

TI_GERICHTE 36.2023.4 vom 10. Mai 2023

TI Tribunale d'appello, 2023-05-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2023.4

FR: TI_GERICHTE 36.2023.4 du 10 mai 2023

IT: TI_GERICHTE 36.2023.4 del 10 maggio 2023

Erwägungen

E. 14

gennaio 2020 pubblicata in SVR 2020 KV Nr. 15). In particolare, non si può dedurre dall'articolo in esame che devono 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). Al considerando 3.5, l'Alta Corte ha evidenziato che 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). 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. Nella citata sentenza 9C_759/2011, al considerando 3.6 il TF ha confermato il rifiuto di mettere a carico della LAMal i costi del trasporto utilizzato dal ricorrente, poiché la prestazione non è stata effettuata da un'impresa di trasporto professionale. Considerato il carattere esaustivo delle prestazioni a carico della LAMal (art. 25 cpv. 2 LAMal) e dei fornitori di prestazioni ammessi a praticare a carico della LAMal (art. 35 cpv. 2 LAMal), il Tribunale federale ha evidenziato di non poter mettere in discussione una scelta del legislatore che deriva sia dagli 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, 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, 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 (cfr. consid. 4.2 in fine e consid. 5.3; conferma della precedente giurisprudenza). L'Alta Corte ha segnatamente rammentato, sempre 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. 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.

2.4. Le quattro fatture in questione sono state prese a carico dalla Cassa malati parzialmente, perciò va esaminato se, come sostiene la resistente, la legge escluda la possibilità di rimborsare anche i trasporti di ritorno dal fornitore di prestazioni al domicilio della persona assicurata. Sapere se i costi del tragitto tra il fornitore di prestazioni e il domicilio vanno posti a carico della LAMal nei limiti di cui agli artt. 25 cpv. 2 lett. g LAMal e 26 OPre è tematica già analizzata dal Tribunale nella STCA 36.2020.30 del 18 agosto 2020 (cfr. consid. 2.14 e seg.), a cui si rinvia e di cui è opportuno riportare le principali argomentazioni e le conclusioni tratte. Nella STF 9C_408/2018 del 10 settembre 2018, facente seguito alla sentenza di rinvio 9C_624/2017 del 23 gennaio 2018, 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 quel caso dall'ospedale alla casa anziani e di cura in cui viveva la ricorrente), poiché nel caso giudicato non era data la necessità del trasporto dal profilo medico (cfr. 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 siano i trasporti compresi nell'obbligo prestativo della LAMal lo si stabilisce tramite l'interpretazione dell'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal in combinazione con l'art. 26 cpv. 1 OPre (cfr. 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."). Il TCA, rifacendosi alla giurisprudenza riguardante il significato di una norma e quindi alle regole di interpretazione, ha ritenuto che 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]. La legge stabilisce una limitazione all'assunzione dei costi di trasporto necessari dal profilo medico da mettere a carico dell'assicuratore sociale, concretizzata nell'art. 26 cpv. 1 OPre, per il quale l'assicurazione assume il 50% 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. Analizzata la versione francese e tedesca dell'art. 26 cpv. 1 OPre, questa Corte ha concluso che 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 (" per trasporti indicati dal profilo medico al fine della somministrazione di cure da parte di un fornitore di prestazioni idoneo ") e francese (" par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis ") 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. Il TCA ha poi riportato il Messaggio del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattia (FF 1992 I 124) relativo alla lettera f dell'art. 25 cpv. 2 LAMal e ha rilevato che 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 (Eugster , Krankenversicherung in: SBVR 2016, 3a edizione, pag. 548 nota 115). Nella citata STF 9C_408/2018 del 10 settembre 2018, l'Alta Corte ha affermato che i costi sono a carico della LAMal se il trasporto è necessario per specifiche esigenze mediche che non possono essere soddisfatte tramite un altro mezzo di trasporto pubblico o privato. Viene quindi precisato cosa si intende per spese di trasporto necessarie dal punto di vista medico ai sensi dell'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal (cfr. consid. 3.2: " 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. "). Inoltre, d'avviso di Eugster , op. cit., pagina 548, n. 466, citato dalla ricorrente stessa, secondo un'interpretazione più restrittiva, il trasporto è necessario dal punto di vista medico se e nella misura in cui è necessario per consentire un trattamento medico. Il tenore letterale dell'art. 26 cpv. 1 OPre tende in questa direzione, ossia di garantire le cure. In base a ciò, il trasporto di andata e ritorno dal luogo di prestazione del servizio al luogo di residenza o di soggiorno dell'assicurato, indicato per motivi di salute, sarebbe escluso dalla copertura. Tuttavia, ciò non è pienamente in linea con la ratio legis dell'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal. Per Eugster , anche il trasporto di ritorno può essere necessario dal punto di vista medico 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. "). Citando poi il funzionamento del rimborso delle spese di viaggio in ambito di assicurazione contro gli infortuni (artt. 13 LAINF e art. 20 OAINF) e di assicurazione invalidità (art. 90 OAI), questa Corte ha concluso che non vi è alcun motivo, in ambito LAMal, per distanziarsi da quanto previsto in queste materie 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 - 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 (STCA 36.2020.30, consid. 2.16 pag. 20). Ne segue che l'interpretazione della norma effettuata dalla ricorrente - ossia il rimborso dei costi di rientro - va tutelata.

