

TI_GERICHTE 36.2023.24 vom 16. Oktober 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-10-16, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2023.24

FR: TI_GERICHTE 36.2023.24 du 16 octobre 2023

IT: TI_GERICHTE 36.2023.24 del 16 ottobre 2023

Erwägungen

E. 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 sono 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 (cfr. anche DTF 141 V 612 consid. 7.1). Sul tema si veda anche la sentenza 9C_616/2017 del 20 novembre 2017, consid. 2.2. 2.6. In concreto il ricorrente, dopo essersi visto rifiutare dall'assicuratore il rimborso dei costi degli interventi di estrazione e ricostruzione dei denti della mascella e della mandibola, il 4 giugno 2021 ha informato CO 1 che si sarebbe recato in Germania, dove i costi sono notoriamente inferiori, per effettuare il prospettato intervento

(cfr. doc. W e 39). A tal fine ha affermato di aver sottoscritto un prestito e che i costi preventivati sarebbero ammontati a oltre euro 48'000 (doc. W e 39). Con scritto del 22 febbraio 2022 l'assicuratore, ha deciso di assumersi l'integralità dei costi di estrazione e ricostruzione dei denti (protesi totale) secondo la tariffa SSO che fissa in 3.10 il valore del punto (doc. 62), in applicazione degli art. 17 lett. c cifra 2 OPre (malattia dei mascellari e dei tessuti molli, tumori del viso, dei mascellari e del collo) e 18 lett. d OPre (malattia delle ghiandole salivari; su questo tema cfr. anche consid. 2.9, pag. 24). 2.6.1. In primo luogo va evidenziato che non è data alcuna urgenza ai sensi dell'art. 36 cpv. 2 OAMal. L'insorgente si è infatti recato volontariamente in Germania proprio per sottoporsi alle cure dentarie il cui rimborso era stato fin lì rifiutato dall'assicuratore, poiché, a suo dire, non a carico della LAMal. Ora, il Tribunale federale ha già avuto modo di stabilire che un'urgenza nel senso dell' art. 36 cpv. 2 OAMal , in virtù della quale l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi dei trattamenti all'estero, è data se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera risulta inappropriato (sentenza 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 6.3; sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 5.3; sentenza K 65/03 del 5 agosto 2003, consid. 2.2). 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 impreveduta, di un trattamento all'estero (cfr. sentenza 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 6.3 con rinvio a: DTF 146 V 152 consid. 10.3 con riferimenti, in particolare alla sentenza 9C_202/2015 del 26 giugno 2015 consid. 3.2). In concreto l'urgenza va pertanto esclusa d'acchito, giacché, come emerge dallo scritto del 4 giugno 2021, il ricorrente non si trovava all'estero al momento delle cure dentarie, peraltro durate diversi mesi, L'intervento è stato pianificato molto tempo prima e l'interessato si è recato volontariamente a _____ (Germania) per sottoporvisi (doc. 39: " Zeitlich ist geplant das die gesamte Behandlung von August 2021 bis März/April 2022, dauern wird "); cfr. anche sentenza 9C_1009/2010 del 29 luglio 2011 dove il TF si è espresso a proposito di un intervento avvenuto in Thailandia, escludendo l'urgenza poiché eseguito un mese dopo il ricovero; sentenza 9C_35/2010 del 28 maggio 2010; sentenza 9C_291/2009 del 7 ottobre 2009; sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 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]; sentenza K 65/03 del 5 agosto 2003; sentenza K 83/01 del 31 agosto 2001). Nulla del resto, a parte le questioni finanziarie, gli avrebbero impedito di sottoporsi alle cure in Svizzera. Tant'è che la dr.ssa _____ aveva già allestito un preventivo per le protesi dentarie e l'insorgente si è recato in Germania a causa degli alti costi dell'intervento nel nostro Paese e del rifiuto dell'assicuratore di rimborsare l'ammontare dell'intervento. Anche la pretesa necessità di un intervento in tempi brevi non permetterebbe di giungere a soluzione diversa, in quanto non rientra nella fattispecie disciplinata dalla nozione d'urgenza nel senso dell' art. 36 cpv. 2 OAMal (sentenza 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 6.3; cfr. anche STCA 36.2015.4 del 25 giugno 2015). 2.6.2. In secondo luogo il TCA rileva che il ricorrente non sostiene che in Svizzera vi siano gravi lacune nell'offerta sanitaria in relazione con le cure dentarie cui si è sottoposto e tali da necessitare un intervento all'estero, in Germania, 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 (DTF 145 V 170 e DTF 134 V 330). In

concreto l'interessato ha infatti sostenuto di essersi recato all'estero a causa del rifiuto dell'assicuratore di rimborsare i costi degli interventi di estrazione e ricostruzione dei denti della mascella e della mandibola e per questioni finanziarie (cfr. lo scritto del 4 giugno 2021, doc. 39).

