

TI_GERICHTE 36.2019.12 vom 21. März 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-03-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2019.12

FR: TI_GERICHTE 36.2019.12 du 21 mars 2019

IT: TI_GERICHTE 36.2019.12 del 21 marzo 2019

Erwägungen

E. 25

gennaio 2002. Tra i tanti elementi che escludevano l'urgenza, vi era pure la circostanza che l'operazione era stata effettuata due giorni dopo la visita medica.

In un'assente sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, il TF ha affermato:

Con sentenza 9C_35/2010 del 28 maggio 2010, accertato che la persona assicurata necessitava di una cura medica e che non si era recata all'estero espressamente per essere sottoposta all'intervento, ha esaminato la questione di sapere se il rientro in Svizzera era appropriato, alla luce della fattibilità dal punto di vista medico, dei costi del viaggio di rientro in relazione con i costi dell'intervento, se la medesima operazione poteva essere effettuata in Svizzera e se il rientro avrebbe portato ad un rinvio della cura con conseguente peggioramento dello stato di salute (Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer der Behandlung bedurfte und sich nicht zum Zweck der Behandlung ins Ausland begab. Streitig ist einzig, ob die Rückreise in die Schweiz "nicht angemessen" i.S.v. Art. 36 Abs. 2 KVV war. Die Angemessenheit der Rückreise beurteilt sich nach den gesamten Umständen des einzelnen Falles (Urteil K 7/02 vom 23. August 2002 E. 4). Dazu gehören die medizinische Zumutbarkeit der Rückreise, die Kosten der Rückreise im Verhältnis zu den Behandlungskosten, aber auch die Prüfung, ob die Behandlung in der Schweiz möglich gewesen wäre oder ob die Rückkehr eine Verzögerung der Behandlung und dadurch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nach sich gezogen hätte (Urteil K 69/04 vom 8. April 2005 E. 2)).

Con sentenza 9C_1009/2010 del 29 luglio 2011 il TF si è espresso a proposito di un intervento avvenuto in Thailandia, escludendo l'urgenza poiché avvenuto un mese dopo il ricovero (cfr. consid. 3.1).

In una sentenza 9C_721/2015 dell'8 agosto 2016 il Tribunale federale si è chinato sul caso di una famiglia che si era recata in Macedonia durante le vacanze estive e che aveva prodotto alcune fatture relative a presunte degenze dei tre figli in un ospedale privato. Il TF ha accolto il ricorso dell'assicuratore, ritenendo non sufficientemente comprovate le asserite cure all'estero (Nachdem in concreto kein Anlass für weitere Nachforschungen besteht und auch die Beschwerdegegner keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein weiterer Daten geltend machen, steht fest, dass die strittigen Behandlungen im Ausland nicht rechtsgenügend nachgewiesen sind. Dass die Vorinstanz das von der AGA im Auftrag der Avenir eingeholte Schreiben des angeblich behandelnden Spitalarztes vom 26. November 2013, wonach keine Behandlung stattgefunden haben soll, als eher seltsam bezeichnet hat, ändert nichts. Die Beschwerdegegner vermögen das Gegenteil nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beweisen. Dies spricht für die Richtigkeit des von der Beschwerdeführerin behaupteten Sachverhalts, soweit diese

überhaupt beweispflichtig ist (vgl. E. 3.1 vorne). Damit erübrigen sich Ausführungen bezüglich der Höhe des vom kantonalen Gericht zugesprochenen Betrages ohne weiteres. Insgesamt hat die Vorinstanz Bundesrecht verletzt (E. 1.1). Die Beschwerde ist begründet■).

L■insorgente, che afferma di essersi trovato, il 31 maggio 2017, improvvisamente in un ■forte stato dolorante■ che non gli consentiva di svolgere normali movimenti della vita quotidiana, né di intraprendere un viaggio verso la Svizzera poiché non riusciva a stare seduto a causa del ■forte acutizzarsi del dolore■ e che versava in uno stato ■dolorante con sanguinamento■ (cfr. doc. I), e che sostiene di essere stato ricoverato d■urgenza, non comprova, secondo l■abituale principio della verosimiglianza preponderante valido nell■ambito delle assicurazioni sociali (cfr. sentenza9C_721/2015 dell■8 agosto 2016),quanto sostenuto.

