

TI_GERICHTE 36.2012.84 vom 27. Juli 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-07-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2012.84_d20120727

FR: TI_GERICHTE 36.2012.84 du 27 juillet 2012

IT: TI_GERICHTE 36.2012.84 del 27 luglio 2012

Regeste

Richiesta di assunzione dei costi per una cura all'estero in applicazione dell'ALC e/o dell'art. 36 OAMal. In concreto l'insorgente ha effettuato due soggiorni di riabilitazione che manifestamente non rientrano nei casi previsti dalla legge per il rimborso delle prestazioni all'estero

Erwägungen

E. 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 RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). 2. L'assicuratore sostiene innanzitutto che il ricorso è tardivo. Per l'art. 56 LPGa le decisioni su opposizione e quelle contro cui un'opposizione è esclusa possono essere impugnate mediante ricorso. Il ricorso può essere interposto anche se l'assicuratore, nonostante la domanda dell'assicurato, non emana una decisione o una decisione su opposizione. A norma dell'art. 60 LPGa il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (cpv. 1). Gli articoli 38-41 sono applicabili per analogia (cpv. 2). Per l'art. 38 cpv. 1 LPGa se il termine è computato in giorni o in mesi e deve essere notificato alle parti, inizia a decorrere il giorno dopo la notificazione. Ai sensi dell'art. 38 cpv. 3 LPGa se l'ultimo giorno del termine è un sabato, una domenica o un giorno festivo riconosciuto dal diritto federale o cantonale, il termine scade il primo giorno feriale seguente. L'onere della prova circa l'atto e il momento della notifica di una decisione amministrativa incombe, di principio, all'autorità che intende trarne conseguenze giuridiche (DTF 124 V 402 consid. 2a). La prova della notifica di un atto, che deve essere determinata almeno con il grado della verosimiglianza preponderante richiesto in materia di assicurazioni sociali (DTF 124 V 402 consid. 2b; 121 V 6 consid. 3), può tuttavia risultare dall'insieme delle circostanze o da altri indizi (DTF 105 III 46 consid. 3; DLA 2000 no. 25 pag. 118 e seguenti, in particolare pag. 121). Nella procedura amministrativa federale il principio inquisitorio dispensa le parti dall'obbligo di provare i fatti ma non le libera dall'onere di sopportare le conseguenze della mancanza di prova, nel senso che in tal caso il giudice deciderà a sfavore di quella parte che intendeva dedurre un diritto dalla circostanza di fatto rimasta non provata (DTF 117 V 261 consid. 3b pag. 264; 114 V 213 consid. 5 pag. 218 con riferimenti). 3. In concreto la decisione su opposizione è datata 18 settembre 2012 (doc. A1) ed il ricorrente afferma di averla ricevuta il 20 settembre 2012 (doc. I; cfr. anche il timbro sulla decisione: " 20 set. 2012 "). Considerato che l'assicuratore non ha prodotto alcun indizio circa una notifica anteriore della decisione litigiosa, neppure dopo essere stato reso attento dal Giudice delegato del TCA, in due occasioni (doc. IV e doc. VII), delle conseguenze dell'assenza di prove,