2.5. Resta però ancora da esaminare se il trasporto dalla Clinica _____ al domicilio dell'insorgente era necessario dal profilo medico. A questo proposito, la succitata STF 9C_408/2018 ben spiega quali sono gli elementi da ritenere per qualificare dei trasporti come " indicati dal profilo medico ". Questo giudizio è stato emanato dal Tribunale federale dopo il rinvio degli atti, mediante sentenza del 23 gennaio 2018 (9C_624/2017), alla Corte cantonale che aveva accolto il ricorso di un assicurato ammettendo il rimborso delle spese di trasporto senza avere adeguatamente istruito la procedura. Con il rinvio l'Alta Corte aveva imposto ai giudici cantonali di accertare se l'assicurato poteva utilizzare un mezzo di trasporto pubblico o privato classico. Il Tribunale federale ha evidenziato di non disporre di un certificato medico che si pronunciasse sulla necessità del trasporto medico e l'assenza di un chiarimento relativo alle limitazioni di cui soffriva l'assicurato, l'istruttoria cantonale non aveva neppure verificato se il soggiorno in casa anziani dell'interessato era dovuto all'età (Alterzentrum) o motivato dalla necessità di cure particolari (Pflegezentrum). In quel giudizio il TF non ha quindi dovuto esaminare la realizzazione delle altre condizioni dell'art. 26 OPre e dell'art. 56 OAMal. Nel secondo giudizio sulla medesima fattispecie (del 10 settembre 2018), nuovamente conseguente all'impugnativa dell'assicuratore malattie, la nostra Massima Istanza ha rilevato come i giudici di prime cure abbiano accertato che l'assicurato fosse in grado di stare in piedi solo per brevi periodi di tempo e dipendendo da un sostegno con la conseguente conclusione che, a causa della notevole limitazione della funzionalità fisica, con verosimiglianza preponderante per motivi di salute il paziente era dipendente da una sedia a rotelle per il trasporto dall'ospedale alla casa anziani e che il viaggio di ritorno autonomo o con i mezzi pubblici non era possibile. L'Alta Corte ha ritenuto l'assenza di altri accertamenti relativi alla necessità medica del trasporto del paziente. Il Tribunale federale ha osservato che l'assicurato è stato condotto in ospedale senza una sedia a rotelle - che tuttavia a quel momento egli aveva già noleggiato dalla casa anziani - e da lì, nove giorni dopo, è stato riportato alla casa di cura da un'impresa di trasporto utilizzando una sedia a rotelle comfort fornitagli dalla stessa società di trasporti. Dagli atti risultava inoltre che, durante la degenza in ospedale, egli era regolarmente in grado di muoversi - anche se lentamente e talvolta con l'aiuto del personale infermieristico - dal letto alla poltrona reclinabile e di sedersi lì per periodi prolungati. L'assicurato era anche in grado di sedersi a tavola per periodi relativamente lunghi, di consumare lì i pasti, di leggere o di parlare con altri pazienti pur necessitando di molta assistenza per quanto riguardava l'alimentazione, l'andare al gabinetto e l'igiene personale, come risultava dai rapporti infermieristici (cfr. consid. 4.1), ciò che comunque - ai fini del giudizio - era privo di rilievo. Al considerando 4.2, l'Alta Corte ha indicato che un trasporto privato tramite congiunti o mediante il trasporto pubblico non fosse possibile non risultava dai documenti, così come il fatto che il personale della casa anziani non potesse accompagnare il ricorrente. L'Alta Corte ha quindi ritenuto che dagli atti non emergesse l'indicazione di esigenze

mediche tali da imporre un trasporto speciale. Una tale necessità non era neppure stata attestata da un medico. L'assicurato non dipendeva - per eseguire il viaggio - da un accompagnatore o da apparecchiature mediche, né doveva essere trasportato su una sedia a rotelle specifica e personale che non avrebbe trovato posto in una normale autovettura. Infine, contrariamente a quanto sostenuto dai giudici di primo grado, per il TF la necessità del mezzo di trasporto scelto non poteva essere facilmente dedotta dal livello di assistenza certificato secondo l'indice ADL, né dalla necessità della sedia a rotelle per la locomozione autonoma (secondo la relazione di dimissione dell'ospedale, il paziente era "mobile su sedia a rotelle"). L'Alta Corte ha quindi concluso che, in assenza di una comprovata necessità medica del trasporto speciale, non erano soddisfatti i requisiti per obbligare l'assicuratore a pagare le prestazioni in base all'assicurazione malattia obbligatoria. Per tale ragione la Corte federale non ha dovuto esaminare se le altre condizioni dell'art. 56 dell'OAMal fossero realizzate, rispettivamente il tema dell'interpretazione dell'art. 26 OPre con riferimento alla sua applicabilità al viaggio di ritorno dopo le cure (cfr. consid. 4.3).