Giova qui rammentare che la procedura dinanzi al Tribunale delle assicurazioni sociali è retta dal principio inquisitorio.

Il Tribunale accerta d'ufficio, con la collaborazione delle parti, i fatti rilevanti per il giudizio, assume le prove necessarie e le apprezza liberamente ed il giudice delegato ha facoltà di ricorrere a mezzi probatori non indicati dalle parti o di rinunciare all'assunzione di mezzi probatori che le parti hanno notificato. È dunque compito del giudice chiarire d'ufficio in modo corretto e completo i fatti giuridicamente rilevanti.

Questo principio non è tuttavia incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare(DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti). Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove.

L'obbligo di accertamento d'ufficio dei fatti, correlato dal dovere di collaborazione delle parti, non rende comunque privo d'efficacia il principio secondo cui l'onere della prova incombe alla parte che da un fatto deriva un suo diritto e del conseguente fardello in caso di mancata prova. L'art. 8 CC prevede infatti che, ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita deve fornirne la prova.

Dagli atti emerge una situazione diversa rispetto a quella descritta nel ricorso.

Alla voce ■anamnesi prossima■ figura unicamente: ■tumefazione inguinale dx dolente localizzazione dopo sforzo. Previa valutazione specialistica chirurgica, si ricovera x ■approfondimenti e cure del caso■■■ (doc. 9, pag. 3). Dal verbale d■intervento risulta che l■operazione è durata dalle 12:55 alle 13:25 ed è consistita nell■ ■incisione inguinale destra; aperta la fascia ed isolati gli elementi del canale inguinale si riconosce sacco erniario come da ernia obliqua esterna; chelectomia, posizionamento di rete protesica sec. Liechtenstein; sintesi a strati; cute in intradermica■ (allegato doc. 9).

L■assenza di qualsiasi urgenza è confermata anche dalla medesima clinica.

Alla luce della chiara ed univoca (tranne per quanto concerne i certificati, tuttavia generici, del medico operante, dott. _____) documentazione agli atti non vi è pertanto dubbio alcuno che il trattamento effettuato presso la ■_____■nel mese di maggio e giugno 2017non era un ricovero urgente, bensì programmato e di conseguenza i suoi costi non

possono essere messo a carico della LAMal.

2.11. Alla luce di tutto quanto esposto è a giusta ragione che la Cassa ha rifiutato di assumersi i costi del trattamento all'estero dei mesi di maggio e giugno 2017. In queste condizioni il ricorso va respinto e la decisione su opposizione impugnata va confermata.

