

TI_GERICHTE 36.2020.30 vom 18. August 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-08-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2020.30

FR: TI_GERICHTE 36.2020.30 du 18 août 2020

IT: TI_GERICHTE 36.2020.30 del 18 agosto 2020

Erwägungen

E. 12

novembre 2018) e questo Tribunale deve stigmatizzare l'attitudine della Cassa che ha trascinato la procedura per molto tempo. Tuttavia, ritenuto che in concreto non ci si trova a dover giudicare un ricorso per denegata/ritardata giustizia poiché la Cassa nel frattempo ha emesso la decisione su opposizione qui contestata, la questione non deve essere ulteriormente approfondita (STCA 36.2018.61 del 12 novembre 2018). 2.7. La ricorrente sostiene che l'assicuratore ha emesso la decisione formale del 14 ottobre 2019 in maniera abusiva poiché l'interessata avrebbe chiesto di emettere un nuovo conteggio, esclusivamente in italiano, ma non avrebbe domandato l'emissione di una decisione formale. La censura va respinta. Infatti, con scritto del 23 settembre 2019 l'assicurata ha concluso affermando: “ Chiedo pertanto che, l'importo di fr. 90.00 mi venga rimborsato entro 30 giorni. Nel caso contrario chiedo che venga emessa da parte vostra una decisione formale motivata. Vi richiamo al vostro conteggio del 13.8.2019, ricevuto il 20.8.2019 ” (doc. 3). Ne segue che a giusta ragione la convenuta, non intendendo rimborsare i costi di trasporto, ha emesso una decisione formale. 2.8. La ricorrente chiede che l'assicuratore sia condannato a versarle tutte le prestazioni di trasporto, in generale, riconosciute e garantite dalla legge (art. 26 cpv. 1 e 2 OPre), comprese le spese di trasporto del 2014 e del 2015, come da prove prodotte agli atti con il ricorso (doc. da L a P). Nella decisione su opposizione impugnata l'assicuratore ha affermato che per quanto concerne il conteggio del 5 agosto 2014, non aveva rimborsato costi per il trasporto di ritorno e che “ nel quadro della presente decisione su opposizione non entriamo in merito all'importo di CHF 65.00 fatto valere dalla stipulante, né al presunto mancato rimborso di trasporto per il 2014 e il 2015, poiché non erano oggetto della decisione del 14 ottobre 2019. L'oggetto della decisione del 14 ottobre 2019 era solamente l'assunzione dei costi per il trasporto di ritorno del 31 luglio 2018 al domicilio della stipulante ”. Per costante giurisprudenza federale, la decisione impugnata costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all'esame giudiziale (cfr. SVR 2005 AHV Nr. 19; DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b e giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 UV 81, p. 294). Se non è stata emessa nessuna decisione, la contestazione non ha oggetto e non può dunque essere pronunciata una sentenza nel merito (cfr. STF C 22/06 del 5 gennaio 2007; DTF 131 V 164 consid. 2.1; DTF 125 V 414 consid. 1A; DTF 119 Ib 36 consid. 1b). In concreto, oggetto del contendere è unicamente la questione di sapere se l'assicuratore deve assumersi i costi del trasporto del 31 luglio 2018 di fr. 90 di cui alla fattura di medesima data de “ _____ ” (doc. 1). Nella misura in cui l'insorgente chiede la condanna dell'assicuratore al rimborso di ulteriori spese di trasporto, non oggetto della decisione su opposizione impugnata, il suo ricorso si rivela irricevibile. Ritenuto che l'assicurata già con l'opposizione del 12 novembre 2019 aveva accennato al conteggio del 5 agosto 2014, alla trasmissione di ricevute in data 25 luglio 2014 e ad uno scritto del 22 luglio 2015 con

