una misura terapeutica in Svizzera, per rapporto a un'alternativa di cura all'estero, comporta per il paziente dei rischi importanti e considerevolmente più elevati (DTF 131 V 274 consid. 3.2 pag. 276; RAMI 2003 no. KV 253 pag. 231 consid. 2 [K 102/02]) e che pertanto, tenuto conto del risultato che si intende raggiungere con la cura, un trattamento responsabile ed esigibile da un punto di vista medico non sia concretamente garantito in Svizzera (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni K 39/01 del 14 ottobre 2002, consid. 1.3; cfr. pure RAMI 2003 no. KV 253 pag. 231 consid. 2). Soltanto gravi lacune nell'offerta di cura ("Versorgungslücke") giustificano di distanziarsi dal principio della territorialità (sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 4.2; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2a edizione, n. 482). Si tratta, di norma, di cure che richiedono delle tecniche altamente specializzate o di trattamenti complessi di malattie rare, per le quali, proprio in ragione di questa rarità, la Svizzera non dispone di un'esperienza diagnostica o terapeutica

sufficiente (Eugster, op. cit., n. 480 segg.). Per contro, se il trattamento adeguato è realizzato correntemente in Svizzera e corrisponde a dei protocolli largamente riconosciuti, l'assicurato non ha diritto al rimborso dei costi per un trattamento eseguito all'estero (DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275). Vantaggi minimi, difficilmente valutabili o addirittura contestati, non possono configurare un valido motivo per porre l'intervento esterno a carico dell'assicurazione di base (DTF 127 V 138 consid.

## **E. 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). Per cui, ritenuto che l'insorgente non ha ottenuto l'autorizzazione per recarsi all'estero per sottoporsi all'intervento prospettato in \_\_\_\_\_, rilevato che la medesima operazione poteva essere effettuata in Svizzera ed in particolare che dagli atti non emerge che, tenuto conto del risultato che si intendeva raggiungere, un trattamento responsabile ed esigibile da un punto di vista medico non fosse concretamente garantito in Svizzera (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni K 39/01 del 14 ottobre 2002, consid. 1.3; cfr. pure RAMI 2003 no. KV 253 pag. 231 consid. 2) e che neppure risulta quel valore aggiunto diagnostico e terapeutico che avrebbe potuto giustificare l'assunzione delle spese da parte della cassa malati, i costi per il trattamento effettuato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il 14 settembre 2009, l'8 ottobre 2009 e dal 12 al 14 ottobre 2009 non possono essere messi a carico dell'assicuratore malattie convenuto, indipendentemente dalla questione dei costi di un tale trattamento in Svizzera. L'interessata non può neppure appellarsi alla propria buona fede affermando che i medici ticinesi non le avrebbero indicato un luogo dove poter effettuare la citata operazione giacché l'assicuratore l'ha avvisata prima dell'intervento avvenuto a \_\_\_\_\_ del rifiuto di rimborsare ogni prestazione (cfr. doc. 12 e 15) e l'insorgente, cosciente di questo rifiuto, ha deciso lo stesso di sottoporsi all'operazione (cfr. doc. 13, e-mail del 28 settembre 2009 della ricorrente all'assicuratore e doc. 14, lettera raccomandata dell'insorgente alla Cassa malati : "(...) Da es sich um meine Gesundheit handelt, werde ich in \_\_\_\_\_ operiert, das ist mein Wunsch und Recht"). Infine, abbondanzialmente, va evidenziato che siccome l'interessata è stata ricoverata presso una struttura privata estera e non si è recata presso un nosocomio pubblico, anche se i presupposti per un rimborso fossero dati, andrebbe comunque ancora accertato presso le competenti autorità \_\_\_\_\_ cosa sarebbe successo, in un caso simile al presente, se la medesima fattispecie fosse capitata ad una persona assicurata al sistema sanitario \_\_\_\_\_. In particolare si sarebbe dovuto accertare, con l'ausilio dell'istituzione competente \_\_\_\_\_ in ambito di assicurazione contro le malattie, se in un caso di ricovero, come quello in esame, in un istituto privato, ci sarebbe stato un rimborso e, in caso di risposta positiva, in che misura il rimborso sarebbe stato effettuato (cfr. le informazioni dell'UFAS ai Cantoni). L'importo indicato dall'autorità \_\_\_\_\_ sarebbe poi stato quello che l'assicuratore avrebbe dovuto rimborsare (cfr. sentenza del 17 novembre 2008, inc. 36.2008.71). In altre parole, se fossero date le condizioni per il rimborso della cura all'estero, ciò che nel caso di specie non si verifica, l'assicuratore avrebbe dovuto accertare