E. 31

marzo 2012 (RU 2012 2345) ha attualizzato il contenuto dell'Allegato II all'ALC con effetto dal 1° aprile 2012, prevedendo che le Parti applicheranno tra di loro il Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, modificato dal Regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (sentenza 9C_593/2013 del 3 aprile 2014, consid. 5.2, pubblicata in DTF 140 V 98). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 (RS 0.831.109.268.1) non permette di far valere alcun diritto per il periodo anteriore alla data della sua applicazione (DTF 138 V 392 consid. 4.1.3). Questi regolamenti sono stati modificati dal Regolamento (UE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012 (GU L 149 dell'8.6.2012 pag. 4) in vigore per la Svizzera dal 1° gennaio 2015 (cfr. RU 2015 e 345; RS 0831.109.268.1; cfr. B. Kahil-Wolff, "Le Règlement UE 465/2012, la nouvelle Convention Suisse-US et d'autres développements en termes d'assujettissement aux assurances sociales in SZS/RSAS 2015 pag. 438 seg.; STF 8C_273/2015 del 12 agosto 2015 consid. 3.1). In concreto la degenza all'estero è avvenuta nel corso dei mesi di maggio e giugno 2017. Al caso di specie trova di principio applicazione il regolamento (CE) n. 883/2004 con le relative modifiche. Ai sensi dell'art. 19 (dimora al di fuori dello Stato competente) n. 1 del regolamento (CE) n. 883/2004, fatte salve disposizioni contrarie del paragrafo 2, la persona assicurata e i suoi familiari che dimorano in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente hanno diritto alle prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora. Tali prestazioni sono erogate per conto dell'istituzione competente dall'istituzione del luogo di dimora, ai sensi delle disposizioni della legislazione che essa applica, come se gli interessati fossero assicurati in virtù di tale legislazione. Per l'art. 19 n. 2 del regolamento (CE) n. 883/2004, 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 assicurata e l'istituzione che presta le cure. Secondo l'art. 20 (viaggio inteso a ricevere prestazioni in natura – autorizzazione a ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato membro di residenza) n. 1 del regolamento (CE) n. 883/2004 fatte salve disposizioni contrarie del regolamento, la persona assicurata che si trasferisca in un altro Stato membro per ricevervi prestazioni in natura nel corso della dimora, chiede un'autorizzazione all'istituzione competente. Per l'art. 20 n. 2 del regolamento (CE) n. 883/2004 la persona assicurata autorizzata dall'istituzione competente a recarsi in un altro Stato membro al fine di ricevervi cure adeguate al suo stato di salute, beneficia delle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora, secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse assicurata in virtù di tale legislazione. L'autorizzazione è concessa qualora le cure di cui si tratta figurino tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro in cui risiede l'interessato e se le cure in questione non possono essergli praticate entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dell'attuale stato di salute dello stesso e della probabile

evoluzione della sua malattia. Il regolamento (CE) n. 1408/71 prevedeva norme analoghe nell'art. 22. A questo proposito il TF nella sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25, ha rammentato che 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, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25; 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.). Nella più volte citata sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, ai consid. 5.1.e 5.2, il TF ha evidenziato 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. 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; cfr. anche DTF 141 V 612) - 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. 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. 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. 2.6. In concreto l'insorgente ha subito, il 31 maggio 2017, un intervento di "riparazione di ernia inguinale destra" (cfr. doc. 9, pag. 19 di 34) presso la "_____", dove è stato degente fino al 1° giugno 2017. Il ricorrente non contesta che, come emerge dagli atti, si tratta di una clinica privata che ha fatturato le proprie prestazioni secondo tariffe private e al di fuori del sistema sanitario italiano (doc. 9: onere degenza: "solvente (ricovero senza oneri per il S.S.N)", convenzione: "privata"; tratt. medico: "privata"). Del resto, come indicato dall'assicuratore in sede di risposta (doc. III, pag. 4, punto 3.1), senza essere smentito dall'interessato, la clinica non eroga prestazioni in convenzione con il servizio sanitario nazionale (cfr. anche https://www._____). Ne segue che al caso di specie sono applicabili unicamente le norme di diritto interno svizzero in materia di LAMal (sentenza 9C_616/2017 del 20 novembre 2017, consid. 2.2 e sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, consid. 5.3, pubblicata in SVR 2012 KV n. 8 pag. 25). 2.7. Secondo l'art. 32 cpv. 1 LAMal, le prestazioni di cui agli articoli 25-31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici. L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni mediche eseguite in Svizzera sono presunte (cfr. art. 33 cpv. 1 LAMal; RAMI 2000 no. KV 132 pag. 283 seg. consid. 3). L'Alta Corte ha già avuto modo di rilevare come, in presenza di diversi metodi o tecniche operative che lasciano oggettivamente prevedere il buon esito del trattamento della malattia, in altre parole sono da considerare efficaci ai sensi dell'art. 32 cpv. 1 LAMal, acquisti importanza prioritaria l'aspetto dell'appropriatezza della misura (DTF 127 V 146 consid. 5). Dal profilo sanitario, una misura è appropriata se la sua utilità diagnostica o terapeutica prevale sui rischi che le sono connessi come pure su quelli legati a cure alternative. Il giudizio sull'appropriatezza avviene mediante valutazione dei successi e insuccessi di un'applicazione come pure in base alla frequenza di complicazioni. Se i metodi alternativi di trattamento entranti in linea di considerazione non presentano, dal profilo medico, differenze di rilievo nel senso che - secondo un esame di idoneità, avuto riguardo allo scopo perseguito volto ad eliminare, nel limite del possibile, i pregiudizi fisici e psichici (cfr. DTF 127 V 147 consid. 5, 109 V 43 consid. 2b) - sono da ritenere equivalenti, l'applicazione meno costosa e, di conseguenza, maggiormente economica deve essere considerata prioritaria (RAMI 1998 no. KV 988 pag. 1). Se per contro un determinato metodo di trattamento presenta, rispetto ad altre applicazioni, vantaggi di natura diagnostica e/o terapeutica - segnatamente perché comporta rischi minori, una prognosi maggiormente favorevole per quanto concerne eventuali effetti collaterali e sequele tardive -, questo aspetto può giustificare l'assunzione delle spese per la cura più cara (DTF 127 V 147 consid. 5 con riferimento a Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basilea e Francoforte sul Meno 1996, pag. 52). Non potendosi tuttavia giustificare, in vista di un'eventuale assunzione delle prestazioni effettuate all'estero, un trattamento meno restrittivo rispetto a quello riservato in ambito intercantonale