allegate due ulteriori ricevute di trasporto del 2014 e quelle del 2015, l'incarto è trasmesso all'assicuratore affinché esamini immediatamente la documentazione prodotta dalla ricorrente e si esprima in merito alle sue richieste. nel merito 2.9. Ai sensi dell'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. Per l'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal queste prestazioni comprendono un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio. Secondo l'art. 33 cpv. 2 LAMal il Consiglio federale definisce le prestazioni di cui all'art. 25 capoverso 2 non effettuate da un medico o chiropratico e le prestazioni di cui agli articoli 26, 29 capoverso 2 lettere a e c e 32 capoverso 1. Il Dipartimento federale dell'interno (DFI), a cui il Consiglio federale ha delegato le competenze sopra menzionate (cfr. art. 33 cpv. 5 LAMal in combinazione con l'art. 33 lett. g OAMal), ha promulgato l'ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie del 29 settembre 1995 (OPre; RS 832.112.31). L'art. 26 cpv. 1 OPre prevede che l'assicurazione assume il 50 per cento delle spese per trasporti indicati dal profilo medico al fine della somministrazione di cure da parte di un fornitore di prestazioni idoneo e che il paziente ha il diritto di scegliere, se il suo stato di salute non gli consente di utilizzare un altro mezzo di trasporto pubblico o privato. Il contributo massimo è di 500 franchi per anno civile. Secondo l'art. 26 cpv. 2 OPre il trasporto dev'essere effettuato tramite un mezzo corrispondente alle esigenze mediche del caso. Per l'art. 35 cpv. 2 lett. m LAMal sono fornitori di prestazioni le imprese di trasporto e di salvataggio. Ai sensi dell'art. 56 OAMal chiunque è autorizzato in virtù del diritto cantonale e stipula con un assicuratore-malattie un contratto d'esecuzione di trasporti o di salvataggi, può esercitare a carico di questo assicuratore le imprese di trasporto e di salvataggio. 2.10. Come emerge dalla sentenza 9C_540/2019 del 14 gennaio 2020 pubblicata in SVR 7/2020, Nr. KV 15, pag. 67 e seguenti, nell'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal in combinazione con l'art. 26 OPre è stabilito il diritto ad un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico. Ne ha diritto la persona assicurata che, allo scopo di essere sottoposta a misure diagnostiche o terapeutiche in relazione con una malattia e i suoi postumi, deve essere portata da un fornitore di prestazioni, senza trovarsi in una situazione d'urgenza o di salvataggio (DTF 130 V 424, consid. 3.2). La necessità del trasporto dal profilo medico deve essere attestata da un medico (DTF 124 V 338 consid. 2c/bb). In una sentenza 9C_759/2011 del 4 maggio 2012, al consid. 3.4, il TF ha rammentato che l'art. 26 OPre non indica alcun mezzo di trasporto specifico che potrebbe essere preso in considerazione per gli spostamenti previsti da questo disposto e la sola esigenza posta dalla norma concerne l'adeguatezza del mezzo utilizzato (cfr. anche sentenza 9C_540/2019 del 14 gennaio 2020 pubblicata in SVR 7/2020, Nr. KV 15, pag. 67). In particolare non si può dedurre dall'articolo in esame che possono essere rimborsati solo i costi dei trasporti effettuati tramite un veicolo specialmente equipaggiato per il trasporto delle persone ammalate. Quando una persona assicurata non può utilizzare, per ragioni mediche, attestate da un medico, i trasporti pubblici o il proprio mezzo di trasporto, ossia quando è costretto, per recarsi presso un fornitore di prestazioni, a ricorrere ai servizi di un'impresa di trasporto, le condizioni per una presa a carico dei costi da parte della LAMal, sono adempiute. Se per esempio il ricorso ad una impresa di taxi è una soluzione adeguata, l'assicurato ha diritto, nei limiti fissati dalla legge e dalle ordinanze, al rimborso dei costi (DTF 124 V 338 consid. 2c/bb; sentenza 9C_759/2011 del 4 maggio 2012 consid. 3.4 con riferimenti). Secondo il sistema previsto dalla LAMal, le prestazioni in ambito di trasporto e di salvataggio a carico dell'assicuratore malattie possono concernere unicamente le imprese

