

TI_GERICHTE 36.2013.3 vom 8. April 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-04-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2013.3

FR: TI_GERICHTE 36.2013.3 du 8 avril 2013

IT: TI_GERICHTE 36.2013.3 del 8 aprile 2013

Regeste

Richiesta di assunzione dei costi di un intervento al cuore effettuato in un Paese dell'UE a causa di un'urgenza. Dagli atti emerge che l'operazione era stata programmata.

L'assicuratore svizzero non deve rimborsare alcunché

Erwägungen

E. 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). 2.3. 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. 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

E. 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 2009. 2.4. 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).

2.5. In concreto l'assicurato afferma di essere stato in vacanza a _____ (_____) presso suo zio, il dr. _____, _____ di _____ e che “ tra il 6 novembre 2009 ed il 9 novembre 2009 ” si è “ sentito male ed è stato accolto in casa ” a _____ (_____), da _____. “ L'improvviso peggioramento dello stato di salute del ricorrente ne ha richiesto l'immediato ricovero presso il _____ dove, dal 9 novembre al 10 novembre 2009, egli è stato sottoposto ad un intervento di angioplastica coronarica ” (doc. I). A proposito del soggiorno in _____ il ricorrente ha prodotto una dichiarazione del 1° agosto 2012 di _____, di _____ (_____), la quale ha affermato che l'insorgente, “ nel periodo in cui è stato in vacanza in _____, dal 25 Ottobre 2009 sino al giorno 9 Novembre 2009, ha soggiornato presso lo zio dott. _____, dove mi sono recata più volte a trovarlo. Negli ultimi due tre giorni del riferito periodo (dal 6 al 9 Novembre), dato che il dott. _____ si sentiva spesso male e non voleva restare solo, dato che lo zio era quasi sempre fuori casa, svolgendo le funzioni di _____ di _____, l'ho accolto anche nella mia casa _____ (_____), alla _____, sino a che non è stato ricoverato per i gravi problemi cardiaci di cui è stato vittima ” (doc. A). L'insorgente, sulla base di queste dichiarazioni e di eventuali ulteriori prove, tra cui oltre all'allestimento di una perizia, anche l'audizione quale teste del dott. _____, ritiene che nel caso di specie il ricovero sia stato urgente ed in ogni caso necessario per la continuazione del suo soggiorno all'estero. Senonché, dagli atti emerge uno svolgimento della fattispecie diverso da quello descritto in sede di ricorso e che fa ritenere che l'intervento presso il _____ sia stato programmato. Innanzitutto il 20 ottobre 2009, prima che l'interessato il 25 ottobre dello stesso anno