2.6.3. Considerato che, secondo il diritto interno, solo l'urgenza ai sensi dell'art. 36 cpv. 2 OAMal o gravi lacune nell'offerta di cura (" Versorgungslücken "), giustificano di distanziarsi dal principio della territorialità (cfr. sentenza 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022, consid. 6.3 e sentenza K 60/06 del 28 giugno 2007, consid. 4.2), non vi è spazio, in applicazione del solo diritto svizzero, per mettere i costi degli interventi a carico della convenuta. Ci si potrebbe chiedere se nel caso di specie non trovi allora applicazione l'ALC ed il regolamento (CE) n. 883/04 (cfr. consid. 2.4. e 2.5. e sentenza 9C_569/2020 del 4 gennaio 2022). A prescindere dalla questione di sapere se l'intervento è stato effettuato o meno da un fornitore di prestazioni ammesso ad esercitare secondo il sistema statale estero di copertura sanitaria (sul tema cfr. consid. 2.5 con rinvio alla STF 9C_562/2010 del 29 aprile 2011, consid. 5.1.e 5.2), nella fattispecie l'ALC non trova in ogni caso applicazione. Da una parte il ricorrente si è recato volontariamente in Germania, pianificando il proprio intervento, ciò che esclude l'ipotesi di cui all'art. 19 del regolamento (CE) n. 883/2004. D'altra parte l'assicuratore non ha autorizzato l'insorgente a recarsi in Germania e dagli atti non risulta che le cure in questione non potevano essergli praticate in Svizzera 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. Tant'è che aveva già prodotto un preventivo della dr.ssa _____ (cfr. doc. R). Neppure l'art. 20 del regolamento (CE) n. 883/2004 è pertanto d'aiuto all'interessato. Resta da esaminare se RI 1 deve essere protetto nella sua buona fede.

2.7. L'art. 27 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) che regola la "Informazione e consulenza" ha il seguente tenore: " 1 Gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali, nei limiti delle loro competenze, sono tenuti ad informare le persone interessate sui loro diritti e obblighi. 2 Ognuno ha diritto, di regola gratuitamente, alla consulenza in merito ai propri diritti e obblighi. Sono competenti in materia gli assicuratori nei confronti dei quali gli interessati devono far valere i loro diritti o adempiere i loro obblighi. Per le consulenze che richiedono ricerche onerose, il Consiglio federale può prevedere la riscossione di emolumenti e stabilirne la tariffa. 3 Se un assicuratore constata che un assicurato o i suoi congiunti possono rivendicare prestazioni di altre assicurazioni sociali, li informa immediatamente." L'art. 27 LPGA sancisce, in particolare, per l'amministrazione un dovere di carattere collettivo, generale e permanente di fornire informazioni (cpv. 1) e il diritto soggettivo e individuale dell'assicurato alla consulenza (cioè un parere su ciò che conviene fare) su un caso preciso, che può essere fatto valere in giustizia (cpv. 2) (Su questi aspetti cfr. in particolare Philippe Egli, "... dass der Versicherte wisse, woran es ist", November-Tagung zum Sozialversicherungsrecht 2021, IRP-Rechtswissenschaft und Rechtspraxis Band/Nr. 119, 2022, pag. 1-23; cfr. anche STFA C 192/04 del 14 settembre 2005 consid. 4.1., pubblicata in DTF 131 V 472 e in SVR 2006 ALV Nr. 9 pag. 31; STFA C 241/04 del 9 maggio 2006 consid. 6; STFA C 157/05 del 28 ottobre 2005 consid. 4.2.; E. Imhof - CH Zünd, "ATSG und Arbeitslosenversicherung" in SZS 2003 pag. 291 seg. (306); E. Imhof, "Anhang zur Vertiefung von art. 27 ATSG über Aufklärung, Beratung und Kenntnisgabe" in SZS 2002 pag. 315 seg. (315-318); R. Spira, "Du droit d'être renseigné et conseillé par les assureurs et les organes d'exécution des assurances sociales art. 27 LPGA" in SZS 2001 pag. 524 seg. (527)). Il capoverso 1 dell'art. 27 LPGA prevede un obbligo di informazione generale e permanente nei confronti di una cerchia indeterminata di persone, che non deve