che effettuano il trasporto di persone a titolo professionale (art. 35 cpv. 2 lett. m LAMal; art. 56 OAMal; sentenza 9C_759/2011 del 4 maggio 2012 consid. 3.5 con riferimenti). Nella misura in cui la LAMal enumera esaustivamente i fornitori di prestazioni abilitati a praticare a carico della LAMal, non c'è posto, attualmente, per il rimborso di prestazioni effettuate da un parente, tranne nel caso in cui questa stessa persona ha lei stessa la qualità di un professionista che riempie le condizioni fissate dalla legge per praticare a carico della LAMal (sentenza 9C_759/2011 del 4 maggio 2012 consid. 3.5 con riferimenti; sentenza K 156/04 del 21 giugno 2006 consid. 4.2 pubblicata in RAMI 2006 n° KV 376 pag. 303; cfr. anche DTF 125 V 430 e 435). Nella già citata sentenza 9C_759/2011 del 4 maggio 2012 il TF al consid. 3.6 ha confermato il rifiuto di mettere a carico della LAMal i costi del trasporto poiché la prestazione non è stata effettuata da un'impresa di trasporto professionale. Considerato il carattere esaustivo delle prestazioni a carico della LAMal (cfr. art. 25 cpv. 2 LAMal) e dei fornitori di prestazioni ammessi a praticare a carico della LAMal (art. 35 cpv. 2 LAMal), il TF ha evidenziato di non essere competente per poter mettere in discussione una scelta voluta dal legislatore che deriva sia da obiettivi di politica sociale fissati da quest'ultimo che dall'opportunità. L'Alta Corte ha poi affermato che è ammesso che gli atti correnti della vita quotidiana effettuati da parenti, come quello concernente l'oggetto del litigio, sono, tenuto conto dei valori di solidarietà reciproca su cui si fonda la nostra società, normalmente resi a titolo gratuito e sfuggono, attualmente, a qualsiasi forma di monetizzazione. Nella citata sentenza 9C_540/2019 del 14 gennaio 2020, pubblicata in SVR 7/2020, KV N. 15, pag. 67 e seguenti, il Tribunale federale ha stabilito che sono fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, segnatamente le imprese di trasporto (art. 35 cpv. 2 lett. m LAMal). Colui che è autorizzato secondo il diritto cantonale e ha stipulato con un'assicurazione contro le malattie un contratto riguardante l'esecuzione di trasporti e di salvataggi, può lavorare a carico di questo assicuratore (art. 56 OAMal; consid. 4.2). La Croce Rossa Svizzera (CRS) del Canton Turgovia gestisce in ambito professionale un servizio di trasporto per persone che per problemi di salute non possono utilizzare i mezzi pubblici o che necessitano d'accompagnamento. Essa va dunque qualificata quale impresa di trasporto e di salvataggio. Un assicuratore contro le malattie non può perciò rifiutarsi di contribuire ai costi di un trasporto medicalmente necessario per la sola ragione che il servizio della CRS non dispone della relativa autorizzazione cantonale (consid. 4.2 in fine e 5.3; conferma della precedente giurisprudenza). L'Alta Corte ha segnatamente rammentato, al consid. 4.2 che l'assicuratore non può rifiutare la prestazione a causa dell'assenza di un accordo tariffale con il fornitore della prestazione. La presenza di un accordo in questo caso non è una condizione per il diritto alla prestazione (STF 9C_540/2019 del 14 gennaio 2020, pubblicata in SVR 7/2020, KV N. 15, pag. 67, consid. 4.2 con rinvio alla DTF 124 V 338, consid. 2b/aa). Lo stesso vale per la presenza di un'autorizzazione cantonale. Per cui il rimborso di una prestazione non può essere rifiutata unicamente con l'argomento che non esiste un fornitore di prestazioni con una convenzione tariffale/un'autorizzazione cantonale (STF 9C_540/2019 del 14 gennaio 2020, pubblicata in SVR 7/2020, KV N. 15, pag. 67, consid. 4.2 con rinvio alla DTF 124 V 338, consid. 2b/cc). 2.11. In concreto pertanto la presunta assenza di un'autorizzazione cantonale da parte de " _____ " non può essere, senza prima effettuare ulteriori accertamenti, un motivo per rifiutare il rimborso delle prestazioni, come invece stabilito dall'assicuratore (cfr. STF 9C_540/2019 del 14 gennaio 2020, pubblicata in SVR 7/2020, KV N. 15, pag. 67, consid. 4.2 in fine e consid. 5). Occorre piuttosto stabilire sia se " _____ " è un'impresa di trasporto e di salvataggio ai

