

TI_GERICHTE 36.2018.26 vom 23. November 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-11-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2018.26

FR: TI_GERICHTE 36.2018.26 du 23 novembre 2018

IT: TI_GERICHTE 36.2018.26 del 23 novembre 2018

Erwägungen

E. 21

luglio 2003). Per una critica dottrinale della STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015 in cui il Tribunale federale, giudicando a corte completa, ha annullato una decisione del Tribunale cantonale delle assicurazioni del Cantone Ticino siccome emanata a giudice unico, apparentemente instaurando così una nuova e più restrittiva prassi rispetto al passato, cfr. Ivano Ranzanici : La possibilità concessa dall'art. 49 cpv. 2 LOG alla Sezione di diritto pubblico del Tribunale di Appello di emanare giudizi monocratici alla luce della recente giurisprudenza federale, in RtiD I – 2016, pagg. 307 e segg., in particolare ad 4.3.3 pag. 328 e segg. Va inoltre segnalato che in giudizi successivi, in particolare nella STF 1C_569/2015 dell'11 novembre 2015, l'Alta Corte ha confermato la sua costante prassi antecedente il 31 agosto 2015, senza quindi riprendere il giudizio criticato in Ticino per i suoi effetti negativi (Ranzanici, op. cit., n. 4.3.3 pag. 328 seg.). Nel merito 2. Per l'art. 3 cpv. 1 LPGA, è considerato 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. È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte (art. 4 LPGA). Giusta 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. L'art. 25 cpv. 1 LAMal definisce le prestazioni generali a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, la quale assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi. Queste prestazioni comprendono, in particolare, gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate dal medico (art. 25 cpv. 2 lett. a LAMal). In virtù dell'art. 41 cpv. 1 LAMal nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2017, in caso di cura ambulatoriale l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. L'assicuratore assume i costi al massimo secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni. A norma dell'art. 41 cpv. 4 LAMal, d'intesa con l'assicuratore, l'assicurato può limitare la propria scelta ai fornitori di prestazioni designati dall'assicuratore secondo criteri finanziariamente più vantaggiosi (art. 62 cpv. 1 e 3). L'assicuratore deve allora assumere solo i costi delle prestazioni effettuate o ordinate da questi fornitori di prestazioni; il capoverso 2 è applicabile per analogia. Le prestazioni obbligatorie per legge sono comunque assicurate. Per l'art. 61 cpv. 1 LAMal, l'assicuratore stabilisce l'ammontare dei premi dei propri assicurati. Sempreché la presente legge non preveda eccezioni, l'assicuratore riscuote dai propri assicurati premi uguali. Giusta l'art. 62 cpv. 1 LAMal, l'assicuratore può ridurre i premi delle assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni ai sensi dell'articolo 41 capoverso 4. Il Consiglio federale disciplina in dettaglio le forme particolari