avvenire unicamente su richiesta degli interessati, bensì regolarmente e d'ufficio, e a cui viene fatto fronte ad esempio tramite la consegna di opuscoli informativi, direttive, inserzioni, internet, ecc. (cfr. STFA C 241/04 del 9 maggio 2006 consid. 6; DTF 131 V 476 consid. 4.1. = SVR 2006 ALV Nr. 9 pag. 31; DLA 2002 pag. 194). 2.8. Per quanto attiene al diritto alla consulenza enunciato all'art. 27 cpv. 2 LPGa, va segnalato che ogni assicurato può esigere che il proprio assicuratore gli fornisca, gratuitamente, consulenza in merito ai suoi diritti e obblighi (cfr. STF 8C_127/2019 del 5 agosto 2019, consid. 4.2 con rinvio alla DTF 131 V 472, consid. 4.1). Finora il Tribunale federale ha lasciato aperta la questione di sapere dove sono da porre i limiti generali ed astratti dell'obbligo di consulenza di cui all'art. 27 cpv. 2 LPGa. L'Alta Corte ha comunque deciso che in ogni caso oggetto dell'obbligo di consulenza consiste nel rendere attenta la persona assicurata circa il fatto che il suo comportamento potrebbe mettere in pericolo una delle condizioni del suo diritto alle prestazioni (STF 8C_127/2019 del 5 agosto 2019, consid. 4.2, con rinvio alla DTF 139 V 524, consid. 2.2, DTF 131 V 472, consid. 4.3, STF 8C_438/2018 del 10 agosto 2018). Secondo il Tribunale federale fintanto che, prestando l'usuale attenzione, l'assicuratore sociale non può riconoscere che la situazione è tale da pregiudicare il diritto alle prestazioni della persona interessata, egli non è obbligato a fornire informazioni ai sensi dell'art. 27 LPGa (STF 8C_127/2019 del 5 agosto 2019, consid. 4.2 con rinvio alla DTF 133 V 249). In una sentenza del 14 settembre 2005 pubblicata in DTF 131 V 472, nel caso di un assicurato ritenuto inidoneo al collocamento, in quanto il lasso di tempo fra la presentazione della domanda e l'inizio del soggiorno linguistico che avrebbe effettuato all'estero - di cui aveva peraltro informato i funzionari dell'ufficio regionale di collocamento durante il primo colloquio - era troppo breve per poterlo collocare, ha stabilito che ai sensi dell'art. 27 cpv. 2 LPGa, gli assicurati devono essere resi attenti che il loro comportamento può pregiudicare il diritto alle prestazioni. Nella fattispecie l'ufficio regionale di collocamento avrebbe dovuto avvertire l'assicurato che la prevista partenza a breve scadenza non permetteva di collocarlo. L'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha, tuttavia, accolto il ricorso dell'ufficio regionale di collocamento e rinviato gli atti al Tribunale cantonale, al fine di appurare se il soggiorno avrebbe potuto essere rinviato e se l'assicurato secondo la verosimiglianza preponderante era disposto a posticiparlo. In caso affermativo, l'amministrazione deve rispondere della sua omissione - che implica la tutela della buona fede dell'assicurato - ed erogare, quindi, a quest'ultimo le prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione. Nella DTF 133 V 249, l'Alta Corte ha stabilito che fintanto che, nel prestare l'usuale attenzione, non può riconoscere che la situazione in cui si trova la persona assicurata è tale da pregiudicarne il diritto alle prestazioni, l'assicuratore non ha un obbligo di informazione e di consulenza ai sensi dell'art. 27 LPGa. L'assenza di informazioni in una situazione concreta laddove l'obbligo di informare è previsto dalla legge o quando le circostanze particolari del caso avrebbero presupposto un'informazione da parte dell'assicuratore è assimilato ad una dichiarazione erronea e può, a certe condizioni, obbligare l'autorità (in concreto l'assicuratore) a consentire ad una persona assicurata un vantaggio al quale non avrebbe potuto pretendere in virtù del principio della buona fede derivante dall'art. 9 Cost. fed. (DTF 131 V 472 consid. 