occorre fare affidamento sulle affermazioni del destinatario dell'invio. Per cui il termine per inoltrare ricorso è iniziato a decorrere il 21 settembre 2012, conformemente all'art. 38 cpv. 1 LPGA, ed è scaduto sabato 20 ottobre 2012, riportato, in applicazione dell'art. 38 cpv. 3 LPGA, al lunedì 22 ottobre 2012, quando l'insorgente ha inoltrato ricorso. L'impugnativa è pertanto tempestiva ed il TCA deve entrare nel merito del ricorso. Nel merito 4. Per l'art. 3 cpv. 1 LPGA, è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. Per l'art. 24 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25-31, secondo le condizioni di cui agli articoli 32-34. Giusta l'art. 25 cpv. 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). 5. Con sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, al consid. 3.1 il TF ha rammentato che la LAMal è retta dal principio di territorialità. Tuttavia, 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 LAMal eseguite all'estero per motivi di ordine medico (prima frase). Sulla base di questa delega di competenza, l'autorità esecutiva ha emanato l'art. 36 OAMal, intitolato "Prestazioni all'estero". Secondo il primo capoverso di questo disposto, il Dipartimento federale dell'Interno, sentita la competente commissione, designa le prestazioni di cui agli articoli 25 capoverso 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 (un elenco di queste prestazioni non è tuttavia stato allestito; cfr. DTF 131 V 271 consid. 3 pag. 274; DTF 128 V 75). Secondo il suo secondo capoverso, 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. Per il suo capoverso 4, le prestazioni di cui ai capoversi 1 e 2 sono assunte al massimo fino a un importo pari al doppio del corrispettivo rimborso in Svizzera. Sono quindi salve le disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni (art. 36 cpv. 5 OAMal). Va ancora evidenziato che, oltre all'urgenza, di norma, 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.; DTF 134 V 330). 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 134 V 330; 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 134 V 330; DTF 127 V 138 consid. 5 pag. 147), così come neppure il fatto che una clinica specializzata all'estero abbia maggior esperienza nel settore specifico (DTF 134 V 330; DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275). 6. Giusta l'art. 95a LAMal per le persone designate nell'articolo 2 del regolamento n. 1408/71 e in relazione con le prestazioni previste nell'articolo 4 di questo regolamento, purché siano comprese nel campo d'applicazione della presente legge, sono applicabili anche l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone, nella versione dei Protocolli del 26 ottobre 2004 e del 27 maggio 2008 relativi all'estensione dell'Accordo ai nuovi Stati membri della Comunità europea, il suo allegato II e i regolamenti n. 1408/71 e n. 574/72 nella loro versione aggiornata (let. a) e la Convenzione del 4 gennaio 1960 istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio nella versione dell'Accordo del 21 giugno 2001 che emenda la Convenzione, il suo allegato K, l'appendice 2 dell'allegato K e i regolamenti n. 1408/71 e n. 574/72 nella loro versione aggiornata (let. b). L'art.

E. 22

del regolamento n. 1408/71 (Dimora fuori dello Stato competente – Ritorno o trasferimento di residenza in un altro Stato membro durante una malattia o una maternità – Necessità di recarsi in un altro Stato per ricevere le cure adeguate) nel tenore modificato dalla decisione n. 1/2006 del Comitato misto UE-Svizzera del 6 luglio 2006, in vigore per la Svizzera dal 6 luglio 2006 (RU 2008 4273), prevede: " 1. Il lavoratore subordinato o autonomo che soddisfa le condizioni richieste dalla legislazione dello Stato competente per aver diritto alle prestazioni, tenuto conto eventualmente di quanto disposto dall'articolo 18, e: a) il cui stato di salute richieda prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora nel territorio di un altro Stato membro, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora, oppure b) che, dopo essere stato ammesso al beneficio delle prestazioni a carico dell'istituzione competente, è autorizzato da tale istituzione a ritornare nel territorio dello Stato membro in cui risiede ovvero a trasferire la residenza nel territorio di un altro Stato membro, oppure c) che è autorizzato dall'istituzione competente a recarsi nel territorio di un altro Stato membro per ricevere le cure adeguate al suo stato, ha diritto: i) alle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora o di residenza secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse ad essa iscritto; tuttavia, la durata dell'erogazione delle prestazioni è determinata dalla legislazione dello Stato competente, ii) alle prestazioni in denaro erogate dall'istituzione competente secondo le disposizioni della legislazione che essa applica. Tuttavia, previo accordo tra l'istituzione competente e l'istituzione del luogo di dimora o di residenza, le prestazioni possono essere erogate anche da quest'ultima istituzione per conto della prima, secondo le disposizioni della legislazione dello Stato competente. 1. bis La commissione amministrativa elabora un elenco delle prestazioni in natura che, per essere corrisposte nel corso della dimora in un altro Stato membro, necessitano per motivi pratici dell'accordo preventivo tra la persona interessata e l'istituzione che presta le cure. 2. L'autorizzazione richiesta ai sensi del paragrafo 1 lettera b) non può essere rifiutata se non quando è accertato che lo spostamento dell'interessato è tale da compromettere il suo stato di salute o l'applicazione delle cure mediche. L'autorizzazione richiesta a norma del paragrafo 1 lettera c) non può essere rifiutata quando