iniziasse il periodo di vacanza presso il proprio zio a _____ (doc. A: “ nel periodo in cui è stato in vacanza in _____, dal 25 Ottobre 2009 sino al giorno 9 Novembre 2009, ha soggiornato presso lo zio dott. _____”), il legale _____ del ricorrente, l’avv. _____, si era messo in contatto telefonicamente con la _____ di _____ per ottenere le coordinate dell’assicurazione del ricorrente, fornitegli il medesimo giorno tramite fax (doc. 3). Il 4 novembre 2009, ossia, secondo la versione fornita dal ricorrente stesso, due giorni prima che il medesimo insorgente si sentisse male e si trasferisse presso _____ (doc. I, pag. 2:” Tra il 6 novembre 2009 ed il 9 novembre 2009 il Signor RI 1 si è sentito male [...]” e doc. IX: “ [...] la sua audizione permetterà inoltre di confermare che tra il 6 novembre 2009 ed il 9 novembre 2009 il Signor RI 1 si è sentito male [...]”), il Prof. _____ del _____ ha certificato che RI 1 “ necessita di ricovero per completamento di rivascolarizzazione coronarica per via percutanea ” (doc. 4); a mano figura: “ ricovero per il 9/11/09 ” e: “ si prega di inviare lettera di “presa in carico” delle spese di ricovero al seguente fax: + _____ Sig.ra _____ ” (doc. 4). Il 5 novembre 2009, vigilia del giorno in cui l’interessato si è sentito male (doc. I, pag. 2:” Tra il 6 novembre 2009 ed il 9 novembre 2009 il Signor RI 1 si è sentito male [...]”), l’avv. _____ di _____ (_____) ha scritto un fax ad CO 1 affermando: " Nell’interesse per conto del controscritto mio assistito, Vi invito e diffido ad autorizzare il pronto ricovero del medesimo presso il _____ sito in _____ nell’ambito della copertura assicurativa in essere. A tal riguardo tengo a rappresentarVi che l’assicurato trovasi attualmente in _____ e che l’intervento, cui deve essere sottoposto, ha carattere di assoluta urgenza in relazione alle condizioni fisiche del soggetto, il quale non è trasportabile in Svizzera, accusando costanti dolori anginosi ed affanno anche per un benché minimo sforzo fisico” (doc. 6) Il 6 novembre 2009 CO 1 ha risposto indicando di non poter ancora fornire alcuna garanzia essendo necessarie informazioni complementari (doc. 7, cfr. anche doc. 8). Già solo sulla base di quanto accaduto nei giorni precedenti il ricovero, tutti gli elementi convergono nel senso di una programmazione del ricovero presso il nosocomio _____. Ciò viene inoltre suffragato dal contenuto della documentazione del _____ (_____). Da un documento dell’ospedale _____ emerge che il medico curante, circa il tipo di ricovero effettuato dal ricorrente, ha evidenziato la casella “ programmato ”, lasciando in bianco gli spazi relativi a “ urgente ”, “ T.S.O” e “ prog. con pre ricov. ” (plico doc. 9). Analogamente, per quanto concerne la “ provenienza del paziente ”, lo stesso medico ha evidenziato la casella “ ricovero programmato ” lasciando libere le altre possibilità. Quale diagnosi principale è stata indicata un’ “ angina stabile ” (plico doc. 9). Il 9 novembre 2009, presso il citato istituto, è stata effettuata la raccolta anamnestica, da cui tra l’altro emerge che nell’aprile del 2009 l’insorgente aveva subito un’IMA posteriore trattato mediante PCI e impianto di bare metal stent (Vision 23 mm, 3.0) su ramo marginale e che “ alla coronografia residuava stenosi significativa a carico di a. discendente anteriore media, coinvolgente la biforcazione con il ramo diagonale per cui veniva sottoposto a completamento della rivascolarizzazione miocardica presso il ns centro nel maggio 2009 ” (doc. 42/12). Dopo aver descritto l’esito degli esami, figura che “ si ricovera per una rivalutazione delle condizioni cardiocircolatorie ” (doc. 42/12). Il 10 novembre 2009 il Prof. _____ ha affermato di dimettere il ricorrente, ricoverato per “ essere sottoposto a coronografia in seguito a recrudescenza di sintomatologia anginosa da sforzo ”. Dopo aver descritto l’intervento effettuato in primavera, lo specialista ha affermato: “ All’ingresso in reparto il paziente era in buon compenso cardiocircolatorio. La pressione arteriosa era pari a 130/80 mmHg e nei limiti

della norma risultava l'obiettività cardiopolmonare. L'ECG basale era caratterizzato da ritmo sinusale, normale conduzione atrioventricolare, assenti alterazioni della ripolarizzazione indicative di ischemia acuta in atto. I comuni esami ematochimici erano nei limiti della norma; si segnala unicamente il rilievo di microematuria. La radiografia del torace risultava normale. L'esame angiografico, eseguito in data 9/11 u.s., ha documentato la pervietà degli stent precedentemente impiantati su ramo marginale, a. discendente anteriore e I° ramo diagonale e progressione di patologia aterosclerotica ostruttiva in corrispondenza del ramo intermedio e del tratto medio e distale della coronaria destra condizionante stenosi critiche, come confermato dall'indagine ultrasonografica intravascolare. Tali stenosi sono state trattate con successo mediante impianto di stent a rilascio di everolimus. Alla fine della procedura è stata ottenuta emostasi femorale sinistra mediante AngioSeal 6F. La procedura e la successiva degenza in reparto si sono svolte in assenza di complicanze. Alla luce delle attuali buone condizioni cliniche possiamo oggi dimettere il Sig. RI 1 (...)" (plico doc. 42) Infine, anche il medico fiduciario della Cassa, dr. med. _____ (cfr. a proposito delle valutazioni dei medici fiduciari l'art. 57 cpv. 4 e 5 LAMal), ha potuto rilevare in base agli esami medici effettuati il 9 novembre 2009, l'assenza di qualsiasi urgenza o necessità di intervenire immediatamente (doc. 43: " Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass aus den hier einsehbaren Unterlagen nicht ersichtlich ist, dass eine Notfallbehandlung stattgefunden hat. Ferner lässt sich den Unterlagen ebenfalls keine dringende Behandlungspflichtigkeit des Versicherten im oben genannten Fall erkennen. Meines Erachtens handelt es sich um eine vorgeplante elektive Kontrollangiographie, wie dies auch auf dem Herzkatheter-Protokoll vermerkt ist. Diese hätte, innerhalb eines gewissen Zeitraums nach Implantation der Stents im Frühjahr 2009, ebenso gut in der Schweiz in einem kardiologischen Zentrum stattfinden können. Somit sehe ich keine zwingende Behandlungsnotwendigkeit im angegebenen Zeitraum für eine Auslandsbehandlung "). Alla luce della chiara ed univoca documentazione agli atti non vi è pertanto dubbio alcuno che il trattamento effettuato presso il _____ (_____) dal 9 novembre 2009 al 10 novembre 2009 era stato programmato e che pertanto l'insorgente non può prevalersi né dell'urgenza né della necessità del ricovero per la continuazione del suo soggiorno all'estero. Nella misura in cui un trattamento all'estero è programmato e l'assicuratore non ha rilasciato alcuna garanzia di copertura dei costi, le spese restano a carico della persona assicurata (cfr. art. 36 OAMal e art. 22 regolamento (CE) n. 1408/71). Non può trovare accoglimento neppure la tesi secondo cui l'assicuratore dovrebbe rimborsare i costi della degenza sulla base dell'art. 22 paragrafo 2 seconda frase del regolamento (CE) n. 1408/71 secondo la quale 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. Il ricorrente, infatti, non ha fatto valere questa precisa fattispecie quando ancora si trovava in Svizzera e, comunque, non ha reso verosimile che nel nostro Paese non avrebbe potuto ottenere le medesime cure in un lasso di tempo ragionevole. Dagli atti emerge, al contrario, che lo stesso trattamento è eseguibile in Svizzera " in einem kardiologischen Zentrum " (doc. 43, presa di posizione del medico fiduciario, dr. med. _____). Del resto, è notorio, che nel Canton Ticino ha sede il _____ che offre cure di altissimo livello in ambito cardiaco (cfr. anche www._____): " Il