5). 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). In una sentenza 9C_97/2009 del 14 ottobre 2009 il TF ha ammesso la buona fede di un assicurato che non era stato informato correttamente dal proprio assicuratore circa cure dentarie effettuate all'estero. L'Alta Corte ha evidenziato che dalla documentazione trasmessa dall'insorgente alla Cassa, emergeva che l'interessato intendeva sottoporsi ad interventi dentari a carico di uno specialista esercitante in Francia e che il trattamento sarebbe stato eseguito un mese dopo. Per il TF l'assicuratore avrebbe dovuto rendersi conto che secondo quanto indicato, il ricorrente avrebbe potuto perdere il suo diritto al rimborso delle prestazioni. La Cassa avrebbe pertanto dovuto reagire ed informare l'insorgente circa le norme applicabili in un caso simile. Non essendo intervenuto, l'assicuratore ha violato l'art. 27 cpv. 2 LPGA (consid. 3.2). L'Alta Corte ha rammentato che il riconoscimento di un dovere d'informazione ai sensi dell'art. 27 LPGA dipende dalla circostanza di sapere se l'assicuratore sociale disponeva, nella situazione concreta che si presentava, di indizi sufficienti che gli avrebbero imposto, secondo il principio della buona fede, di informare l'assicurato. Non si può tuttavia pretendere dall'assicuratore che fornisca informazioni che si può ammettere che siano conosciute in maniera generale, altrimenti l'amministrazione rischierebbe di sommergere a titolo preventivo l'assicurato di informazioni che non gli sono necessarie o che neppure pretende (" La reconnaissance d'un devoir de conseils au sens de cette disposition dépend bien plutôt du point de savoir si l'assureur social disposait, selon la situation concrète telle qu'elle se présentait à lui, d'indices suffisants qui lui imposaient au regard du principe de la bonne foi de renseigner l'intéressé. On ne saurait cependant attendre de l'assureur social qu'il donne des informations dont on peut admettre qu'elles sont connues de manière générale, sans quoi l'administration risquerait à titre préventif de submerger l'assuré d'informations qui ne lui sont pas nécessaires ou qu'il ne souhaite pas (arrêt 9C_894/2008 du 18 décembre 2008 consid. 3.2, in RSAS 2009 p. 132). "). Il TF ha stabilito che la presa a carico di un trattamento dentario ai sensi della LAMal è una questione relativamente complessa poiché dipende da differenti condizioni (art. 31 LAMal), il cui apprezzamento non è evidente alla sola lettura della legge. Le norme non sono formulate in maniera tale che il rimborso appaia eccezionale, di modo che non è possibile ritenere un dovere dell'assicurato di conoscere la situazione legale. L'Alta Corte ha inoltre evidenziato che lo stesso funzionario della Cassa che si era occupato della fattispecie non si era probabilmente reso conto che vi era un ostacolo al rimborso delle prestazioni, per cui l'assicuratore non può rimproverare al proprio assicurato una situazione giuridica che era apparentemente sfuggita anche ad un proprio collaboratore (" En l'occurrence, la prise en charge d'un traitement dentaire par l'assurance-maladie obligatoire est une question de droit relativement complexe, puisqu'elle dépend de différentes conditions (art. 31 LAMal) dont l'appréciation n'est pas évidente à la seule lecture de la loi. Celle-ci n'est pas formulée de telle manière que le remboursement des frais relatifs aux soins dentaires apparaisse exceptionnel, de sorte qu'on ne saurait parler d'un "devoir" de l'intimé - lequel se savait