d'assicurazione. Stabilisce segnatamente, in base alle necessità dell'assicurazione, i limiti massimi di riduzione dei premi e i limiti minimi dei supplementi di premio. Rimane in tutti i casi salva la compensazione dei rischi secondo l'articolo 105 (art. 62 cpv. 3 LAMal). Per l'art. 64 cpv. 1 LAMal, gli assicurati partecipano ai costi delle prestazioni ottenute. Secondo l'art. 64 cpv. 2 LAMal, la partecipazione ai costi comprende un importo fisso per anno (franchigia) e il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale). Giusta l'art. 64 cpv. 3 LAMal, il Consiglio federale stabilisce la franchigia e l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale. L'art. 99 OAMal dispone che oltre all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori possono esercitare assicurazioni con scelta limitata dei fornitori di prestazioni (cpv. 1) e che per le assicurazioni con scelta limitata dei fornitori di prestazioni l'assicuratore può rinunciare in tutto o in parte alla riscossione dell'aliquota percentuale e della franchigia (cpv. 2). In virtù dell'art. 100 cpv. 1 OAMal, è sempre possibile passare dall'assicurazione ordinaria a un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. L'art. 101 cpv. 2 OAMal prevede che riduzioni di premi sono solo ammesse per le differenze di costi risultanti dalla scelta limitata dei fornitori di prestazioni come pure dal modo e dall'entità della remunerazione dei fornitori di prestazioni. 3. Per l'anno 2016 il ricorrente ha scelto il modello assicurativo _____ offerto da CO 1, a cui si applicavano le Condizioni generali di assicurazione e le Condizioni Speciali, entrambe nell'edizione 01.2009 (doc. 3). L'art. 1 CS dispone che l'assicurazione malattia _____ è una variante dell'assicurazione malattia obbligatoria secondo la LAMal, con la quale l'assicurato è disposto a rispettare alcune condizioni prima di consultare un medico e di seguire un trattamento in caso di malattia o infortunio, se questo rischio è assicurato. L'assicurato si impegna a rivolgersi a _____ prima di intraprendere una terapia allo scopo di generare economie, a lungo termine, nel settore sanitario. _____ è una società indipendente da CO 1, per la quale lavorano medici ed infermieri disponibili 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per fornire una consulenza medica. L'assicurazione _____ è una variante assicurativa ai sensi dell'art. 62 cpv. 1 LAMal (art. 2 CS). L'obbligo di contattare _____ e di chiederne la consulenza è regolato dall'art. 6 CS. In caso di problema legato al proprio stato di salute in seguito a malattia o infortunio, se il rischio è coperto, l'assicurato o un terzo si impegna a contattare _____ telefonicamente, prima di consultare un medico, un chiropratico o prima di entrare in ospedale (cpv. 1). _____ consiglia l'assicurato dal punto di vista medico e si accorda con lui circa il trattamento necessario appropriato nonché il termine entro il quale deve aver luogo un'eventuale consultazione presso un fornitore di cure. In principio, l'assicurato può scegliere liberamente il fornitore di cure che desidera consultare nell'ambito delle raccomandazioni di _____ (cpv. 2). L'assicurato deve informare _____ se il medico consultato propone un'altra consultazione o lo invia presso uno specialista o propone un ricovero ospedaliero o l'entrata in un centro medico-sociale (cpv. 3). L'assicurato deve informare in ogni caso _____ circa la sua uscita dall'ospedale o da un centro medico-sociale entro i 20 giorni successivi all'uscita (cpv. 4). Secondo l'art. 7 CS, le prestazioni rimborsate da CO 1 sono quelle previste dalla LAMal se le condizioni stabilite con _____ sono state rispettate. L'art. 8 CS elenca le eccezioni, secondo cui in caso di trattamento urgente, di una visita ginecologica o oftalmologica, di fisioterapia, ergoterapia, logopedia e per i controlli effettuati durante la maternità, l'assicurato non è tenuto ad informare _____. In caso di violazione dell'obbligo di contattare _____, l'art. 11 CS ha previsto delle sanzioni. Se l'assicurato non ha contattato _____ come stabilito negli articoli precedenti o non si è conformato ai suoi consigli e

raccomandazioni, CO 1 si baserà sul 50% della o delle fatture delle cure non consigliate da _____, prima di calcolare il diritto alle prestazioni e la partecipazione alle spese (cpv. 1). L'importo messo a carico dell'assicurato nell'ambito del capoverso 1 è limitato per anno civile all'equivalente di 5 volte lo sconto annuo concesso (cpv. 2). Se in un anno civile l'assicurato contravviene più di tre volte all'obbligo di contattare _____ o di seguire le sue raccomandazioni, CO 1 si riserva il diritto di escluderlo dall'assicurazione _____ e di trasferirlo in una delle altre forme di assicurazione malattia obbligatoria praticate da CO 1 (cpv. 3).

4. Nella STF 9C_325/2015 del 26 giugno 2015, il Tribunale federale si è chinato sulla validità di un regolamento di una Cassa malati che imponeva al suo assicurato di contattare il suo centro di telemedicina prima di qualsiasi consultazione di un medico o l'ammissione in un ospedale. L'Alta Corte ha affermato che la telefonata non può sostituire la consultazione personale eseguita da un medico. Secondo il regolamento, l'assicurato poteva liberamente scegliere il medico o l'ospedale, perciò l'accesso alle cure mediche non era limitato, ma prevedeva soltanto un chiarimento preventivo, con cui si era indirizzati a un determinato percorso di cura. L'assicurato, obbligato a seguire le raccomandazioni di carattere medico date per telefono o per posta elettronica prima di consultare il medico di sua scelta, non era dunque limitato nel suo diritto di accesso alle cure (cfr. consid. 2.2). L'idea di tale forma di assicurazione si fonda sul fatto che in caso di necessità di cure mediche per prima cosa deve sempre avvenire una preventiva telefonata di chiarimento. Se un assicurato non si fa indirizzare telefonicamente a un percorso di cura o se non si attiene a un predefinito piano di cura, questo comportamento può essere sanzionato, così come avviene nel caso dell'assicurazione con il medico di famiglia (cfr. consid. 2.3). Il Tribunale federale ha quindi concluso che, visto il chiaro tenore del regolamento, la Cassa malati aveva a giusta ragione rifiutato il rimborso delle prestazioni. Secondo l'Alta Corte non è contrario al principio della proporzionalità rifiutare il rimborso di cure in caso di non rispetto di questo regolamento. A maggior ragione poiché, secondo il regolamento, sono escluse le urgenze, le prestazioni ginecologiche e oftalmologiche, nonché le prescrizioni di fisioterapia, ergoterapia, logopedia, le consultazioni nutrizionali e le prestazioni delle levatrici e dei dentisti (cfr. consid. 2.4).