per le prestazioni fornite, per necessità d'ordine medico, in un altro Cantone che non sia quello di domicilio (art. 41 cpv. 2 LAMal), la valutazione dell'amministrazione dovrà tenere conto, mutatis mutandis, dei principi sviluppati in tale contesto e, quindi, limitare l'obbligo prestativo ai casi in cui il trattamento esterno (in concreto: all'estero) dovesse presentare, dal profilo diagnostico o terapeutico, un valore aggiunto considerevole ("einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert"). Di conseguenza un'eccezione al principio della territorialità secondo l'art. 36 cpv. 1 OAMal in relazione con l'art. 34 cpv. 2 LAMal presuppone la prova che in Svizzera non esista nessuna possibilità di cura oppure che nel caso concreto per la persona interessata un provvedimento diagnostico o terapeutico praticato in Svizzera, se confrontato con l'alternativa proposta all'estero, comporti rischi importanti e considerevolmente più elevati e che perciò, tenuto conto del risultato che si intende raggiungere tramite la cura, un trattamento responsabile da un punto di vista medico ed eseguibile in maniera ammissibile in Svizzera e, quindi, di tipo appropriato, non sia concretamente garantito (sentenza del 14 ottobre 2002 K 39/01, consid. 1.3). Vantaggi minimi, difficilmente valutabili o addirittura contestati, non possono configurare un valido motivo per porre l'intervento esterno a carico dell'assicurazione di base (cfr. DTF 127 V 147 consid. 5), così come neppure il fatto che una clinica specializzata all'estero abbia maggior esperienza nel settore specifico (sentenza citata del 14 ottobre 2002 K 39/01 consid. 1.3).