le cure di cui trattasi figurano fra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro, nel cui territorio l'interessato risiede, se le cure stesse, tenuto conto dello stato di salute dello stesso nel periodo in questione e della probabile evoluzione della malattia, non possono essergli praticate entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in questione nello Stato membro di residenza. 3. I paragrafi 1, 1 bis e 2 si applicano per analogia ai familiari di un lavoratore subordinato o autonomo. Tuttavia, per l'applicazione del paragrafo 1 lettere a) e c) punto i), ai familiari di cui all'articolo 19 paragrafo 2, residenti nel territorio di uno Stato membro diverso da quello nel cui territorio il lavoratore subordinato o autonomo risiede: a) le prestazioni in natura sono erogate, per conto dell'istituzione dello Stato membro nel cui territorio risiedono i familiari, dall'istituzione del luogo di dimora, secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se il lavoratore subordinato o autonomo fosse ad essa iscritto. La durata dell'erogazione delle prestazioni è determinata tuttavia dalla legislazione dello Stato membro nel cui territorio risiedono i familiari; b) l'autorizzazione prescritta ai sensi del paragrafo 1 lettera c) è rilasciata dall'istituzione dello Stato membro nel cui territorio risiedono i familiari. 4. Il fatto che il lavoratore subordinato o autonomo beneficia delle disposizioni del paragrafo 1 non pregiudica il diritto dei suoi familiari alle prestazioni." In altre parole per l'art. 22 n. 1 lett. a punto i del regolamento 1408/71, il lavoratore subordinato o autonomo che soddisfa le condizioni richieste dalla legislazione dello Stato competente per aver diritto alle prestazioni (...) e il cui stato di salute richieda prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora nel territorio di un altro Stato membro, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora, ha diritto alle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora o di residenza secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse ad essa iscritto; tuttavia, la durata dell'erogazione delle prestazioni è determinata dalla legislazione dello Stato competente (sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011; sul tema cfr. Silvia Bucher, *Le droit aux soins en cas de séjour temporaire dans un pays européen* in: Olivier Guillod/Dominique Sprumont/Béatrice Despland [a cura di], *Droit aux soins*, Berna 2007, pag. 84 segg.; Beat Meyer, *Auslandsleistungen nach KVG und im Bereich der Bilateralen Abkommen*, in: *Jahrbuch des Schweizerischen Konsumentenrechts* 2003, pag. 67 segg.; Christian Schürer, *Die Durchführung der Kranken- und Unfallversicherung gemäss Abkommen EU/CH über die Personenfreizügigkeit [APF]*, in: René Schaffhauser/Christian Schürer [a cura di], *Die Durchführung des Abkommens EU/CH über die Personenfreizügigkeit [Teil Soziale Sicherheit]* in der Schweiz, 2001, pag. 139 segg.). Da rilevare che con il 1° aprile 2012 è entrato in vigore nei rapporti tra la Svizzera e l'UE il regolamento (CE) n. 883/2004 che sostituisce il regolamento (CE) n. 1409/71, ma che nel caso di specie non è applicabile, giacché lo stato di fatto per il quale vengono richieste prestazioni si è prodotto e concluso nel corso del 2011. 7. Nella più volte citata sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, ai consid. 5.1.e 5.2, il TF ha rammentato che il diritto nazionale è applicabile nella misura in cui non intervengono disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni. È quanto riserva del resto espressamente l'art. 36 cpv. 5 OAMal. L'ALC si propone di garantire agli assicurati la necessaria copertura medica in caso di malattia anche durante un soggiorno all'estero. Questa garanzia si concretizza attraverso l'aiuto dell'assicuratore malattia estero o del sistema sanitario nazionale a favore e a carico dell'assicuratore malattia o del sistema sanitario nazionale dello Stato competente per la sicurezza sociale del paziente (Gebhard Eugster, *Die obligatorische*