sensi dell'art. 35 cpv. 2 lett. m LAMal (cfr. STF 9C_540/2019 del 14 gennaio 2020, pubblicata in SVR 7/2020, KV N. 15, pag. 67, consid. 5.2.2), sia se per il trasporto di cui necessitava, eventualmente (cfr. 2.17), l'interessata, esistevano alternative, o meglio imprese di trasporto professionali con l'autorizzazione cantonale (cfr. STF 9C_540/2019 del 14 gennaio 2020, pubblicata in SVR 7/2020, KV N. 15, pag. 67, consid. 5.3). In merito a questi punti l'assicuratore avrebbe dovuto effettuare ulteriori accertamenti (cfr. STF 9C_540/2019 del 14 gennaio 2020, pubblicata in SVR 7/2020, KV N. 15, pag. 67, consid. 5.2.2. e 5.3). Va ora esaminato se, come sostiene la convenuta, la legge esclude la possibilità di rimborsare anche i trasporti di ritorno dal fornitore di prestazioni al domicilio della persona assicurata. 2.12. Preliminarmente va evidenziato che le condizioni per riconoscere la buona fede invocata dalla ricorrente, secondo la quale l'assicuratore avrebbe rimborsato in passato i viaggi di ritorno, non sono adempiute. Secondo la giurisprudenza un'informazione sbagliata o una decisione erronea possono obbligare l'amministrazione a concedere a un amministrato un vantaggio contrario alla legge se (a) l'autorità è intervenuta in una situazione concreta nei confronti di determinate persone, (b) l'autorità ha agito entro i limiti della propria competenza o comunque è supposta avere agito entro tali limiti, (c) l'amministrato non ha potuto rendersi conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ricevuta, (d) facendo affidamento sull'informazione ricevuta egli ha preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio, (e) da quando l'informazione è stata resa non è intervenuta una modifica del quadro giuridico (DTF 131 II 627 consid. 6.1 pag. 636, 130 I 26 consid. 8.1 pag. 60 e rispettivi rinvii). Questi principi si applicano per analogia in caso di mancanza di informazione, la condizione c) dovendo tuttavia essere formulata nel seguente modo: che l'amministrato non ha avuto conoscenza del contenuto dell'informazione omessa o che il contenuto era talmente evidente che non doveva attendersi un'altra informazione (sentenza 8C_320/2010 del 14 dicembre 2010, DTF 131 V 472 consid. 5, sentenza 8C_66/2009 consid. 8.4 non pubblicato in DTF 135 V 399). 2.13. Nel caso di specie la ricorrente, con riferimento al conteggio delle prestazioni del 5 agosto 2014 (doc. O), sostiene che l'assicuratore avrebbe riconosciuto il contributo ai trasporti di ritorno sulla base del certificato medico del 22 luglio 2014 del dr. med. _____ (doc. N2). In realtà, dal conteggio emerge che l'assicuratore ha indicato: "Prestazione per "Trasporto di malati" da Obbligatoria delle cure medico-sanitarie Standard (...) – non obbligatorio ritorno, prestazioni figlio" (doc. O). Non vi è pertanto alcuna evidenza circa un riconoscimento delle spese per viaggi di ritorno. Del resto, anche se l'assicuratore avesse effettivamente rimborsato, in quell'occasione, i costi del tragitto tra il fornitore di prestazioni e il domicilio, l'assicurata non avrebbe diritto al rimborso della prestazione in esame. Infatti l'eventuale errore nel rimborso della prima prestazione sarebbe semmai avvenuto in una sola ed isolata occasione, presentatasi circa 4 anni prima (rispetto al 31 luglio 2018), e non può pertanto assurgere ad informazione errata che avrebbe potuto indurre l'interessata a ritenere che in tutti i casi in cui effettuava un trasporto dal fornitore di prestazioni al proprio domicilio avrebbe ottenuto il contributo al rimborso delle spese di trasporto (cfr. sentenza K 107/05 del 25 ottobre 2005: "[...] Per contro, la presente Corte ha rilevato che nel caso in cui una cassa malati ha assunto per inavvertenza un trattamento medico, il diritto ad ottenere il rimborso di un trattamento identico resosi necessario circa un anno dopo in seguito a una ricaduta della malattia dev'essere negato, l'assunzione del primo trattamento essendo da considerare isolato e non costituendo una prassi costante della cassa di natura tale da giustificare il diritto alla tutela della buona fede (RAMI 1999 no. KV 97 pag. 526 consid. 5b con riferimenti). [...]"). 2.14. Resta da esaminare se i costi del