atteint d'une maladie dont le traitement médicamenteux entraînait des effets au niveau dentaire - de connaître la situation légale. On ajoutera que les "Conditions particulières de l'assurance des soins selon LAMal (catégorie AH)" de la recourante renvoient aux art. 17 à 19a OPAS, ce qui ne permet pas l'assuré de se rendre compte d'emblée du caractère exceptionnel du remboursement en question. Quant à l'allégation sur la notoriété du caractère exceptionnel du remboursement des soins prodigués à l'étranger, elle apparaît d'autant moins fondée que la recourante a justifié le délai avec lequel elle a informé l'assuré par le fait que le gestionnaire du dossier ne s'était probablement pas rendu compte qu'il y avait un obstacle juridique à la prise en charge (procès-verbal de comparution des parties du 16 janvier 2008). On comprend mal comment la recourante peut reprocher à son assuré d'ignorer une situation juridique dont l'évidence avait apparemment échappé à son propre collaborateur .”). Per un'ulteriore applicazione dell'art. 27 LPGA in ambito di cure all'estero cfr. anche la sentenza 9C_35/2010 del 28 maggio 2010, consid. 6.2 e seguenti dove l'Alta Corte ha riconosciuto, in parte, la buona fede dell'assicurato. 2.9. Nel caso di specie il ricorrente il 24 maggio 2019 ha inoltrato una richiesta di rimborso delle spese delle cure dentarie in relazione con la rimozione, avvenuta nel mese di ottobre 2015, di un carcinoma squamocellulare moderatamente differenziato del pavimento orale mediante chirurgia laser e di tre ghiandole salivari che hanno portato alla necessità di rimuovere e ricostruire l'intera dentatura (doc. 3). Dopo numerosi scambi di corrispondenza ed il rifiuto dell'assicuratore di assumersi le spese degli interventi, il 4 giugno 2021 il ricorrente si è rivolto a CO 1 indicando che a causa del suo stato di salute necessitava di procedere con le cure dentarie in tempi brevi e di essere costretto a recarsi in Germania, dove i costi sono inferiori, per effettuare l'intervento prospettato. A questo scopo ha chiesto un prestito. Egli ha poi informato l'assicuratore che le cure sarebbero iniziate ad agosto 2021 ma che se prima di tale data CO 1 avesse dato il suo nulla osta al rimborso dell'intervento, esso sarebbe stato eseguito in Svizzera, Paese nel quale era intenzionato a sottoporsi al trattamento. Ciò anche per evitare una trasferta di oltre 800 km (cfr. doc. W e 39, consid. 1.12: “ [...] Deshalb teile ich Ihnen mit, dass die Vorbereitungen für eine Behandlung in Deutschland begonnen habe. Ich muss jetzt wegen Ihnen, einen privat Kredit nehmen, weil ich die Kosten, dieser Behandlung selbst bezahlen muss. Ich habe einen Kostenvoranschlag über 48'078.86 [...] Zeitlich ist geplant, dass die gesamte Behandlung von August 2021 bis März/April 2022, dauern wird. [...] Diese jetzt beginnende Behandlung, wurde nur in Deutschland notwendig, weil Sie Frau _____, seit Jahren mutwillig verhindern, dass die dringend notwendige Behandlung hier in der Schweiz durchgeführt werden kann. Wenn Sie Fragen haben, oder sogar entscheiden sollten, eine Kostengutsprache zu erlassen, dann bitte ich Sie schnell darum. Bis August bleibt noch Zeit. Und ich betone, ich möchte diese Behandlung unbedingt hier durchführen lassen. Denn eine Behandlung in 800 km Entfernung bringt nur weitere Risiken mit sich. Weil auch an die Nachsorge nach der Behandlung muss gedacht werden .”; doc. W e 39). Già il 15 aprile 2021 ed il 21 agosto 2020 l'insorgente aveva scritto all'assicuratore accennando alla necessità, in caso di rifiuto del rimborso dei costi di estrazione e di ricostruzione della dentatura, di recarsi all'estero a causa dell'ammontare delle spese degli interventi in Svizzera (doc. 35: “ [...] dann muss ich mich im Ausland behandeln lassen. Hier ist es für mich unmöglich die Kosten zu tragen ” e allegato al doc. 33: “ [...] Wenn Sie auch weiterhin ganz bewusst Ihren Verpflichtungen als Krankenversicherer noch nachkommen, zwingen Sie mich dazu, mich wo anders, Deutschland, Polen, Ungarn,..., behandeln zu lassen ”). L'assicuratore non ha reagito a questi scritti. CO 1 non ha informato l'insorgente che in caso di cure all'estero il rimborso