2.8. Nel caso di specie l'assicurato, giustamente, non sostiene che l'intervento di "riparazione di ernia inguinale destra" (cfr. doc. 9, pag. 19 di 34) effettuato in Italia non avrebbe potuto essere eseguito nel nostro Paese, né che il trattamento all'estero avrebbe presentato, dal profilo diagnostico o terapeutico, un valore aggiunto considerevole ("einen erheblichen diagnostischen oder therapeutischen Mehrwert"). Del resto alla descrizione dell'intervento (cfr. allegato doc. 9: " verbale di intervento: incisione inguinale destra; aperta la fascia ed isolati gli elementi del canale inguinale si riconosce sacco erniario come da ernia obliqua esterna; chelectomia; posizionamento di rete protesica sec. Liechtenstein; sintesi a strati; cute in intradermica ") non emergono elementi per far ritenere che questo tipo di operazione o un'operazione con risultati analoghi non sarebbe fruibile in Svizzera e che nel nostro Paese vi sia una grave lacuna nell'offerta delle cure nell'ambito del trattamento di patologie quali quelle descritte nel verbale, tali da permettere di distanziarsi dal principio della territorialità, ossia 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 (cfr. DTF 134 V 330). L'insorgente non ha neppure sostenuto che nel nostro Paese non avrebbe potuto ottenere le medesime cure in un lasso di tempo ragionevole. L'assicuratore ha del resto calcolato che secondo il DRG un intervento come quello effettuato in Italia nel nostro Paese genera un costo di fr. 2'976.48 (cfr. doc. 32). Nulla avrebbe di conseguenza impedito al ricorrente di effettuare il medesimo intervento in Svizzera. Resta da esaminare se sono adempiute le condizioni di cui all'art. 36 cpv. 2 OAMal (cfr. consid. 2.3) per ritenere urgente l'intervento a cui si è sottoposto l'assicurato.

2.9. Nell'ambito delle cure all'estero il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) si è dimostrato sempre particolarmente restrittivo nel riconoscere l'urgenza. L'Alta Corte ha stabilito che si può pretendere da un'assicurata che necessita di esami medici e si trova negli USA per un corso di lingue di lunga durata, il rientro in Svizzera, considerato che il costo del biglietto di fr. 820 (viaggio Swissair andata e ritorno San Francisco - Zurigo) è proporzionato rispetto al costo degli esami clinici (fr. 6'622.80) e che non vi erano motivi di salute che avrebbe impedito il viaggio (sentenza del 31 agosto 2001, K 83/01). Allo stesso modo, il 23 agosto 2002, nella

sentenza K 7/02, ha affermato che un assicurato che si trovava in viaggio in Slovacchia e che soffriva di dolori al ginocchio destro poteva ritornare in Svizzera a farsi curare, rilevando tuttavia che nel caso di dolori acuti è comprensibile che un assicurato si rivolga immediatamente ad un medico del luogo per un esame. Con sentenza del 5 agosto 2003 (K 65/03) il TFA ha respinto il ricorso di un'assicurata che il 19 gennaio 2002 era stata ricoverata d'urgenza in Svizzera e il 23 gennaio 2002 era partita per l'Italia per visitare la propria famiglia, dove è stata operata il 25 gennaio 2002. Tra i tanti elementi che escludevano l'urgenza, vi era pure la circostanza che l'operazione era stata effettuata due giorni dopo la visita medica. In una sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, il TF ha affermato: " 4.3 Giusta l'art. 36 cpv. 2 OAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume inoltre i costi dei trattamenti effettuati all'estero in caso d'urgenza. Esiste urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera risulta inopportuno. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento. Decisiva è la circostanza che l'assicurato necessita, subito e in maniera imprevista, di un trattamento all'estero (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni K 65/03 del 5 agosto 2003, consid. 2.2). 5. 5.1 Nel caso di specie, come rettamente osservato dai primi giudici, alle cui considerazioni si rinvia, è pacifico che il trattamento in esame non può essere ritenuto urgente, non fosse altro poiché lo stesso è stato pianificato con adeguato anticipo dopo che lo stato di salute della ricorrente è peggiorato nel corso del 2003." Con sentenza 9C_35/2010 del 28 maggio 2010, accertato che la persona assicurata necessitava di una cura medica e che non si era recata all'estero espressamente per essere sottoposta all'intervento, ha esaminato la questione di sapere se il rientro in Svizzera era appropriato, alla luce della fattibilità dal punto di vista medico, dei costi del viaggio di rientro in relazione con i costi dell'intervento, se la medesima operazione poteva essere effettuata in Svizzera e se il rientro avrebbe portato ad un rinvio della cura con conseguente peggioramento dello stato di salute (" Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer der Behandlung bedurfte und sich nicht zum Zweck der Behandlung ins Ausland begab. Streitig ist einzig, ob die Rückreise in die Schweiz "nicht angemessen" i.S.v. Art. 36 Abs. 2 KVV war. Die Angemessenheit der Rückreise beurteilt sich nach den gesamten Umständen des einzelnen Falles (Urteil K 7/02 vom 23. August 2002 E. 4). Dazu gehören die medizinische Zumutbarkeit der Rückreise, die Kosten der Rückreise im Verhältnis zu den Behandlungskosten, aber auch die Prüfung, ob die Behandlung in der Schweiz möglich gewesen wäre oder ob die Rückkehr eine Verzögerung der Behandlung und dadurch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nach sich gezogen hätte (Urteil K 69/04 vom 8. April 2005 E. 2) ."). Con sentenza 9C_1009/2010 del 29 luglio 2011 il TF si è espresso a proposito di un intervento avvenuto in Thailandia, escludendo l'urgenza poiché avvenuto un mese dopo il ricovero (cfr. consid. 3.1). In una sentenza 9C_721/2015 dell'8 agosto 2016 il Tribunale federale si è chinato sul caso di una famiglia che si era recata in Macedonia durante le vacanze estive e che aveva prodotto alcune fatture relative a presunte degenze dei tre figli in un ospedale privato. Il TF ha accolto il ricorso dell'assicuratore, ritenendo non sufficientemente comprovate le asserite cure all'estero (" Nachdem in concreto kein Anlass für weitere Nachforschungen besteht und auch die Beschwerdegegner keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein weiterer Daten geltend machen, steht fest, dass die strittigen Behandlungen im Ausland nicht rechtsgenügend nachgewiesen sind. Dass die Vorinstanz das von der AGA im Auftrag der Avenir eingeholte Schreiben des angeblich behandelnden Spitalarztes vom 26. November 2013, wonach keine Behandlung stattgefunden haben soll, als eher seltsam bezeichnet hat,