tragitto tra il fornitore di prestazioni e il domicilio vanno posti a carico della LAMal nei limiti di cui agli art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal e 26 OPre. In una sentenza 9C_408/2018 del 10 settembre 2018, facente seguito alla sentenza di rinvio 9C_624/2017 del 23 gennaio 2018, in un caso concernente il qui assicuratore, il Tribunale federale ha lasciato aperta la questione, sollevata dall'assicuratore malattie, di sapere se il contributo ai costi dei trasporti di cui all'art. 26 OPre vale anche per i trasporti di ritorno (in concreto dall'ospedale alla casa di cura), poiché nel caso giudicato non era data la necessità del trasporto dal profilo medico (consid. 4.3 in fine: "[...] Offen bleiben kann auch die von der Beschwerdeführerin aufgeworfene Frage nach der Leistungspflicht gemäss Art. 26 Abs. 1 KLV bei Rücktransporten (darin sei lediglich der Transport "zu einem zugelassenen [...] Leistungserbringer" geregelt)"). Come emerge dalla citata sentenza, quali sono i trasporti compresi nell'obbligo prestativo della LAMal, lo si stabilisce tramite l'interpretazione degli art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal in combinazione con l'art. 26 cpv. 1 OPre (consid. 3.1: "Welche Transporte von der Kostenübernahmepflicht erfasst sind, ergibt sich durch Auslegung von Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG i.V.m. Art. 26 Abs. 1 KLV."). 2.15. Il significato di una norma deve essere inteso anzitutto nella sua accezione letterale (sentenza 9C_408/2018 del 10 settembre 2018 consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_590/2019 del 15 giugno 2020, consid. 4.5.1, destinata a pubblicazione). Se il testo è chiaro, l'autorità può scostarsene solo ove esistano motivi seri per ritenere che esso non corrisponda al vero senso del disposto in esame. Tali motivi possono risultare dai lavori preparatori, dal fondamento e dallo scopo della norma litigiosa, così come dalla relazione con altre disposizioni (DTF 143 III 385 consid. 4.1; DTF 142 II 262 consid. 4; sentenza 9C_408/2018 del 10 settembre 2018 consid. 3.1; sentenza 9C_590/2019 del 15 giugno 2020, consid. 4.5.1 destinata a pubblicazione). Il Tribunale federale segue pragmaticamente un pluralismo di metodi interpretativi e rifiuta di allestire una gerarchia (DTF 144 V 319, consid. 4.6.2; DTF 142 V 466). Le ordinanze devono essere interpretate conformemente alla legge (cfr. anche sentenza 9C_590/2019 del 15 giugno 2020, consid. 4.5.1, destinata a pubblicazione). Quando una disposizione legale non è chiara o allorché si presta a diverse contraddittorie interpretazioni, i lavori preparatori possono costituire un valido aiuto per individuare il senso della norma ed evitare così interpretazioni scorrette. Quando tali documenti non forniscono una risposta chiara, essi non sono invece utili come aiuto per l'interpretazione. In particolare trovandosi confrontati con delle leggi relativamente recenti la volontà del legislatore che le ha adottate non può essere ignorata. Se però questa volontà non ha trovato riscontro nel testo di legge, essa non è decisiva per l'interpretazione. In particolare, se durante le discussioni legislative è stata espressamente rifiutata una proposta di completare la legge nel senso di quella che rappresenta ora una possibilità di interpretazione, tale interpretazione non può essere presa in considerazione (cfr. DTF 123 V 301, DTF 123 V 318, DTF 115 V 349 consid. 1c con riferimento alla giurisprudenza e alla dottrina. Vedi pure DTF 122 III 325 consid. 7a, 474 consid. 5a, 120 II 247 consid. 3e, 117 II 526 consid. 1d, 116 Ia 368 consid. 5c, 116 II 415 consid. 5b e 527 f consid. 2b). 2.16. In concreto, il testo letterale dell'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal è chiaro. Le prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi (art. 25 cpv. 1 LAMal), comprendono un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico [e alle spese di salvataggio]. Nella versione francese "une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires [ainsi qu'aux frais de sauvetage]" e nella versione tedesca "einen Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten [sowie an die Rettungskosten]". La legge stabilisce pertanto una limitazione all'assunzione dei costi di trasporto necessari dal profilo