2.6. Nell'evenienza concreta, l'11 ottobre 2022 (doc. H) la dr.ssa _____, medico assistente alla Clinica _____, ha certificato l' " impossibilità da parte della paziente di recarsi autonomamente a svolgere un percorso di fisioterapia. " . Lo stesso giorno (doc. I), la dottoressa ha redatto all'indirizzo del medico curante della ricorrente una lettera breve relativa alla degenza nel reparto di geriatria dal 21 settembre, riportante le diagnosi di frattura del malleolo peroneale destro, demenza di grado almeno CDR-1, extrasistolia, disturbo dell'equilibrio e della marcia, adenocarcinoma ben differenziato della giunzione gastroesofagea tipo Siewert II, stadio uT2 uNo, Mo, G1. Per quanto concerne in particolare la diagnosi di disturbo dell'equilibrio e della marcia, si rileva l'indicazione della " deambulazione possibile alla dimissione per 100 metri " . Il certificato medico del 17 novembre 2022 (doc. N), concernente il ricovero d'urgenza del 14 novembre 2022 all'Ospedale _____ di _____ per crisi epilettiche recidivanti, non è qui di rilievo siccome oggetto del contendere sono le quattro fatture relative alle trasferte dal 12 ottobre all'8 novembre 2022. Lo stato di salute della ricorrente posteriore a questo periodo non va considerato. Lo stesso vale per il referto del dr. med. _____ del 1° febbraio 2023 (doc. O) che riferisce della diagnosi oncologica, della terapia oncologica eseguita e delle diagnosi collaterali. Agli atti è pure consegnato il certificato medico della dr.ssa med. _____, FMH medicina interna e oncologica, medico curante dell'assicurata, che il 16 febbraio 2023 (doc. Q) ha attestato quanto segue: " Confermo che nel periodo dal 21 settembre al 31 dicembre 2022 la paziente per motivi di salute ha dovuto essere vista ambulatorialmente in diversi servizi. Per recarsi alle visite e rientrare al domicilio ha dovuto far capo a un servizio di trasporti non essendo in grado di spostarsi autonomamente o con l'utilizzo di mezzi pubblici" Anche in questo caso l'attestazione appare generica ed insufficiente a mostrare la necessità di un trasporto speciale, in assenza di una motivazione sostanziale, alla luce della giurisprudenza citata in precedenza. Ne discende che, alla luce degli atti all'inserto, non è chiarito se, in concreto, sussistessero le necessità riconosciute dalla giurisprudenza (dipendenza da terzi per il viaggio, dipendenza da apparecchiature mediche, necessità dell'uso di una sedia a rotelle specifica che non trovi posto a bordo di un'auto normale come evoca il TF, o altre analoghe), per imporre all'assicuratore malattia di prendere a carico i trasporti speciali oltre a quanto sin qui riconosciuto e nei limiti delle prestazioni stabilite dall'art. 26 cpv. 1 OPre. Tale accertamento è necessario. Per questa ragione il ricorso va ammesso, la decisione impugnata annullata, e gli atti ritornati all'assicuratore sociale che, fermo restando la garanzia di quanto sin qui riconosciuto con la

decisione impugnata, eseguirà gli accertamenti necessari (con la collaborazione dell'assicurata) ed emanerà un nuovo giudizio in merito. La Cassa malati verificherà pure l'incongruenza fra la decisione formale e i conteggi delle prestazioni agli atti per quanto concerne la presa a carico per i trasporti speciali del 18 ottobre 2022 (Fr. 112,50) e del 2 novembre 2022 (Fr. 90), non essendovi identità nelle cifre riportate nei rispettivi documenti.

2.7. Malgrado l'esito favorevole del ricorso (il rinvio con esito aperto equivalendo a piena vittoria: STF 9C_613/2019 del 7 maggio 2021; STF 8C_859/2018 del 26 novembre 2018 consid. 5 con rinvio a DTF 137 V 210 consid. 7.1), non essendo patrocinata da un legale l'assicurata non ha diritto al versamento di ripetibili da parte della Cassa malati soccombente (art. 61 lett. g LPGA). Siccome il ricorso ha per oggetto una richiesta di prestazioni dell'assicurazione malattia obbligatoria, e visto come il legislatore non abbia previsto di prelevare delle spese (art. 61 lett. f bis LPGA), la procedura è gratuita. 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.