Krankenpflegeversicherung, in: Ulrich Meyer, [editore], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit [SBVR], 2a ed., no. 488 pag. 564). L'art. 22 n. 1 lett. a regolamento n. 1408/71 disciplina l'assistenza reciproca in materia di prestazioni in natura nel caso di persone che dimorano in uno Stato membro diverso da quello competente. L'esistenza dell'evento assicurato malattia non si determina in base alla regolamentazione dello Stato competente (sul concetto v. art. 1 lett. q regolamento n. 1408/71), bensì dello Stato che presta l'assistenza. Similmente e per motivi pratici, ritenuto che l'istituzione che presta assistenza sarebbe altrimenti confrontata con l'arduo compito di applicare il diritto estero in materia di prestazioni, la loro concessione - come del resto anche la partecipazione alle spese dell'assicurato (sentenza 9C_61/2007 del 25 febbraio 2008 consid. 3) - avviene nelle forme e secondo le disposizioni dell'istituzione che presta l'aiuto. In caso di assistenza fornita all'estero è dunque irrilevante che la prestazione costituisca una prestazione obbligatoria in Svizzera. Per contro, chi fa valere il diritto a prestazioni dev'essere assicurato contro le malattie conformemente al diritto dello Stato competente (Eugster, op. cit., no. 495 - 498 pag. 566). Il diritto nazionale e in particolare l'art. 36 cpv. 2 OAMal ritornano invece applicabili laddove lo strumento dell'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni, quale è quello sancito dall'art. 22 n. 1 lett. a regolamento n. 1408/71, non dovesse funzionare. Ciò si verifica in particolare se la persona assicurata si fa curare da un fornitore di prestazioni non ammesso ad esercitare secondo il sistema statale estero di copertura sanitaria (Eugster, op. cit., no. 504 pag. 569). Le prestazioni in natura sono infatti erogate secondo le disposizioni legali, il catalogo delle prestazioni e le tariffe (sociali) dello Stato di dimora e sono a carico dell'istituzione competente. Ora, il fatto che si applichino le tariffe legali del luogo di dimora implica ugualmente che il fornitore di prestazioni estero debba fornire le prestazioni nell'ambito dell'assicurazione sociale contro le malattie. Se il fornitore di prestazioni estero è un operatore privato che non dispensa cure per l'assicurazione malattie legale, esso è libero in questo caso di applicare le proprie tariffe di diritto privato. In siffatta evenienza non vi è più spazio per un'assistenza reciproca ai sensi dell'art. 22 n. 1 regolamento n. 1408/71 e ritorna applicabile esclusivamente la legislazione svizzera. Il che significa che un rimborso dei costi da parte dell'assicuratore malattia svizzero può intervenire solo nell'ambito e nei limiti dell'art. 36 OAMal (Eugster, op. cit., no. 539 pag. 577). 8. In concreto l'interessato, per la prima volta in sede di ricorso, evidenzia che nel corso del mese di aprile 2011 “ si trovava in _____ (e più precisamente a _____) ” (doc. I, pag. 2) e aveva programmato di trascorrere alcune settimane per rendere visita a parenti ed amici e per occuparsi dei propri affari quando ha improvvisamente avvertito i sintomi tipici dello scompenso da diabete e, dopo aver consultato un medico “ presso un ospedale del posto ” e sentito il parere del dr. med. _____, reso attento dell'inopportunità di compiere il viaggio di ritorno in Svizzera in automobile, “ giudicato troppo rischioso in quelle condizioni di salute ”, gli è stato indicato di rivolgersi al più presto ad una clinica che fosse stata in grado di curarlo in modo interdisciplinare Il ricorrente sostiene che il caso di specie rileva dall'urgenza (“ Notfall ”, doc. I, pag. 2, punto 2) e non dalla scelta di essere curato all'estero (“ Wahlbehandlung ”; cfr. doc. I, pag. 2, punto 2). Alla luce di quanto figura nei rapporti di uscita delle _____ di _____ (doc. A4 e A5), non solo non vi sono indizi per un'urgenza delle cure eseguite (art. 36 OAMal), ma lo stato di salute del ricorrente non richiedeva neppure una cura stazionaria quale quella eseguita in _____ per la continuazione del suo soggiorno all'estero ai sensi dell'art. 22 n. 1 lett. a regolamento (CE) n. 1408/71. Dagli atti emerge infatti che l'assicurato è stato degente presso le _____

di _____ dal 28 aprile 2011 al 22 maggio 2011 e dal 26 ottobre 2011 al 20 novembre 2011 per delle cure di riabilitazione (doc. A4 e A5), ossia per un trattamento che, notoriamente, di regola, non rientra né in quelli urgenti, né in quelli necessari per poter continuare un soggiorno all'estero, e che si è recato di propria iniziativa presso la struttura _____.