medico, per quanto concerne l'ammontare dell'importo da mettere a carico dell'assicuratore sociale, concretizzata nell'art. 26 cpv. 1 OPre per il quale l'assicurazione assume il 50 per cento delle spese per trasporti indicati dal profilo medico al fine della somministrazione di cure da parte di un fornitore di prestazioni idoneo e che il paziente ha il diritto di scegliere, se il suo stato di salute non gli consente di utilizzare un altro mezzo di trasporto pubblico o privato. Il contributo massimo è di 500 franchi per anno civile. La versione francese dell'art. 26 cpv. 1 OPre prevede che " l'assurance prend en charge 50 % des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir, lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé. Le montant maximum est de 500 francs par année civile " e quella tedesca che " die Versicherung übernimmt 50 Prozent der Kosten von medizinisch indizierten Krankentransporten zu einem zugelassenen, für die Behandlung geeigneten und im Wahlrecht des Versicherten stehenden Leistungserbringer, wenn der Gesundheitszustand des Patienten oder der Patientin den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt. Maximal wird pro Kalenderjahr ein Betrag von 500 Franken übernommen" . Mentre la versione tedesca sembra indicare che vengono assunti i costi del trasporto verso un fornitore di prestazioni (" zu einem zu gelassenen [...] Leistungserbringer "), le versioni italiana e francese prevedono genericamente l'assunzione dei costi per trasporti indicati dal profilo medico al fine della somministrazione di cure da parte di un fornitore di prestazioni idoneo. Laddove vi è divergenza tra le versioni nelle tre lingue ufficiali occorre, per costante giurisprudenza, determinare quale testo corrisponde meglio allo scopo della norma (su questo tema, in un altro contesto, cfr. DTF 115 V 448, D. Cattaneo, "Les mesures préventives et de réadaptation de l'assurance-chômage", Ed. Helbing & Lichtenhahn, Basilea e Francoforte sul Meno 1992, pag. 422 n° 683). Nel Messaggio del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattia (FF 1992 I pag. 124), il Consiglio federale rilevava quanto segue: " lettera f Sempre nell'ottica di un'assicurazione con un catalogo delle prestazioni uniforme, assicurazione che interverrà sussidiariamente in caso d'infortunio, introduciamo la presa a carico di costi di trasporto d'urgenza e di salvataggio mediante un contributo a queste spese che il Consiglio federale dovrà stabilire (cfr. art. 27 cpv. 2). Diverse possibilità possono essere prese in considerazione (segnatamente contributo-limite annuale, contributo degressivo). L'introduzione di detta prestazione è stata contestata nel corso della procedura di consultazione. Ci limitiamo pertanto a prevedere un contributo alle spese, e non l'assunzione integrale delle stesse, come previsto nel progetto Schoch. Questa copertura ci sembra tuttavia giustificata tanto in caso di malattia quanto a titolo sussidiario in caso d'infortunio." Nell'ambito dei dibattiti parlamentari il catalogo delle prestazioni è stato ampliato, nel senso che alla lettera g (lettera f nel Messaggio) è stato inserito il contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e non più solo in caso d'urgenza (cfr. Eugster, Krankenversicherung in: SBVR 2016, 3a edizione, pag. 548 nota 115). Nella sentenza 9C_408/2018 del 10 settembre 2018 il Tribunale federale ha affermato che i costi sono a carico della LAMal se, nel caso concreto, il trasporto è necessario per motivi medici ed uno spostamento tramite altro mezzo di trasporto pubblico o privato non è possibile (" Aus dem Wortlaut von Art. 26 KLV ergibt sich - in sämtlichen Sprachfassungen (vgl. oben E. 2) - deutlich, dass der (Kranken) Transport nur dann Pflichtleistung ist, wenn er im konkreten Fall aufgrund spezifischer medizinischer Anforderungen (Abs. 2 der Bestimmung) nötig ist, denen ein anderes öffentliches oder

privates Transportmittel nicht gerecht wird (Abs. 1; vgl. auch BGE 124 V 338 E. 2c/bb S. 344). Damit wird - jedenfalls nicht offensichtlich ausserhalb des durch die Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG bzw. Art. 33 lit. g KVV (vgl. oben E. 2) gesteckten Delegationsrahmens oder aus anderen Gründen gesetz- oder verfassungswidrig (vgl. zur darauf beschränkten Überprüfung des Bundesgerichts etwa BGE 143 V 208 E. 4.3 S. 212) - präzisiert, was unter den medizinisch notwendigen Transportkosten gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG zu verstehen ist. Die Verordnungsbestimmung steht im Einklang mit Art. 32 Abs. 1 KVG, wonach die Leistungen nach den Art. 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Hinweise darauf, dass der Gesetzgeber diesen Sinn nicht gewollt haben kann, ergeben sich aus den übrigen Auslegungselementen (soeben E. 3.1) nicht.”). Eugster, Krankenversicherung, in: SBVR 2016, 3a edizione, pag. 548, n. 466, evidenzia che secondo un'interpretazione restrittiva un trasporto è medicalmente indicato se e fintanto che è necessario per permettere un trattamento medico. Il tenore letterale dell'art. 26 cpv. 1 OPre va nella direzione di garantire il trattamento. Conseguentemente il trasporto di ritorno per motivi di salute dal fornitore di prestazioni al domicilio sarebbe escluso dalla copertura della LAMal. Ciò tuttavia non coincide del tutto con la ratio legis dell'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal. Per Eugster, anche i trasporti di ritorno possono essere necessari ai sensi dell'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal (“ nach einem restriktiveren Verständnis ist ein Transport medizinisch notwendig, wenn und soweit dieser erforderlich ist, um eine medizinische Behandlung zu ermöglichen. In diese Richtung – Sicherstellung der Behandlung – tendiert der Wortlaut von Art. 26 Abs. 1 KLV. Danach wäre der aus gesundheitlichen Gründen notwendig Rücktransport vom Ort der Leistungserbringung zum Wohn- oder Aufenthaltsort der VersPers von der Deckung ausgeschlossen. Das allerdings deckt sich nicht vollumfänglich mit der ratio legis von art. 25 Abs. 2 litt. g KVG. Auch rücktransporte können medizinisch notwendig im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG sein ”). Non va poi dimenticato che parte della dottrina afferma che nel citato passaggio del Messaggio del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattia, il Consiglio federale ha spiegato che si trattava di coordinare le norme dell'assicurazione malattie e dell'assicurazione contro gli infortuni praticata a titolo sussidiario dagli assicuratori malattie (Duc, Les frais de transports dans la LAMal, in: APJ 12/2004, pag. 1503 e seguenti, pag. 1505: “[...] Dans le commentaire de l'article 19 de son projet de LAMal, le Conseil fédéral expliquait qu'il s'agissait de coordonner les réglementations de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents (pratiquée à titre subsidiaire par les assureurs-maladie) [...] ”; Messaggio del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattia; FF 1992 I pag. 124: “ Sempre nell'ottica di un'assicurazione con un catalogo delle prestazioni uniforme, assicurazione che interverrà sussidiariamente in caso d'infortunio, [...]” e “[...] Questa copertura ci sembra tuttavia giustificata tanto in caso di malattia quanto a titolo sussidiario in caso d'infortunio ”). L'assicurazione contro gli infortuni, all'art. 13 cpv. 1 LAINF, prevede che sono rimborsate le spese di viaggio, di trasporto e di salvataggio necessarie (cfr. anche art. 19 LAM). Secondo l'art. 20 cpv. 1 OAINF sono rimborsate, tra le altre, le spese di viaggio e di trasporto necessarie dal profilo medico. Fanno parte delle spese a carico della LAINF quelle che sono necessarie per il ritorno della persona al suo domicilio dopo un soggiorno in ospedale o in uno stabilimento di cura, sia che il trattamento abbia avuto luogo in Svizzera che all'estero (cfr. Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire in: SBVR 2016, 3a edizione, pag. 972, n. 207; cfr. anche nota 459 a pag. 971). Anche nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, l'art. 90 OAI prevede il rimborso delle spese di viaggio. Per l'art. 90 cpv. 1