non sarebbe stato possibile a causa del principio della territorialità. La convenuta, al contrario, il 29 giugno 2021, ha emanato una decisione formale dove, senza accennare alla lettera del 4 giugno 2021 del ricorrente e senza metterlo in guardia circa la possibile perdita del diritto al rimborso delle cure in caso di trattamento all'estero, si è limitata a negare la presa a carico dei costi dell'intervento di estrazione e di ricostruzione della dentatura " in quanto non c'è xerostomia " (doc. 42). Ora, se è vero che l'insorgente dall'11 maggio 2020 è rappresentato da un avvocato (doc. 25), in concreto non si può fare astrazione dall'insieme delle circostanze. Nella fattispecie, in seguito alla richiesta di presa a carico dei costi delle cure dentarie in relazione con la patologia oncologica, del 24 maggio 2019, dopo numerosi scambi di corrispondenza protrattisi per oltre due anni l'assicuratore il 29 giugno 2021 ha infine emesso una decisione formale con la quale ha rifiutato di rimborsare le cure proposte dal dr. med. dr. med. _____ e dalla dr.ssa _____ a ragione del fatto che non era stata comprovata la presenza di una xerostomia (doc. 42). Tale decisione è stata presa da CO 1 a conoscenza del fatto che il ricorrente in caso di risposta negativa, si sarebbe recato all'estero, a sue spese, per effettuare, dal mese di agosto 2021, gli interventi prospettati dai due medici svizzeri (doc. 39 e W). In seguito all'opposizione inoltrata dall'insorgente, il 25 novembre 2021 l'assicuratore ha ritirato (sic!, cfr. doc. 44) la decisione formale ed il 15 dicembre 2021 gli ha chiesto, al fine di rivalutare la fattispecie, di produrre la " Auflistung der Dentalygienebehandlung (Daten) seit 2015 " e " Sämtliche relevanten Röntgenbilder (Fotodokumentation, falls vorhanden) seit 2015 " (doc. 45). Dopo ulteriori e numerosi scambi di corrispondenza (doc. da 49 a 61), malgrado l'assicurato si sia limitato a ritrasmettere documentazione già agli atti (cfr. doc. 57: " [...] Bei den von Ihnen erwähnten Unterlagen handelt sich um medizinische Berichte, welche sich selbstverständlich in Ihrem Dossier befinden, und nicht um zusätzlichen Informationen die unser beratender Vertrauenszahnarzt für die Beurteilung angefordert hat [...] ", doc. 59: " [...] Der Nachweis der regelmässigen Recallkontrolle, den entsprechenden Propxylaxemassnahmen sowie der durchgeführten Behandlungen vom Zeitraum 2015 bis 2020 sowie die entsprechenden Röntgenbilder liegen uns jedoch nach wie vor nicht vor [...] " ; l'ultimo nuovo documento è stato inviato il 15 luglio 2020: doc. 31, ossia il test eseguito presso il dr. med. dr. med. dent. _____), e in assenza di qualsiasi modifica dello stato di fatto, della legislazione o della giurisprudenza, l'assicuratore il 22 febbraio 2022, a circa un mese dalla fine del trattamento nel frattempo eseguito all'estero (doc. 39 e W: " [...] Zeitlich ist geplant, dass die gesamte Behandlung von August 2021 bis März/April 2022, dauern wird"), ha deciso di assumersi l'integralità dei costi di estrazione e ricostruzione dei denti (protesi totale) secondo la tariffa SSO che fissa in 3.10 il valore del punto (doc. 62), in applicazione degli art. 17 lett. c cifra 2 OPre (malattia dei mascellari e dei tessuti molli, tumori del viso, dei mascellari e del collo) e 18 lett. d OPre (malattia delle ghiandole salivari). Ciò sulla base della seguente valutazione dell'11 febbraio 2022 del medico fiduciario, dr. med. _____, " Facharzt Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie ", il quale ancora il 25 novembre 2021 aveva rifiutato l'assunzione dei costi dei trattamenti a motivo che non vi era la prova che vi fossero stati controlli e trattamenti di igiene dentari regolari dal 2015 al 2020 (doc. 72): " (...) Gemäss Ihrer letzten Beurteilung wir[d] die Nachweise der DH/Recall/Zahnbehandlungen und sämtliche RX seit 2015 angefordert. Trotz mehrmaligen Anfragen verweist VN auf die vorliegenden Unterlagen (Siehe Schreiben von VN und E-Mail Verkehr). Wir bitten sie, den Fall mit den vorliegenden Dokumente abschliessend zu beurteilen. (...). Sachlage: Status nach Laserresektion eines Mundbodencarcinoms mit Neckdissection und postoperativer Radiochemotherapie (Radiotherapie ca. 65 Gy) 2015 bis