Egli, del resto, aveva con sé documentazione medica, anche in lingua italiana (doc. A4, pag. 2, Eigenanamnese: "Vorbefunde und Arztbriefe liegen z.T. in italienische Sprache vor"). Il dr. med. _____ "Chefarzt, Internist, Kardiologe, Ernährungsmed ." della Clinica _____, nel rapporto di uscita del 22 maggio 2011, ha infatti affermato che "Der Patient kommt aus eigener Initiative zur Rehabilitation" (doc. A4, sottolineature del redattore; cfr. anche pag. 4 del rapporto: "5. Indikationsspezifische Untersuchungen während der Rehabilitation", sottolineatura del redattore) e non ha evidenziato alcuna situazione di urgenza o di necessità di cure per continuare il soggiorno all'estero. Anzi, dalla descrizione dei "Klinische Befunde" (pag. 3 e seguenti, doc. A4), emerge una situazione sostanzialmente normale alla luce delle patologie di cui è affetto il ricorrente (doc. A4: "Allgemein: Patient in altersentsprechendem Allgemeinzustand und leicht übergewichtigem Ernährungszustand. Normales Hautkolorit und normale Schleimhautverhältnisse. Keine peripheren Odeme. Keine peripheren palpablen Lymphone. Keine Dyspnoe"; cfr. anche il punto 2, pag. 3 del doc. A4: "Jetzige Beschwerden und funktionelle Einschränkungen [...] Körperlich keine wesentlichen Beschwerden, jedoch Probleme mit der Gewichtszunahme, Erektionsschwäche und schlechte Blutzuckereinstellung. Keine Schmerzen. Ansonsten keine Funktionseinschränkungen im Alltag").

Il medico, a proposito dello scopo della riabilitazione, ha affermato che: "Bei dem Patienten besteht ein Diabetes mellitus mit leichtem Übergewicht, ferner eine arterielle Hypertonie. Letzteres wird bisher medikamentös behandelt. Bzgl. des Diabetes mellitus wird eine Insulintherapie mit basalem Insulin durchgeführt. Bei der vorliegenden Befundkonstellation standen unter Hinzuziehung der sozialen Situation bei Herrn RI 1r die folgenden Rehabilitationsziele im Vordergrund: Steigerung der Mobilität und Belastbarkeit, Verbesserung der Beweglichkeit, Gesundheitsschulung, Diabeteseinstellung. Die Zielvorstellung des Patienten lauten im Wesentlichen: Ernährungsumstellung- u. Schulung, Umgang mit Partnerkonflikten, Gewichtsreduktion, Blutzuckereinstellung." (doc. A4, pag. 5, sottolineature del redattore)

Si tratta di cure, che non solo non rientrano nelle ipotesi di urgenza o che sono necessarie sotto il profilo medico per poter continuare il soggiorno all'estero, ma che, notoriamente, senza che si debbano effettuare accertamenti, sono fruibili anche nel nostro Paese. Nel rapporto d'uscita si trovano ulteriori elementi a sostegno della tesi dell'assicuratore. Al punto 7 ("Rehabilitationsverlauf") figura infatti che gli scopi della riabilitazione sono stati decisi di comune accordo ("Gemäss den gemeinsam vereinbarten Therapiezielen [...]") e che lo stato di salute del ricorrente era molto buono ("Bei insgesamt komplikationslosem Verlauf konnte auch aufgrund der guten Mitarbeit des Patienten am Rehabilitationsprozess ein gutes Rehabilitationsergebniss erzielt werden", sottolineatura del redattore).

Inoltre, dal referto emerge che anche la compagna dell'assicurato, nel medesimo periodo, ha partecipato, insieme a lui, ad un programma di riabilitazione (doc. A4, pag. 5/6: "[...] Dies auch gemeinsam mit der Lebensgefährtin, welche ebenfalls hier eine Reha-Massnahme durchführte. Mit den Erkrankungen komme er gut zurecht, nicht so gut mit der partnerschaftl. Problematik und der Erektionsschwäche"). L'assenza di qualsiasi urgenza o di necessità di cura medica in ambito stazionario vale pure, se non addirittura in maniera maggiore, per la successiva degenza avvenuta dal 26 ottobre 2011 al 20 novembre 2011. Innanzitutto lo stesso ricorrente ha affermato di essersi trovato a