ändert nichts. Die Beschwerdegegner vermögen das Gegenteil nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beweisen. Dies spricht für die Richtigkeit des von der Beschwerdeführerin behaupteten Sachverhalts, soweit diese überhaupt beweispflichtig ist (vgl. E. 3.1 vorne). Damit erübrigen sich Ausführungen bezüglich der Höhe des vom kantonalen Gericht zugesprochenen Betrages ohne weiteres. Insgesamt hat die Vorinstanz Bundesrecht verletzt (E. 1.1). Die Beschwerde ist begründet”). 2.10. In concreto l’insorgente in data 31 maggio 2017 è stato sottoposto ad un intervento di “ riparazione di ernia inguinale destra ” (cfr. doc. 9, pag. 19 di 34) presso la clinica privata “ _____ ” di _____ (Italia), dove è stato degente fino al 1° giugno 2017. Chiamato dall’assicuratore a compilare il “ questionario per l’estero Per trattamenti d’emergenza ”, l’11 settembre 2017 l’interessato ha precisato di aver subito un “ intervento di ernioplastica urgente per dolore acuto inguinale ” e che “ nel corso dell’intervento stesso è stata repertata piccola ernia diretta incarcerata ” (doc. 6, punto 2.2). Per quanto concerne i trattamenti subiti, ha indicato: “ elettrocardiogramma ”, “ somministrazione farmaci ”, “ analisi laboratorio ”, “ degenza ”, “ intervento chirurgico ” (doc. 6, punto 2.4). Circa la data ed il luogo in cui si è ammalato, l’interessato ha affermato: “ 25.05.2017 ”, “ _____ ”, “ Svizzera ” (doc. 6, punto 2.3). Egli ha inoltre precisato che il trattamento ambulatoriale ha avuto luogo dal 31 maggio 2017 al 1° giugno 2017, mentre quello stazionario dal 5 giugno 2017 al 6 giugno 2017 (doc. 6, punto 2.5). Inoltre ha indicato di non essere stato in trattamento in Svizzera per questa affezione (doc. 6, punto 2.9). Nuovamente interpellato dall’assicuratore per compilare anche il punto 2.12 relativo alla durata ed al motivo del soggiorno all’estero, l’insorgente ha precisato: “ dal 23/5/2017 al 7/6/2017 ”, “ periodo di vacanza ” (doc. 8). L’insorgente, che afferma di essersi trovato, il 31 maggio 2017, improvvisamente in un “ forte stato dolorante ” che non gli consentiva di svolgere normali movimenti della vita quotidiana, né di intraprendere un viaggio verso la Svizzera poiché non riusciva a stare seduto a causa del “ forte acutizzarsi del dolore ” e che versava in uno stato “ dolorante con sanguinamento ” (cfr. doc. I), e che sostiene di essere stato ricoverato d’urgenza, non comprova, secondo l’abituale principio della verosimiglianza preponderante valido nell’ambito delle assicurazioni sociali (cfr. sentenza 9C_721/2015 dell’8 agosto 2016), quanto sostenuto. Giova qui rammentare che la procedura dinanzi al Tribunale delle assicurazioni sociali è retta dal principio inquisitorio. Il Tribunale accerta d’ufficio, con la collaborazione delle parti, i fatti rilevanti per il giudizio, assume le prove necessarie e le apprezza liberamente ed il giudice delegato ha facoltà di ricorrere a mezzi probatori non indicati dalle parti o di rinunciare all’assunzione di mezzi probatori che le parti hanno notificato. È dunque compito del giudice chiarire d’ufficio in modo corretto e completo i fatti giuridicamente rilevanti. Questo principio non è tuttavia incondizionato, ma trova il suo correlato nell’obbligo delle parti di collaborare (DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti). Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell’assenza di prove. L’obbligo di accertamento d’ufficio dei fatti, correlato dal dovere di collaborazione delle parti, non rende comunque privo d’efficacia il principio secondo cui l’ onere della prova incombe alla parte che da un fatto deriva un suo diritto e del conseguente fardello in caso di mancata prova. L’art. 8 CC prevede infatti che, ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita deve fornirne la prova. Dagli atti emerge una situazione diversa rispetto a quella descritta nel ricorso. Nella “ scheda ricovero