presso l'autorità estera la tariffazione delle prestazioni di ricovero fruito secondo i Regolamenti Comunitari, in particolare, come succede di regola in \_\_\_\_\_ (cfr. sentenza del 17 novembre 2008, inc. 36.2008.71), tramite i DRG, che prevedono che ad ogni ricovero corrisponda un costo, comprensivo di esami pre e post degenza, prestazioni medico professionali, intervento chirurgico, noleggio strutture, ecc. Del resto, l'art. 34 del Regolamento Comunitario 574/72 dispone che il rimborso per prestazioni sanitarie, fruito in un paese diverso da quello di residenza, avvenga sulla base delle tariffe vigenti nel paese dove sono erogate le prestazioni. Questo TCA ha già stabilito che l'utilizzazione dei DRG applicabili agli ospedali pubblici e alle cliniche convenzionate è corretta, non potendo essere utilizzato, nell'ambito dell'applicazione dell'ALC, il sistema tariffario di tipo privatistico. Il rimborso va infatti effettuato alla tariffa dell'assicurazione sociale valida per l'istituto del luogo di soggiorno (cfr. sentenza del 22 gennaio 2007, inc. 36.2006.164 e sentenza del 17 novembre 2008, inc. 36.2008.71). In concreto, non essendo adempiute le condizioni per poter chiedere il rimborso delle prestazioni usufruite all'estero, i citati accertamenti non devono essere eseguiti. Va ancora sottolineato che questo Tribunale è cosciente delle sofferenze cui è andata incontro l'assicurata, ma non può scostarsi dalle norme volute dal legislatore per poter mettere a carico dell'assicuratore i costi di interventi avvenuti all'estero. 10. Infine l'insorgente chiede di essere ascoltata personalmente al fine di meglio illustrare il caso in tutti i suoi dettagli e domanda la fissazione di un'udienza (doc. I). Il TCA rileva innanzitutto che l'audizione richiesta può essere rifiutata senza per questo ledere il diritto d'essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. e dall'art. 6 n. 1 CEDU. Infatti, secondo la giurisprudenza federale, l'obbligo di organizzare un dibattito pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (cfr. sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2 che ha confermato questo principio, nonché DTF 122 V 47; cfr. pure DTF 124 V 90, consid. 6, pag. 94 e il rinvio alla DTF prima citata). In concreto, non essendo stata presentata una "domanda espressa di procedere ad un'udienza pubblica" (l'assicurata ha chiesto unicamente di poter essere ascoltata e di fissare un'udienza), questo TCA rinuncia ad una sua audizione poiché superflua ai fini dell'esito della vertenza (cfr. sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2; cfr. sentenza 9C\_578/2008 del 29 maggio 2009 dove la generica richiesta di "vegliare alla parità delle armi [...] e all'applicazione dell'art. 6 CEDU" non è stata giudicata sufficiente per far sorgere l'obbligo di organizzare un dibattito pubblico). Questo Tribunale rinuncia pure all'assunzione di ulteriori prove giacché gli atti dell'incarto sono sufficienti per decidere nel merito del ricorso. 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).

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