_____ “solo” nel corso del mese di aprile 2011. Per la seconda degenza si è pertanto recato espressamente in _____. Inoltre, dal rapporto d’uscita del 2 dicembre 2011 (doc. A5), emerge comunque che anche in questa occasione l’insorgente ha effettuato una cura riabilitativa, richiesta da lui stesso (doc. A5, pag. 2: “ Die Rehabilitation wurde auf Eigeninitiative des Patienten eingeleitet. Frühere Reha-Verfahren: Von April bis Mai diesen Jahres hier im Hause .“). Inoltre, dall’anamnesi e dalla descrizione dello stato di salute (doc. A5, pag. 2 e seguenti), non emergono elementi che fanno ritenere che l’assicurato si sia trovato nella necessità di recarsi presso il nosocomio _____ per poter continuare un suo, eventuale, soggiorno in _____ (doc. A5: “ 2. Jetzige Beschwerden und funktionelle Einschränkungen: [...] Er fühle sich im Magen übersäuert. Ausserdem habe er bewegungsabhängige Schmerzen in den Schultergelenken und im Rücken. Sonstige Beschwerden habe er aktuell keine. Keine wesentlichen Folgen der Beschwerden im Alltag.“). Del resto scopo della riabilitazione era: „, Steigerung der Mobilität und Belastbarkeit, Schmerzreduktion, Verbesserung der Beweglichkeit, Minimierung der radiovasculären Risikofaktoren, Überprüfung der BZ – Situation und soziale Reintegration “, ossia prestazioni che possono essere tranquillamente effettuate in Svizzera (cfr. anche doc. A5, pag. 5, punto 7: „, Rehabilitationsverlauf “). Va a questo proposito ribadito che, oltre all’urgenza e a quanto previsto dall’art. 22 del regolamento (CE) n. 1408/71, di norma, 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.; DTF 134 V 330). Ciò non è manifestamente il caso di specie. In DTF 134 V 330 il TF ha rammentato che i “motivi d’ordine medico” di cui all’art. 34 cpv. 2 LAMal vanno interpretati in maniera rigorosa (DTF 131 V 271 consid. 3.2 pag. 275 con riferimento a GUY LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l’assurance-maladie sociale, tesi Losanna 2004, pag. 262). Occorre infatti evitare che i pazienti ricorrano su grande scala a una forma di “turismo medico” a carico dell’assicurazione malattia obbligatoria. A tal proposito va ricordato che il sistema della LAMal si basa su un regime di convenzioni tariffarie con gli stabilimenti ospedalieri. Una parte del finanziamento ospedaliero si fonda su tali convenzioni (art. 49 LAMal). Orbene, volere riconoscere agli assicurati il diritto di farsi curare a spese dell’assicurazione obbligatoria presso uno stabilimento altamente specializzato all’estero al fine di ottenere - comprensibilmente - le migliori possibilità di guarigione oppure di farsi curare dai migliori specialisti all’estero per la cura di una patologia in particolare significherebbe minare nelle sue fondamenta questo sistema di finanziamento e, di conseguenza, anche la pianificazione ospedaliera che gli è intrinsecamente connessa. Con il tempo, ciò potrebbe in effetti compromettere il mantenimento di una offerta terapeutica di qualità in Svizzera, essenziale per la sanità pubblica (DTF 131 V consid. 3.2 pag. 276 con riferimento alle analoghe considerazioni espresse in materia, ma in ambito comunitario, dalla Corte di giustizia delle Comunità europee [CGCE] per giustificare delle restrizioni alla libera prestazione dei servizi: v. sentenze del 13 maggio 2003, Müller-Fauré e Van Riet, C-385/99, Racc. 2003, pag. I-4509, n. 72 segg. e del 12 luglio 2001, Smits e Peerbooms, C-157/99, Racc. 2001, pag. I-5473, n. 72 segg.). È d’altronde questa una delle ragioni per le quali l’assicurato, in assenza di motivi medici, non ha diritto al rimborso di un importo