OAI sono considerate spese indispensabili di viaggio in Svizzera, ai sensi dell'articolo 51 della legge federale, quelle per recarsi presso l'agente esecutore qualificato più vicino. Se l'assicurato sceglie un agente esecutore più distante, deve assumersi le spese supplementari. Il cpv. 2 prevede che sono rimborsate le spese corrispondenti al costo dei tragitti effettuati mediante i mezzi di trasporto delle imprese pubbliche per l'itinerario più diretto. Se l'assicurato, a causa dell'invalidità, deve tuttavia utilizzare un altro mezzo di trasporto, gli verranno risarcite le relative spese. Non sono rimesse le piccole spese per tragitti nel raggio locale. La circolare sul rimborso delle spese di viaggio nell'assicurazione per l'invalidità (CRSV) prevede a pag. 5 che sono rimborsate le spese per viaggi necessari per i seguenti scopi: viaggio di andata e ritorno per l'accertamento del diritto alle prestazioni (p. es. accertamenti dei SAM e dei CAP); viaggio di andata e ritorno in caso di provvedimenti sanitari d'integrazione per gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 20 anni d'età, provvedimenti di reinserimento, provvedimenti di riformazione professionale e consegna di mezzi ausiliari. Secondo questo Tribunale non vi è alcun motivo, in ambito LAMal, per distanziarsi da quanto previsto nell'assicurazione contro gli infortuni e nell'assicurazione per l'invalidità e non riconoscere, nei limiti dell'art. 26 OPre, anche il rimborso delle spese per il trasporto di ritorno dal fornitore di prestazioni al domicilio della persona assicurata se medicalmente necessario. Il rimborso dei costi di trasporto, nel limite previsto dall'art. 26 cpv. 1 OPre, deve comprendere anche il tragitto di rientro al domicilio, se il trasporto è necessario dal profilo medico, ossia se, a causa del suo stato di salute, la persona interessata non può utilizzare un altro mezzo di trasporto pubblico o privato. Se il legislatore avesse voluto limitare il rimborso dei costi di trasporto, peraltro assunti in maniera assai esigua (nella misura del 50%, per un massimo di fr. 500 all'anno e se la persona assicurata non può far capo ad un altro mezzo di trasporto pubblico o privato; art. 26 cpv. 1 OPre), al solo tragitto verso il fornitore di prestazioni e non anche al ritorno a domicilio, non avrebbe avuto alcun motivo per non indicarlo esplicitamente. L'assenza di rimborso del contributo alle spese del trasporto di ritorno necessarie dal profilo medico, nei limiti rammentati (art. 26 cpv. 1 OPre), per gli assicurati che a causa del danno alla salute non possono far capo ad altri mezzi di trasporto pubblici o privati, è del resto contraria a quanto previsto dall'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal poiché, in sostanza, metterebbe a carico della persona assicurata il contributo ai costi del trasporto di ritorno, senza alcun motivo oggettivo. Tale soluzione sarebbe inoltre avulsa dalla realtà e dal sistema adottato nelle altre assicurazioni sociali, giacché alla persona malata sarebbe rimborsata una parte dei costi del trasporto di andata ma non quelli del trasporto di ritorno, pur in presenza del medesimo stato di fatto (trasporto medicalmente necessario). Ne segue che l'interpretazione della norma effettuata dalla ricorrente va tutelata. 2.17. In concreto, dagli atti non emerge se il trasporto dalla Clinica _____ al domicilio dell'insorgente era necessario dal profilo medico. Né è dato sapere se l'interessata avrebbe potuto far capo ad altri mezzi di trasporto pubblici o privati. La ricorrente si limita infatti ad affermare che è "stata direttamente l'infermiera della _____ che ha procurato il trasporto alla sottoscritta, che ha contattato la <_____> per il trasporto di ritorno al suo domicilio" (opposizione, doc. 8). Da parte sua l'assicuratore non ha approfondito la questione. Gli atti devono pertanto essere ritornati ad CO 1 affinché accerti, presso la Clinica _____, se il trasporto della ricorrente al proprio domicilio tramite "_____" era necessario dal profilo medico e se l'interessata avrebbe potuto far capo ad un altro mezzo di trasporto pubblico o privato (cfr. STF 9C_624/2017 del 23 gennaio 2018, consid. 4 e STF 9C_408/2018 del 10 settembre 2018, consid. 4). L'assicuratore dovrà inoltre accertare se "_____" è un'impresa di trasporto