_____ è oggi uno tra i più importanti centri svizzeri del cuore, una clinica universitaria moderna e di alta specializzazione, in grado di reggere il confronto con le strutture internazionali più prestigiose e qualificate”). Nulla avrebbe di conseguenza impedito al ricorrente di effettuare il medesimo intervento nel nostro Cantone, dove è domiciliato (cfr. anche sentenza 9C_479/2008 del 30 dicembre 2008 dove il TF al consid. 6.1 ha rammentato che „ Auf Art. 22 Abs. 1 lit. c VO 1408/71 kann sich nicht berufen, wer nicht um Erteilung der Genehmigung des zuständigen Trägers (hier der Beschwerdegegnerin) nachgesucht hat, sich in das Gebiet eines anderen Abkommensstaats zu begeben, um dort eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], S. 578 Rz. 541). Zudem müsste eine solche Genehmigung nach Art. 22 Ziff. 2 Abs. 2 VO 1408/71 nur dann erteilt werden, wenn die betreffende Behandlung nach den Rechtsvorschriften des Wohnsitzstaates vorgesehen wäre, aber hier nicht innert nützlicher Frist erhältlich ist. Da jedoch die SIRT nach schweizerischem Recht nicht indiziert gewesen ist und kein Behandlungsanspruch gegeben war, besteht auch nach Art. 22 VO 1408/71 kein Recht auf eine solche im ausländischen Abkommensstaat “, sottolineatura del redattore). 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 (cfr. doc. 43). 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). 2.6. Alla luce di quanto sopra esposto, la richiesta del ricorrente di assumere ulteriori prove va respinta. In particolare, rilevato che l'assicuratore ha prodotto l'intera documentazione relativa alla vertenza in esame, e alla luce dei documenti allegati dal ricorrente, per le ragioni esposte al considerando precedente (in particolare: programmazione dell'intervento), non vi sono motivi per far allestire una perizia atta a stabilire l'opportunità dal punto di vista medico di soprassedere all'intervento in esame per compierlo (in data da stabilire) in Ticino. Inutile risulta pure l'audizione, quali testi, del dott. _____, _____ di _____ e di _____. Accertato che nel caso di specie non vi è urgenza e che l'intervento era programmato, la circostanza che l'interessato era in vacanza presso suo zio a _____ (_____) e che tra il 6 ed il 9 novembre 2009, successivamente alla fissazione della data del ricovero (doc. 4), sostiene di essersi sentito male, non modifica comunque l'esito dell'impugnativa. Non è neppure necessario sentire il prof. _____ del _____, ritenuto come la documentazione agli atti è esaustiva e conferma che l'intervento era programmato (cfr. in particolare il doc. 4, datato 4 novembre 2009: " si certifica che il signor RI 1 necessita di ricovero per completamento di rivascolarizzazione coronarica per via cutanea ", con l'aggiunta a mano: " ricovero per il 9/11/09 "). Va qui rammentato che 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). 2.7. Alla luce di tutto quanto esposto il ricorso va respinto e la decisione impugnata va annullata. Visto l'esito dell'impugnativa l'insorgente non ha neppure diritto alla rifusione delle spese legali sostenute in precedenza, che ha lui stesso valutato in fr. 15'000.--.

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