equivalente delle spese che sarebbero occorse per la realizzazione del trattamento in Svizzera. In questi casi, l'assicurato non può prevalersi del diritto alla sostituzione della prestazione (DTF 131 V 271 consid. 3.2 ibidem con riferimento). Nulla cambia l'attestato prodotto pendente causa, e datato 3 dicembre 2012, del dr. med. _____, "Arzt für Allgemeinmedizin", di _____ (_____), al quale l'assicurato afferma di essersi rivolto quando ha improvvisamente sentito i sintomi dello scompenso del diabete (doc. I) ed il quale dopo aver contestato la decisione impugnata ed aver indicato le diagnosi già note, senza tuttavia produrre alcun dato oggettivo, ha affermato: "(...) Über mehrer Monate hatten Sie durch fast tägliche Autobahn- und Zugreisen infolge geschäftlicher Transaktionen stressgeladene Alltagsphasen, die letztlich zu einer entgleisten Stoffwechselstörung führten. So habe ich die Notwendigkeit einer unverzüglichen Behandlung aus ärztlicher Sicht empfohlen. Die erste Aufnahme in der Hochwaldklinik erfolgte am 28.04.11. Dauer des Aufenthaltes bis zum 21.05.11. Weitere Aufenthalte und über viele Jahre (meist 2x/Jahr) hinweg wechselnden Kliniken (_____ gingen diesem Aufenthalt voraus und führten jeweils zur nachhaltigen Reduktion der Blutzuckerwerte und Verbesserung der körperlichen Gesamtsituation. Aus diesem Grunde wurde auch die Notwendigkeit weiterer Klinikaufenthalte in der _____ angeregt. Bei meinem Besuch dort am 15.05.11 konnte ich aufgrund eigener Untersuchung die Richtigkeit dieser Entscheidung untermauern und die Empfehlung aussprechen, statt einer neuen, anderen Klinik in der Schweiz die erfolgreichen Therapien in Zukunft in der _____ beizubehalten." (doc. B) Certo, il dr. med. _____, che tuttavia non figura quale medico "inviante" nei rapporti d'uscita della clinica germanica e che non porta elementi oggettivi atti a sovvertire quanto affermato dal dr. med. _____, sostiene che, a causa dello stress cui è stato sottoposto l'insorgente negli ultimi tempi, il ricorrente ha accusato uno scompenso del diabete che necessitava una cura medica immediata. Tuttavia, come già visto, dal referto del dr. med. _____, emerge che il ricorrente, affetto da diabete dal 1974, si è rivolto alla clinica _____ di propria iniziativa per effettuare una cura riabilitativa e quali "Beschwerden und funktionelle Einschränkungen" figurano "Gewichtszunahme, Erektions-schwäche und schlechte Blutzuckereinstellung" (doc. A4, pag. 3, punto 2). Non vi sono per contro indicazioni che l'interessato sia stato indotto da qualcuno a recarsi presso il citato nosocomio (cfr. anche "Eigenanamnese", "Spezielle diabetologische Anamnese" e "Vegetative Anamnese" del doc. A4, nonché pag. 2 doc. A4: "Letzter HbA1c-Wert im März 2011 habe 8.5% betragen", sottolineatura del redattore; cfr. Anche punto 6, pag. 5: „Bei der vorliegenden Befundkonstellation standen unter Hinzuziehung der sozialen Situation bei Herrn _____ die folgenden Rehabilitationsziele im Vordergrund [...]“ e „Die Zielvorstellung des Patienten lauten im Wesentlichen [...]“ sottolineature del redattore). Inoltre, sempre nel referto d'uscita (cfr. in particolare i punti 6 e 7 del doc. A4), emerge una situazione assolutamente nella norma (doc. A4 punto 7: "Gemäss den gemeinsam vereinbarten Therapiezielen erhielt der Patient bei auch sehr gutem Allgemeinzustand [...]“ sottolineatura del redattore), anche per quanto concerne il diabete (doc. A4, pag. 5: „Die BZ-Werte lagen im gut tolerablen Bereich (abgesehen von Ausrutscherwerten [...]“). Per cui, tenuto conto anche della durata della cura, non vi sono indizi per ritenere che l'interessato ha dovuto recarsi presso la citata clinica per poter continuare il soggiorno in _____. Ne segue che la decisione della Cassa merita conferma. Questo Tribunale evidenzia del resto, a titolo abbondanziale, che, da una verifica in maps.google.it, emerge che le _____ di _____ (_____), distano 183 km da _____ (dove l'interessato, nel ricorso, afferma di essersi trovato;