anfangs 2016. Gemäss Gesuch von Dr. _____ vom 29.09.2019 geplante Zahnextraktionen (Totale Räumung im Ober- und Unterkiefer) in Narkose und Anfertigung von Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer durch Zahnärztin Fr. Dr. _____ (KV vom 24.03.2021 nach Dentotar über Fr.4792.90. Beurteilung: Es bestehen multiple schwer kariös geschädigte Zähne. Eine lückenlose Dokumentation über die Zahnbehandlung und Zahnygiene nach Radiotherapie von 2016 bis 2019 konnte nicht dokumentiert werden. Ein Speichelfliessratentest (angefertigt durch Dr. _____) war nicht aussagekräftig, da die Speichelfliessrate nach 1 und 5 Minuten nicht ausgewiesen wurde, es kann sich um eine Oligosalie handeln, eine Xerostomie ist aufgrund Unterlagen nicht ausgewiesen. Die multiplen kariösen Zahnschäden sind mit überwiegender Wahrscheinlichkeit grossenteils Folge verminderter Speichelproduktion nach Radiotherapie, nachdem der Versicherte vor der Tumorbehandlung in regelmässiger zahnärztlicher Kontrolle war. Im ärztlichen Zeugnis des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der UNI _____ wird eine Zahnbehandlung multipler kariöser Läsionen im Jahre 2016 nach der Tumorbehandlung erwähnt und kausal eine Xerostomie attestiert. Auch wenn aktuell (2019) im Speichelfliessratentest lediglich eine Oligosalie festgestellt wurde (ungenügende Testdokumentation), ist doch davon auszugehen, dass unmittelbar nach Radiotherapie eine Xerostomie zu schweren kariösen Zahnschäden geführt hat, dafür sprechen teilweise auch die im OPT dokumentierten Restaurationen an den Frontzähnen und Zahnhälsen. Auch wenn regelmässige Zahnkontrollen und Dentalhygienebehandlungen in den Jahren 2016 bis 2019 nicht ausreichend dokumentiert sind und eine Xerostomie mittels Speichelfliessratentest nicht klar ausgewiesen ist, muss doch davon ausgegangen werden, dass die multiplen schweren kariösen Zahnschäden zu einem überwiegenden Anteil nicht vermeidbar waren und Folge der Radiotherapie. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Therapie (Räumung, Totalprothesen) radikal und wirtschaftlich ist und mit weiteren Zahnschäden nicht zu rechnen ist. Daher empfehle ich eine Kostenübernahme der Zahnextraktionen im Ober- und Unterkiefer und die Anfertigung von Totalprothesen als Pflichtleistung unter KLV Art. 17.c.2 resp. 18.d zu übernehmen. Die Zahnprothesen wären dann allerdings nach SSO-Tarif statt nach Dentotar abzurechnen” (doc. 72, sottolineature del redattore) Ora, decidendo il contrario il 29 giugno 2021, l’assicuratore ha fornito al ricorrente un’informazione errata nella misura in cui, dopo oltre due anni di accertamenti aveva negato il diritto al rimborso delle prestazioni malgrado l’interessato, come poi stabilito il 22 febbraio 2022 sulla base del medesimo stato di fatto e della medesima documentazione, ne aveva diritto. Tutto ciò, sapendo che in caso di decisione negativa l’interessato si sarebbe recato all’estero per effettuare le cure pianificate in Svizzera, vanificando ogni possibilità di rimborso. Non va qui dimenticato che cardine del diritto alla consulenza ai sensi dell’art. 27 cpv. 2 LPGA è quello di rendere attenta la persona assicurata che il suo comportamento potrebbe mettere a repentaglio il suo diritto a prestazioni (Philippe Egli, “... dass der Versicherte wisse, woran es ist”, November –Tagung zum Sozialversicherungsrecht 2021, IRP-Rechtswissenschaft und Rechtspraxis Band/Nr. 119, 2022, pag. 3-4, n. 6). La dottrina, con riferimento a Ulrich Meyer-Blaser, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, Berna 1985, pag. 142, rammenta che agli assicurati deve essere data un’equa possibilità di esercitare i propri diritti ed i propri doveri (“ Die Versicherten und weitere interessierte Personen müssen eine faire Chance erhalten, ihre Rechte und Pflichten auszuüben ”; Philippe Egli, op. cit., n. 14). In concreto, l’assicuratore rifiutando a poco più di 2 anni di distanza dalla prima richiesta il rimborso delle cure dentarie, dopo aver saputo che in caso di reiezione della domanda