individuale ” del nosocomio, figura che l’interessato è giunto presso la Clinica alle 7:51, per un “ ricovero ” che viene indicato come “ programmato ” (doc. 9, pag. 1). Ciò trova conferma nella cartella infermieristica, dove, circa il tipo di ricovero, è stata vistata la casella corrispondente ad “ ordinario ” ed è stata lasciata in bianco quella indicante “ urgente ” (pag. 20 di 34 doc. 9) e dove, con riferimento ai motivi del ricovero, figura: “ intervento ernia inguinale DX ”, “ data 31/05/17 ora 11:30 ” (pag. 20 di 34 doc. 9). Anche dalla “ valutazione infermieristica all’ingresso del paziente ” emergono valori normali per quanto concerne lo stato di coscienza (“ vigile ”; “ orientato nel tempo ” e “ nello spazio ”), la respirazione (“ eupnoica ”, ossia regolare e tranquilla), l’alimentazione e l’idratazione (“ autonoma ”), l’eliminazione (“ diuresi spontanea ”), la comunicazione (“ valida ”), l’igiene (“ autonoma ”), il riposo e il sonno (senza alterazioni), il movimento (“ autonomo ”) e le abitudini di vita (pag. 21/34 doc. 9). La cute viene descritta come “ integra ” (doc. 9, pag. 22 di 34). Neppure alla lettura della restante documentazione medica emergono elementi a sostegno della tesi ricorsuale secondo cui il ricovero sarebbe dovuto ad un’urgenza (cfr. doc. I). Alla voce “ anamnesi prossima ” figura unicamente: “ tumefazione inguinale dx dolente localizzazione dopo sforzo. Previa valutazione specialistica chirurgica, si ricovera x “approfondimenti e cure del caso” ” (doc. 9, pag. 3). Dal verbale d’intervento risulta che l’operazione è durata dalle 12:55 alle 13:25 ed è consistita nell’ “ incisione inguinale destra; aperta la fascia ed isolati gli elementi del canale inguinale si riconosce sacco erniario come da ernia obliqua esterna; chelectomia, posizionamento di rete protesica sec. Liechtenstein; sintesi a strati; cute in intradermica ” (allegato doc. 9). L’assenza di qualsiasi urgenza è confermata anche dalla medesima clinica. Il 10 gennaio 2019 la dr.ssa _____, direttrice sanitaria della “ _____ ”, in un e-mail all’assicuratore, ha infatti affermato che “ come _____ non posso che confermarLe quanto riportato nella cartella clinica, il cui contenuto porta ad escludere che si tratti di un intervento chirurgico indifferibile. Con il consenso del Vostro cliente, il solo elemento ulteriore che potrei fornire riguarda la data di prenotazione, del ricovero e dell’intervento. Diversamente, il Vostro cliente potrebbe acquisire – e presentarVi – una relazione clinica del medico responsabile della degenza, che illustri le condizioni ed i parametri clinici rilevati che connotano l’intervento come “urgente ” (doc. 31, sottolineatura del redattore). Solo il dott. _____, che ha effettuato l’intervento insieme al dott. _____, ha indicato, senza tuttavia fornire alcuna motivazione specifica, dapprima, in un certificato privo di data, che il ricorrente “è stato da me operato in regime di urgenza in data 31 maggio (...) ” (doc. 5) ed in seguito, il 31 gennaio 2018 ed il 5 marzo 2018 (in questo caso con il dott. _____), di aver visitato l’insorgente in data 31 maggio 2017 per una sindrome dolorosa acuta della regione inguinale in noto portatore di ernia inguinale e di aver consigliato “ riposo assoluto in clinostatismo (ndr: ossia in posizione orizzontale) ed intervento chirurgico di necessità ” (doc. 21 e 23). Tali attestazioni, prive di qualsiasi spiegazione, non sono tuttavia atte a sovvertire il chiaro, univoco e convergente contenuto della documentazione medica della clinica italiana. Inoltre, anche il medico fiduciario (cfr. a proposito delle valutazioni dei medici fiduciari l’art. 57 cpv. 4 e 5 LAMal), dr. med. _____, l’11 gennaio 2019, dopo aver già in precedenza escluso una situazione d’urgenza (cfr. doc. 10), esaminata la documentazione prodotta dall’insorgente, ha confermato che non si riscontrano informazioni mediche nuove che giustificano un intervento chirurgico in urgenza o emergenza. “ Dalla documentazione clinica si evidenzia sempre una necessità di intervento chirurgico in elezione. Non sono documentate notizie cliniche in riferimento all’impossibilità di trasporto o trasferimento in sicurezza del paziente ” (doc. 30). Alla luce

della chiara ed univoca (tranne per quanto concerne i certificati, tuttavia generici, del medico operante, dott. _____) documentazione agli atti non vi è pertanto dubbio alcuno che il trattamento effettuato presso la “_____” nel mese di maggio e giugno 2017 non era un ricovero urgente, bensì programmato e di conseguenza i suoi costi non possono essere messo a carico della LAMal. Del resto, va abbondanzialmente rilevato che se si fosse trattato di un caso che necessitava un intervento immediato, la situazione valetudinaria stabile avrebbe comunque permesso all’interessato di tornare in Svizzera senza particolari difficoltà, ritenuto che l’assicurato si trovava _____, ossia a pochi chilometri dal Canton Ticino, raggiungibile in treno in poco più di un’ora ed a prezzi abbordabili (cfr. www.ffs.ch; cfr. anche la già citata sentenza 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, al consid. 5.3, dove il TF accenna alla vicinanza tra il luogo di domicilio e il luogo del ricovero). 2.11. Alla luce di tutto quanto esposto è a giusta ragione che la Cassa ha rifiutato di assumersi i costi del trattamento all’estero dei mesi di maggio e giugno 2017. In queste condizioni il ricorso va respinto e la decisione su opposizione impugnata va confermata.

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