cfr. doc. I, pag. 2 punto 3), ossia 2 ore 10 minuti in automobile. Un viaggio con i trasporti pubblici dura invece dalle 5 ore e 25 minuti alle 6 ore e 32 minuti, con al minimo 5 cambi (cfr. il sito della _____: www.bahn._____/p/view/index.shtml). Ciò, oltre ad escludere l'urgenza (in caso contrario l'interessato avrebbe dovuto essere trasportato immediatamente in un ospedale di _____), comprova pure la circostanza che l'insorgente avrebbe potuto ritornare in Svizzera senza alcun problema. Infatti _____, dove sorge un ospedale universitario, dista 194 km, per un percorso di 1 ora e 57 minuti in automobile. Con il treno _____ è raggiungibile in un'ora e 45 minuti senza alcun cambio (cfr. ffs.ch). Ritenuto che il medesimo ricorrente afferma di essere stato reso attento circa l'inopportunità di compiere il viaggio (di rientro in Svizzera) "in automobile" (cfr. doc. I, pag. 2), la soluzione più appropriata, sarebbe dunque stata quella di rientrare in treno, a _____. Va ancora evidenziato che la circostanza, asserita ma non comprovata dal ricorrente, secondo cui i trattamenti effettuati in _____ avrebbero avuto un minor costo rispetto a quelli eventualmente disponibili in Svizzera, non costituisce un motivo per un rimborso delle spese. Infatti, come visto in precedenza (cfr. DTF 134 V 330), in assenza di motivi medici, l'assicurato non ha diritto al rimborso di un importo equivalente delle spese che sarebbero occorse per la realizzazione del trattamento in Svizzera. In questi casi, l'assicurato non può prevalersi del diritto alla sostituzione della prestazione (DTF 131 V 271 consid. 3.2 ibidem con riferimento; cfr. anche sentenza 9C_238/2011 del 5 maggio 2011, consid. 2.2). 9. Infine l'insorgente sostiene che il rifiuto della copertura sarebbe iniquo e contrario al principio della buona fede. Va qui rammentato come, secondo la giurisprudenza, di regola un'informazione erronea fornita da un'amministrazione è vincolante quando l'autorità, intervenendo in una situazione concreta nei confronti di persone determinate, era competente a rilasciarla, il cittadino non poteva riconoscerne l'inesattezza e, sempre che l'ordinamento legale non sia mutato nel frattempo, fidente nell'informazione ricevuta egli abbia preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio (DTF 131 II 636 consid. 6.1, 129 I 170 consid. 4.1, 126 II 387 consid. 3a, 122 II 123 consid. 3b/cc, 121 V 66 consid. 2a; RAMI 2000 no. KV 126 pag. 223). In concreto l'assicurato non ha reso verosimile, né sostiene in sede di ricorso, che l'assicuratore gli avrebbe fornito informazioni erronee. Già solo per questo motivo il ricorrente non può chiedere la tutela della propria buona fede. 10. Alla luce di quanto sopra esposto e delle chiare risultanze documentali, tra cui l'incarto prodotto da _____, questo TCA rinuncia all'assunzione delle ulteriori prove richieste dal ricorrente. Circa la testimonianza di _____, che dovrebbe attestare che l'interessato nel mese di aprile 2011 si trovava a _____, va rilevato che questa circostanza non modifica l'esito del ricorso per i motivi esposti ai considerandi precedenti. Per lo stesso motivo, visto quanto già figurante nel certificato del 3 dicembre 2012 e nei referti delle cliniche _____, un interrogatorio del dr. med. _____ non avrebbe alcun influsso sull'esito dell'impugnativa. Per quanto concerne l'allestimento di una perizia volta ad accertare l'urgenza, la necessità, la proporzionalità e l'unicità delle degenze e delle cure dispensate in _____ e l'edizione di tutti gli atti medici dalla _____, il TCA ribadisce che gli atti medici prodotti, e meglio i rapporti d'uscita della clinica _____, sono già illuminanti ed escludono qualsiasi possibilità di esito favorevole per il ricorrente senza che sia necessario acquisire ulteriori atti o allestire una perizia. Infine, questo TCA ritiene superfluo anche sentire il ricorrente di persona o di interrogarlo. L'assicurato si è infatti espresso a più riprese, per iscritto, prendendo posizione sulla documentazione agli atti. Il TCA rileva a questo proposito 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 dibattimento 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 9C_903/2011 consid. 6.3 che ha confermato questo principio [cfr. anche sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2], 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'assicurato ha chiesto di essere sentito di persona, rispettivamente interrogato [doc. I]), questo TCA rinuncia all'audizione del ricorrente 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 dibattimento pubblico). 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 Verwaltungsrechts-pflege 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, 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 queste condizioni il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove ed a sentire il ricorrente. 11. Alla luce di tutto quanto sopra esposto il ricorso è respinto, mentre la decisione impugnata è confermata.

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