l'interessato sarebbe andato all'estero a sottoporsi agli interventi prospettati, senza renderlo attento che in tal caso non avrebbe rimborsato alcunché, per poi 8 mesi dopo, a poche settimane dalla fine delle cure, e senza che nel frattempo vi sia stata una modifica di qualsiasi tipo o la produzione di nuova documentazione, fornire la garanzia richiesta, ha violato il principio della buona fede, non mettendo il ricorrente nelle condizioni di esercitare in maniera equa i propri diritti. Tanto più che lo stesso assicuratore non era in chiaro circa le norme applicabili, ritenuto che ha modificato la propria opinione, senza che nel frattempo sia intervenuto un cambiamento di qualsiasi tipo (cfr. circa la complessità delle norme in relazione con i trattamenti dentari: STF 9C_97/2009 del 14 ottobre 2009). Solo quando ha ricevuto le fatture per il loro rimborso CO 1, dopo apparentemente essere inizialmente rinvenuta sulla garanzia di rimborso (cfr. doc. 65), con la decisione formale del 16 dicembre 2022 e quella su opposizione qui impugnata, pur confermando il principio del rimborso delle cure di estrazione e ricostruzione dei denti dei mascellari e del palato, ha indicato al ricorrente che non avrebbe rimborsato i trattamenti eseguiti all'estero, neppure secondo quanto sarebbero costate nel nostro Paese, non esistendo un diritto in tal senso. Alla luce di quanto sopra, ritenuto che l'assicuratore è intervenuto in una situazione concreta, agendo nei limiti della propria competenza, che l'insorgente non si è potuto rendere conto immediatamente che l'informazione ricevuta di non assunzione dei costi di estrazione e ricostruzione della dentatura non era corretta e, facendo affidamento sull'informazione ricevuta, esasperato dai continui rifiuti, si è recato all'estero per poter finalmente procedere, ad oltre due anni dalla richiesta, con le necessarie cure dentarie di ripristino della corretta masticazione, senza che nel frattempo vi sia stata una modifica del quadro legislativo applicabile, il ricorrente deve essere tutelato nella sua buona fede. 2.10. Di principio la persona assicurata non deve subire alcuno svantaggio a motivo dell'omissione dell'obbligo di consulenza (Philippe Egli, op. cit., pag. 13-14). La violazione della buona fede può condurre a diverse conseguenze legali. In genere è indicato mettere la persona interessata nella stessa situazione in cui si sarebbe trovata se fosse stata consigliata correttamente e se la persona assicurata avesse agito in maniera conforme alla legge (Philippe Egli, op. cit., pag. 13-14). In concreto, al ricorrente devono pertanto di principio essere rimborsati i costi dell'estrazione dei denti e di una protesi totale sulla base di una fattura emessa conformemente al tariffario SSO (fr. 3.10 al punto), come stabilito dal medico fiduciario, dr. med. _____, nella sua ultima presa di posizione dell'11 febbraio 2022 (doc. 72: “[...] Daher empfehle ich eine Kostenübernahme der Zahnextraktionen im Ober- und Unterkiefer und die Anfertigung von Totalprothesen als Pflichtleistung unter KLV Art. 17.c.2 resp. 18.d zu übernehmen [...]”). Con il ricorso, l'assicurato ha chiesto di versargli “la somma di cui al preventivo della dr.ssa _____ parte del Doc. R, corretto secondo la tariffa SSO con il valore di CHF 3.10 al punto come indicato nella decisione del 22 febbraio 2022 (doc. EE)”. Il doc. R consiste nel preventivo odontoiatrico del 24 marzo 2021 della dr.ssa _____ di fr. 4'792.90 calcolato sulla base della tariffa dentotar e del preventivo di fr. 2'136.80 dell'8 marzo 2021 del laboratorio odontotecnico _____. Alla luce di quanto sopra esposto, ribadito che secondo il medico fiduciario vanno messi a carico dell'assicuratore i costi dell'estrazione dei denti e di una protesi totale, la decisione su opposizione impugnata va annullata e l'incarto va rinviato a CO 1 affinché accerti a quanto sarebbero ammontati i costi del trattamento avallato dal dr. med. _____ l'11 febbraio 2022 secondo la tariffa SSO con il valore di fr. 3.10 al punto e rimborsi, entro tali limiti, le cure dentarie al ricorrente. 2.11. Secondo l'art. 61 lett. f bis LPGa in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se

la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. Trattandosi di prestazioni LAMal non è stato previsto di prelevare le spese . Sul tema cfr. anche STF 9C_369/2022 del 19 settembre 2022; STF 9C_368/2021 del 2 giugno 2022; SVR 2022 KV Nr. 18 (STF 9C_13/2022 del 16 febbraio 2022); STF 9C_394/2021 del 3 gennaio 2022; STF 8C_265/2021 del 21 luglio 2021 (al riguardo cfr. Ares Bernasconi , Actualités du TF, 8C_265/2021 du 21 juillet 2021 - frais judiciaires pour les tribunaux cantonaux des assurances selon la révision de la LPGA du 21 juin 2019, in SZS/RSAS 2/2022 pag. 107) .

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