5. La controversia in esame rispecchia esattamente il caso esaminato dal Tribunale federale nel 2015 e va quindi risolta applicando i medesimi principi. L'art. 6 Condizioni Speciali dell'assicurazione malattia obbligatoria delle cure obbligatoria _____ dispongono inequivocabilmente che l'assicurato, in caso di problema legato al proprio stato di salute, sia esso in seguito a malattia o a infortunio, deve contattare _____ telefonicamente prima di consultare un medico o di essere ricoverato in ospedale. L'assicurato è comunque libero di scegliere il fornitore di cure che desidera consultare nell'ambito delle raccomandazioni di _____, ma deve avvisare la centrale di telemedicina prima della visita.

6. Nel caso qui in esame la visita di controllo del 25 agosto 2016 presso il dottor _____ era legata all'infortunio avuto il 17 giugno 2014. Questa tesi, non può essere seguita. Trattandosi di un problema legato al proprio stato di salute a seguito di infortunio, il citato art. 6 cpv. 1 CS dispone chiaramente che l'assicurato do-veva contattare preventivamente telefonicamente _____ mantenendo la libera scelta del fornitore di prestazioni. Il ricorrente doveva avvisare la centrale di telemedicina che si sarebbe recato presso il dr. med. _____ per una visita di controllo. La telefonata preventiva ai medici di _____ era dunque una conditio sine qua non che il ricorrente non si poteva esimere dall'effettuare siccome imposta per qualsiasi consultazione medica. Fosse stata effettuata la Cassa malati avrebbe conteggiato l'intero costo della consultazione medica. Non avendo ottemperato alle

condizioni previste dalla sua Cassa malati, e accettate dall'assicurato con la sottoscrizione della forma d'assicurazione _____, l'assicuratore malattia era legittimato a non rimborsargli le prestazioni in questione (art. 7 CS). Come visto il Tribunale federale ha avuto modo di confermare la legittimità di sanzioni di questa natura da parte delle Casse malati nel caso in cui le condizioni di utilizzo della forma assicurativa scelta dall'interessato non siano rispettate. 7. Nel caso concreto, l'art. 11 CS definisce quali siano le sanzioni in caso di violazione dell'obbligo di contattare la centrale di telemedicina. L'assicuratore ha correttamente applicato la sanzione che appare rispettosa del principio di proporzionalità e non preclude il diritto di accesso alle cure medico sanitarie. Alla luce del suo capoverso 1, CO 1 ha considerato soltanto il 50% del costo della visita di controllo del 25 agosto 2016 quale ammontare della prestazione ricevuta e che abbia liquidato Fr. 63,25 ponendoli a carico della franchigia del ricorrente, mentre i restanti Fr. 63,30 sono stati richiesti all'assicurato stesso non essendo assunti dalla Cassa malati a titolo di sanzione. L'evento in oggetto non rientra inoltre in alcun modo fra le eccezioni previste dall'art. 8 CS, che esoneravano l'assicurato dall'avvisare preventivamente la centrale di telemedicina. Di conseguenza, il conteggio delle prestazioni del 7 ottobre 2016 con cui la Cassa malati resistente ha posto a carico del ricorrente l'importo di Fr. 126,55 (Fr. 63,25 + Fr. 63,30), corrispondente all'intero costo del trattamento erogato dal dr. med. _____, è senz'altro corretto. Non va da ultimo dimenticato di segnalare che i Fr. 126,55 sarebbero stati comunque interamente dovuti dal ricorrente, giacché per l'anno 2016 la franchigia di Fr. 2'500.- non è stata esaurita. Ne discende che la decisione impugnata deve essere confermata e il ricorso respinto.

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