e di salvataggio ai sensi dell'art. 35 cpv. 2 lett. m LAMal (cfr. STF 9C_540/2019 del 14 gennaio 2020, pubblicata in SVR 7/2020, KV N. 15, pag. 67, consid. 5.2.2) e se per il trasporto in esame esistevano alternative, o meglio imprese di trasporto professionali con l'autorizzazione cantonale (cfr. STF 9C_540/2019 del 14 gennaio 2020, pubblicata in SVR 7/2020, KV N. 15, pag. 67, consid. 5.3). 2.18. Alla luce di tutto quanto sopra esposto il ricorso va accolto ai sensi dei considerandi e l'incarto rinviato all'assicuratore per ulteriori accertamenti. La convenuta, tramite procedura separata, dovrà pure decidere in merito alle richieste di rimborso dei trasporti effettuati nel 2014 e nel 2015 (doc. da L a P).

E. 31

luglio 2018), e non può pertanto assurgere ad informazione errata che avrebbe potuto indurre l'interessata a ritenere che in tutti i casi in cui effettuava un trasporto dal fornitore di prestazioni al proprio domicilio avrebbe ottenuto il contributo al rimborso delle spese di trasporto (cfr. sentenza K 107/05 del 25 ottobre 2005: ■[]Per contro, la presente Corte ha rilevato che nel caso in cui una cassa malati ha assunto per inavvertenza un trattamento medico, il diritto ad ottenere il rimborso di un trattamento identico resosi necessario circa un anno dopo in seguito a una ricaduta della malattia dev'essere negato, l'assunzione del primo trattamento essendo da considerare isolato e non costituendo una prassi costante della cassa di natura tale da giustificare il diritto alla tutela della buona fede (RAMI 1999 no. KV 97 pag. 526 consid. 5b con riferimenti). []■).

2.14. Resta da esaminare se i costi del tragitto tra il fornitore di prestazioni e il domicilio vanno posti a carico della LAMal nei limiti di cui agli art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal e 26 OPre.

In una sentenza 9C_408/2018 del 10 settembre 2018, facente seguito alla sentenza di rinvio 9C_624/2017 del 23 gennaio 2018, in un caso concernente il qui assicuratore, il Tribunale federale ha lasciato aperta la questione, sollevata dall'assicuratore malattie, di sapere se il contributo ai costi dei trasporti di cui all'art. 26 OPre vale anche per i trasporti di ritorno (in concreto dall'ospedale alla casa di cura), poiché nel caso giudicato non era data la necessità del trasporto dal profilo medico (consid. 4.3 in fine: ■[]Offen bleiben kann auch die von der Beschwerdeführerin aufgeworfene Frage nach der Leistungspflicht gemäss Art. 26 Abs. 1 KLV bei Rücktransporten (darin sei lediglich der Transport "zu einem zugelassenen [...] Leistungserbringer" geregelt)■).

Come emerge dalla citata sentenza, quali sono i trasporti compresi nell'obbligo prestativo della LAMal, lo si stabilisce tramite l'interpretazione degli art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal in combinazione con l'art. 26 cpv. 1 OPre (consid. 3.1: ■Welche Transporte von der Kostenübernahmepflicht erfasst sind, ergibt sich durch Auslegung von Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG i.V.m. Art. 26 Abs. 1 KLV.■).

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